

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN HUMANIDADES

**Las mujeres y el cuidado de la salud pública en la sociedad porfiriana.
Protagonistas de una labor invisibilizada (1876-1910)**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTORA EN HISTORIA

PRESENTA:

MTRA. BETZABÉ ARREOLA MARTÍNEZ

ASESOR DE TESIS:

DRA. ANA LAU JAIVEN

MÉXICO, D.F. MARZO 2015



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Iztapalapa

Fecha : 25/03/2015

Página : 1/1

CONSTANCIA DE PRESENTACION DE EXAMEN DE GRADO

La Universidad Autónoma Metropolitana extiende la presente CONSTANCIA DE PRESENTACION DE DISERTACIÓN PÚBLICA de DOCTORA EN HUMANIDADES (HISTORIA) de la alumna BETZABE ARREOLA MARTINEZ, matrícula 209380695, quien cumplió con los 370 créditos correspondientes a las unidades de enseñanza aprendizaje del plan de estudio. Con fecha treinta de marzo del 2015 presentó la DEFENSA de su DISERTACIÓN PÚBLICA cuya denominación es:

LAS MUJERES Y EL CUIDADO DE LA SALUD PUBLICA EN LA SOCIEDAD PORFIRIANA.
PROTAGONISTAS DE UNA LABOR INVISIBLEZADA (1876-1910)

Cabe mencionar que la aprobación tiene un valor de 90 créditos y el programa consta de 450 créditos.

El jurado del examen ha tenido a bien otorgarle la calificación de:

aprobar

JURADO

Presidenta

DRA. BLANCA ESTELA GARCIA GUTIERREZ

Secretaria

DRA. ANA LAU JAIVEN

Vocal

DRA. ELSA ERNESTINA MUÑOZ GARCIA

Vocal

DRA. ROXANA RODRIGUEZ BRAVO

Agradecimientos

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda colaboraron en la realización del presente trabajo.

En primera instancia agradezco a mi querida familia, mi compañero de vida José Antonio Alpizar y mi amado hijo Sebastián, quienes fueron mi más sagrada fuente de inspiración, así como apoyo constante en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional. A ambos gracias por su paciencia, amor y comprensión.

A mi formadora intelectual la doctora Ana Lau Jaiven, quien se tomó el arduo trabajo de trasmitirme sus diversos y sabios conocimientos, especialmente como feminista e historiadora de las mujeres, quien además ha sabido guiarme por el camino correcto para lograr mis metas y lo que me propongo.

A mis lectoras y personas de gran sabiduría las doctoras Blanca García, Roxana Bravo y Elsa Muñiz, quienes con sus atinadas observaciones y contribuciones, enriquecieron y permitieron la culminación de mi tesis con éxito.

A Bisharú Bernal, una joven e inteligente editora y feminista, quien gracias a sus observaciones y atinadas críticas se logró la versión final de esta investigación.

A mi maestro Daniel Toledo Beltrán, mi mentor y entrañable amigo, que al igual que un padre ha sabido con cariño motivarme e inspirarme a ser mejor, a usted mi corazón y mi agradecimiento.

A mi hermana Itzel Arreola por ser mi amiga y mi aliada, gracias por todo el apoyo en esta tesis y en mi vida.







También quiero dedicar esta tesis de manera particular a mis amigos Martín González e Eynar Valencia quienes fueron un gran apoyo emocional en los momentos más difíciles, sus palabras me dieron aliento y fortaleza para seguir adelante.

Un agradecimiento singular debo a Andrés Pineda quien siempre de manera amable no sólo me abrió las puertas de la Biblioteca de la Facultad de Medicina, si no que comprometido con su trabajo me apoyó en la búsqueda de mucha de la información contenida en ésta investigación.





Pero sobre todo, mi mayor agradecimiento es para mí Universidad, la Universidad Autónoma Metropolitana y a todos mis maestros por ser el pilar fundamental de mi formación profesional. Pues todo este trabajo ha sido posible gracias a las enseñanzas de todos ellos.

ÍNDICE GENERAL

LAS MUJERES Y EL CUIDADO DE LA SALUD PÚBLICA EN LA SOCIEDAD PORFIRIANA. PROTAGONISTAS DE UNA LABOR INVISIBILIZADA (1876-1910).










	PAGS.
 Introducción.....	2
 Objetivos de la investigación.....	11
 Hipótesis.....	12
 Periodización.....	13
 Parteras, nodrizas y enfermeras.....	17
 Fuentes.....	19

ANTECEDENTES

 Salud, higiene y urbanización en la ciudad de México. Finales de siglo XVIII y principios del XIX.....	26
 Lasociedadnovohispana.....	27
 Las prácticas sanitarias de finales de siglo XVIII y principios del XIX.....	32
 Las mujeres y el cuidado de las personas enfermas en la Nueva España.....	34









CAPÍTULO I

MEDICINA, HISTORIA Y GÉNERO

 Medicina, historia y género.....	45
 Medicina y regulación social.....	64
 Salud y poder.....	66
 Poder y Saber.....	70
 El discurso médico-higienista.....	72
 La doble inferioridad: ser indígena y mujer.....	76
 Poder y saber popular.....	79
 Género, clase y raza y el discurso médico científico.....	81
 Significado socio-cultural de los cuidados.....	83






CAPÍTULO II

LAS MUJERES Y EL CUIDADO DE LA SALUD PÚBLICA EN EL PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN DEL ESTADO-NACIÓN PORFIRISTA (1876-1910).

	Panorama socio-sanitario en el porfiriato.....	87
	Mujeres, pobres e indígenas: los biológicamente patológicos.....	96
	La doble inferioridad.....	102
	El papel histórico y social de las mujeres como “cuidadoras de la salud y enfermeras del hogar”	104
	La profesionalización de las actividades médico-sanitarias.....	113
	El papel de las mujeres en el desarrollo del Estado porfirista.....	125
	Las mujeres en el cuidado de los enfermos a finales de siglo XIX y principios del XX.....	133
	Significado de la profesionalización de la partería y la obstetricia para las mujeres.....	138






CAPÍTULO III

LAS NODRIZAS: ALIMENTANDO A LA NACIÓN Y A SUS FUTUROS CIUDADANOS

	Las nodrizas: alimentando a la nación y a sus futuros ciudadanos.....	142
	Políticas poblacionistas y de salud del estado liberal.....	144
	Cuidando la salud de los futuros ciudadanos.....	154
	Maternidad científica y control de las nodrizas.....	163
	El control de las nodrizas. Una lucha de clase, raza y género.....	175










CAPÍTULO IV

LA FUNCIÓN DE LAS PARTERAS EN EL NACIMIENTO DE LA FUTURA CIUDADANÍA

	La función de las parteras en el nacimiento de la futura ciudadanía.....	191
	Mujeres sanadoras: de sabias a charlatanas.....	193
	La profesionalización de la práctica obstétrica.....	204
	Parteras tituladas: ¿control o superación?.....	213
	Pioneras de una profesión olvidada.....	222

CAPÍTULO V

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA

	El papel de la enfermera en el desarrollo de la salud pública.....	239
	Enfermeras por “naturaleza”	241
	La asistencia hospitalaria en manos de las enfermeras.....	252
	La profesionalización de la enfermería.....	256
	La enfermera Nightingale. Una profesión para el “bello sexo”.....	262
	Ejercer como enfermeras: una profesión entre la superación y la sumisión....	271
	Las enfermeras del Hospital General.....	276
	Conclusiones.....	283
	Bibliografía.....	299

Las mujeres y el cuidado de la salud pública en la sociedad porfiriana. Protagonistas de una labor invisibilizada (1876-1910)

La división de los sexos es, en efecto, un hecho biológico, no un momento de la historia humana...

Simone de Beauvoir.

-¿Estás mala?...

-Es cosa de llamar a un médico?

-¡No!...Yo creo...Como ya salí de cuenta...La partera! pero que sea pronto!

Y en efecto salí, corrí, llegué a la casa de doña Secundina, toqué la puerta, no me respondieron; dí tres golpes con mi paraguas, que se hizo añicos; no me respondieron; tomé un guijarro...tum...tum...y... ¡gracias a Dios!

-¿Quién es V?...allá van.

-Pronto doña Secundina!

-Está durmiendo; como lleva cinco desveladas.

-... ¡cómo paren en esta tierra!...pues despiértela...

-Trae coche?

-¡¡¡Que coche!!!...pero la llevaré cargada. Ande V., con mil santos!

Nada de ceremonias, nada de cumplimientos; entró, pues, hasta mi alcoba sin preguntar el camino; despojóse de parte de sus vestiduras, dejó ver en sus formas rollizas un semblante que revelaba la satisfacción de su saber, la impasibilidad de la costumbre de oír quejidos, la confianza de quien sabe que en estos lances, se considera como residente con facultades extraordinarias en tiempo de revolución.

Instalada en la recámara, Doña Secundina, reina y señora de vidas y haciendas, dispuso el sillón, de antemano prevenido; pidió tijeras, aceites, lavadera y la ropa correspondiente; preparaba vendajes y consolaba á la paciente contándole los partos felices que diariamente acontecían; y de paso,... volteó un cuadro de San Vicente Ferrer, poniéndole patas arriba, á fin de que patrocinase mejor el alumbramiento.

Eran en aquellos momentos solemnes Doña Secundina,...

*...Después de una hora, todo había concluido. Mi comadre, á poca distancia del lecho y sentada ante la lavadera revolvía entre las manos a un pedazo de carne chillon y monfletudo, calificado por ella de hombre desde el primer momento. (Juan de Dios Arias, "La partera", en Hilarión Frías y Soto, et.al., *Los mexicanos pintados por sí mismos. Tipos y costumbres nacionales*, México, Imprenta de M. Murguía y Comp., Portal del Águila de Oro, 1854, pp. 268-271.)*

Introducción

La narración anterior corresponde al retrato hablado de *Los mexicanos pintados por sí mismos*, obra literaria que refleja las costumbres y aspectos de la vida cotidiana de la sociedad mexicana de mediados del siglo XIX, en cuya cita se observa la importancia social de las parteras y su protagonismo en la asistencia y los cuidados de las mujeres embarazadas y púerperas, evidenciando cómo a pesar del proceso de profesionalización e institucionalización de las actividades sanitarias y de su regulación como una tarea exclusiva de los médicos especialistas, iniciado a finales de siglo XVIII, siguieron siendo las mujeres del “pueblo”, las encargadas de sanar a las personas enfermas, en su calidad de madres, abuelas, comadronas, hierberas, hueseras, y/o nodrizas; a partir de un papel social y de género, que respondía perfectamente a su supuesta condición “natural” de productoras y reproductoras de la vida.

El hecho de poseer los conocimientos la experiencia y como consecuencia la confianza de la sociedad, les permitió a estas mujeres perpetuar un protagonismo como destacadas especialistas en el cuidado de la salud aún para finales de siglo XX. A pesar de la legitimación y hegemonización otorgadas por el Estado al modelo médico “científico” occidental del siglo XIX que proporcionaba al médico titulado la superioridad y exclusividad de la atención sanitaria, la población perteneciente a las distintas clases sociales mostraron resistencia de ser atendidos por un facultativo, ante la costumbre social de obtener los cuidados y la salud de sanadoras y sanadores tradicionales pertenecientes a su comunidad.

A partir de lo expuesto hasta aquí, nace mi interés por analizar, desde una visión feminista y de género, la historia de la medicina y de las profesiones sanitarias, con la finalidad de mostrar la presencia y protagonismo de las mujeres en ciertas prácticas médicas y terapéuticas, así como su papel social como generadoras y transmisoras de conocimientos médicos y terapéuticos, pues de

manera regular la historia de la salud pública y de la medicina han expuesto como único protagonista al médico profesionalista varón.

Parto de la premisa de estudiar a las mujeres como actoras activas en la construcción del Estado nación porfirista para destacar su presencia y protagonismo en ciertas prácticas médicas curativas y terapéuticas, a través de ejes analíticos y metodológicos que permiten repensarlas, reconstruirlas y entenderlas como piedra angular en la reproducción y preservación biológica y social de la nación¹, al mostrar su papel preponderante en el cuidado de la vida y salud pública de un Estado integrado por hombres y mujeres.

En contraste con lo que la historiografía tradicional ha presentado al exponer la condición masculina como superior y único actor de la vida pública, política y nacional, y a la mujer como sujeto pasivo y exclusivo del ámbito doméstico, este trabajo muestra que existieron actividades en el área de la asistencia social y sanitaria en las que su presencia, labor, autoridad y poder fueron de gran importancia; cuyas acciones contribuyeron a las políticas de natalidad y sanidad del Estado porfirista. No obstante, dicha contribución y participación no han sido expuestas en su justa dimensión en la historia de la medicina y la salud pública que ha demostrado ser claramente elitista y androcéntrica.²

¹ Natividad Gutierrez Chong (coord.), *Mujeres y Nacionalismo en América Latina. De la independencia a la nación del nuevo milenio*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, p. 25.

² Marcos Cueto señala que uno de los retos de la historia de la salud pública es superar la tendencia de enseñar y estudiar de una manera descriptiva, anecdótica, enciclopédica y celebratoria del pasado que elogia sólo a los grandes personajes o héroes (generalmente hombres), pues dicha tendencia no permite el análisis profundo y crítico de los problemas centrales en el desarrollo de la salud pública. No obstante, gracias al surgimiento de la historia social y del enfoque social de la salud pública, se han incorporado en los últimos años como objeto de estudio y de enseñanza una serie de nuevos temas como: el impacto de la salud pública en el trabajo, en las mujeres y en grupos minoritarios, el papel sanitario de las enfermeras y parteras empíricas; la tendencia de mortalidad y morbilidad por clase social; la percepción y la contextualización social de la enfermedad; la ideología política y la salud; la medicina social y el papel social y político del hospital y el impacto de la teoría del germen de la enfermedad, el imperialismo, la medicina tropical y las campañas sanitarias; el control de las enfermedades transmisibles sexualmente y el control social; el papel del gobierno y los movimientos populares en la salud pública; los cambios en la conceptualización de la salud y de la enfermedad y el impacto político, social y médico de los sistemas sanitarios. Véase: Marcos Cueto y Anne- Emanuele Birn, "Syllabus del curso: Historia Social de la Salud Pública en América Latina", en Marcos Cueto (ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 1996.

La tarea de escribir una historia de las mujeres se relaciona con el surgimiento y desarrollo de la *historia social*, situada en un primer momento con la formación de la escuela francesa de los *Annales*, los aportes del marxismo y el desarrollo de las ciencias sociales en el siglo XX que permitieron la apertura hacia nuevos métodos, temas y cuestiones que vinieron a superar los límites del positivismo y a reconocer como campos de la historiografía a la economía, la sociedad y la cultura. En un segundo momento, durante los años setenta, surge la llamada “Nueva Historia” bajo una perspectiva multidisciplinaria de los métodos y técnicas de las ciencias sociales, centrando su interés en las masas más que en la élite. Aparece entonces el interés por estudiar a los grupos considerados subalternos (campesinos, obreros, maestros, mujeres, etc.) en los procesos histórico-sociales. La definición de la historia como una “totalidad” permitió adentrarse en el estudio de las mentalidades, de lo cotidiano, de la demografía, la ciencia, la historia urbana y la historia de la familia; que junto a la ampliación del concepto de fuente (no sólo el documento de archivo, al incluir otros tipos como las series estadísticas, rastros materiales, la literatura, el folklore, la arquitectura, la iconografía, etc.) se establecerían las bases para la incorporación de las mujeres a la historia.³

Esta necesidad de incluir en la historia a las mujeres obedeció en gran parte a la experiencia y el pensamiento feminista, en su preocupación por situarlas como sujetos históricos y, con ello evaluar su presencia, importancia y significado en una sociedad y en un momento determinado, con el fin de mostrar que las mujeres han tenido una presencia activa en el pasado. En este sentido, Carmen Ramos señala que, lo que se busca es escribir una historia reivindicativa de las mujeres.⁴ Un conocimiento histórico centrado en su presencia y acción exige plantearse preguntas en su calidad de actrices sociales, y para el caso de esta investigación, una de las preguntas centrales es ¿cómo y

³Ana Lidia García Peña, *Problemas metodológicos de la historia de las mujeres: la historiografía dedicada al siglo XIX mexicano*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1994, p. 8.

⁴ Carmen Ramos Escandón (comp.), *Género e Historia. La historiografía sobre la mujer*, Instituto Mora, México, 1992, p.11.

de qué manera las mujeres participaron y contribuyeron a forjar la nación porfirista en su calidad de sanadoras?

Ello implica hacer una deconstrucción del discurso de la “naturalización femenina” de los cuidados y de las profesiones sanitarias, que establece una división sexual del trabajo y erróneamente les han identificado con determinados valores morales y de género que además de reducirles a prácticas exclusivas del ámbito “doméstico” y “privado”, han contribuido a la nula valoración social y económica de un trabajo femenino que ha sido piedra angular en el desarrollo político, científico, social y económico de la nación porfirista. Es imprescindible mostrar que las prácticas de los cuidados de la salud corresponden a ámbitos sociales más amplios y complejos: público/privado, mercado/Estado, familia/comunidad, y que a su vez es necesario considerarles con la misma importancia que lo realizado por los varones, en tanto que a través de estas actividades, las mujeres contribuyeron al bienestar y desarrollo del ciudadano/ trabajador.⁵

Parto de la premisa de que las mujeres formaron parte medular en la construcción de la nación porfiriana como médicas, sanadoras y cuidadoras de la salud, como ejemplo de ello me centro en estudiar a un grupo de ellas que muy poco o nada tuvieron que ver con el “ideal” femenino de la época; conocido como “bello sexo” o “sexo débil”; quienes lograron obtener cierto saber, autoridad y reconocimiento social en torno a un oficio y profesión que les permitió desarrollar un proyecto de vida más amplio que el tradicional de esposa y madre. En particular me refiero al grupo de mujeres que laboraron como parteras, nodrizas y enfermeras, tanto en el ámbito profesional e institucionalizado, respaldadas por un título profesional, como aquellas que trabajaron de manera independiente e informal trasladándose de casa en casa, legitimadas por una serie de conocimientos médicos de tipo empíricos.

⁵María de Jesús Izquierdo, “El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién? Organización social y género, en *Debate Feminista*, año 15, vol. 30, octubre, 2004, pp. 129-153. Tomeu Sales Gelabert, “Ciudadanía y cuidados, apuntes para una política feminista democrática”, en *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, núm. 63, 2014, pp. 159-174. Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns (eds.), *El trabajo de Cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata, 2011.

Estas mujeres no se limitaron a acatar los roles tradicionales que se exigía a su género, pues su trabajo les permitió desarrollarse fuera del hogar, obtener una serie de saberes curativos que les otorgó cierto prestigio y poder social, en lo relativo a la salud sexual y reproductiva de la población. Sin embargo, el camino transitado por estas mujeres no fue nada fácil, pues tuvieron que enfrentar los prejuicios de clase, raza y género de su época, los cuales fueron reforzados a través del proceso de profesionalización de las prácticas médico-sanitarias, que produciría una redefinición de las identidades profesionales claramente sexuadas.

Este proceso les supeditó a un complejo proceso de inclusión/exclusión en los distintos campos de atención a la salud. A pesar de que por muchos años habían figurado como las protagonistas del poder y saber curativo, para mediados del siglo XIX les sería arrebatado ante la profesionalización e institucionalización⁶ por parte del Estado de un modelo médico-sanitario occidental y androcéntrico, desde el cual se establecieron nuevas relaciones de poder y dominación en torno al saber y la práctica médica como campo exclusivo de los médicos profesionistas varones.

No obstante, es imprescindible destacar la importante labor ejercida por este grupo de mujeres parteras, nodrizas y enfermeras, quienes lograron acceder a trabajar en los distintos hospitales y hospicios de la época; mientras que otras tantas, al carecer de un título profesional pero respaldadas por su saber y experiencia, laboraron de manera particular entre sus comunidades, con sus cuidados

⁶ El proceso de consolidar en México la profesión médica y la institucionalización de su autoridad se desarrolló desde el fin de la guerra de Independencia 1821-1917 apunta Ana María Carrillo a partir de una serie de acontecimientos que llevaron a la comunidad médica a modificar sustancialmente muchas de las categorías que habían estado vigentes en la época colonial. Dicho proceso incluyó la normalización de la práctica y la enseñanza médica en manos del Estado, siendo la Universidad –la Escuela de Medicina- el único órgano válido para la enseñanza y concesión de títulos, para la elaboración de códigos sanitarios, el impulso de campañas científicas de la salud pública y la creación de institutos nacionales de investigación médica. Los médicos universitarios pretendieron controlar aquellas disciplinas que habían comenzado a desarrollarse dentro de la medicina, y combatieron abiertamente otras prácticas médicas –de homeópatas, médicos indígenas, religiosos- que invadían el área que ellos consideraban de su competencia exclusiva. El Estado mexicano jugó un papel fundamental en la consolidación de la profesión médica, a pesar de que dicho apoyo les significó a los médicos una dependencia hacia éste; es decir existía una influencia del poder estatal sobre su trabajo profesional. Véase: Ana María Carrillo, *Asclepio*, vol. 50, núm. 2, 1998, pp. 149-168.

y remedios curativos, indudablemente contribuyeron a disminuir las cifras de mortandad materno-infantil de la época, así como a generar mayor salud en la población mexicana de la época.

El proceso de acceso a las mujeres a la universidad y a las profesiones liberales se dio en un clima de debate acerca de la educación femenina y de la capacidad intelectual que éstas tenían para ejercer dichas carreras como obstetras, odontólogas, farmacéuticas, enfermeras, médicas y abogadas principalmente. Dicha polémica en torno a la educación intelectual y profesional de las mujeres se desarrolló en el marco de la tensión existente entre el liberalismo doctrinario, en un polo, y la corriente intelectual del positivismo, en el otro. Los argumentos liberales surgidos de las doctrinas del derecho natural, del utilitarismo y de la filosofía política de la Ilustración -centrada en el individuo y sus derechos- sirvieron para defender la igualdad de la capacidad intelectual que dieron sustento al reclamo de la educación profesional como un derecho individual de las mujeres.⁷

Esta visión determinaba la concepción de la mujer como un ser inteligente al igual que los varones, capaz de estudiar y trabajar, lo que les permitiría traspasar las paredes del convento o del hogar, únicos espacios socialmente aceptables de desarrollo y convivencia para ellas. Dicho reacomodo social se consideraba por un lado, como un claro signo del progreso de la nación, pero también era una amenaza a la institución de la familia, considerado como el principal sostén de la sociedad y del papel de la mujer, el cual giraba alrededor de la trinidad: hija-esposa-madre.⁸ A pesar de dichos debates, y ante el naciente interés por parte de la élite política de ampliar sus perspectivas educativas, las mujeres pertenecientes a la clase media comenzaron a incorporarse a ciertas profesiones como el magisterio y otras relacionadas con las ciencias de la salud, ante el significado cultural que los cuidados y la enseñanza guardaban en relación con la “naturaleza materna femenina”. Lo anterior nos lleva a la

⁷ Gabriela Cano, “La polémica en torno al acceso de las mujeres a las profesiones entre los siglos XIX y XX”, en Josefina Mac Gregor (coord.), *Miradas sobre la nación liberal: 1848-1948. Proyectos, debates y desafíos. Libro 2. Formar e informar: la diversidad cultural*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, pp. 173-174.

⁸ Verena Radkau, *Por la debilidad de nuestro ser. Mujeres del pueblo en la paz porfiriana*, México, Centro de Investigaciones de Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 168, 1989, p. 12.

reflexión en torno al acceso de las mujeres a la universidad, el cual estuvo claramente relacionado, desde sus inicios, con elecciones diferenciadas; acorde con una división socio-sexuada del saber,⁹ que llevaría a incluirlas o excluirlas de ciertas carreras en razón de su género.

De manera convencional se ha visto al siglo XIX en el mundo como un periodo de inmovilidad, mutismo y encierro doméstico para las mujeres. No obstante, esta perspectiva ha sido puesta en tela de juicio por la historiadora francesa Michelle Perrot, quien reconoce que a pesar de que en esta época, la vida de las mujeres estuvo sometida a una codificación colectiva rigurosa, la modernidad decimonónica también modificó normas de género que destrabaron ancestrales cerrojos. Después de todo, es en este siglo cuando surge el feminismo y como consecuencia de la modernidad, una serie de transformaciones que permitirían una mayor participación de las mujeres en la vida pública y política, misma que se manifestó tímidamente en la educación y en algunos campos de trabajo, en la posibilidad de ser tomadas en cuenta como individuales, protagonistas y futuras ciudadanas; pero paradójicamente, la democracia liberal republicana afirmaba una codificación social que sometió la vida de las mujeres, y las excluyó de ciertos derechos e igualdad política en razón de su sexo.¹⁰

En este sentido Silvia Arrom señala que la realidad histórica de las mujeres a lo largo del siglo XIX es mucho más compleja, en tanto que existen fuentes documentales que demuestran su participación activa en distintos ámbitos de la vida pública y privada, así como mayor independencia de lo que antes se pensaba. Inclusive dentro de los hogares, las mujeres tenían menos hijos y estaban menos aisladas y atadas de lo que se había creído. Además, existían muchas solteras y viudas que vivían solas, sin cumplir el rol de esposa y madre dentro de una familia nuclear, ni tampoco el de monja, que se dice eran las únicas posibilidades para una mujer en este periodo. Es evidente que sus vidas no

⁹ Alicia Iratí Palmero, "Mujeres profesionales que ejercieron en Argentina en el siglo XIX", en *Convergencia*. Revista de Ciencias Sociales, vol. 12, núm. 38, mayo-agosto, Universidad Autónoma del Estado de México, 2005, p. 61.

¹⁰ Georges Duby y Mechelle Perrot, "Del destino social al destino personal", en Georges Duby, Mechelle Perrot, *Historia de las mujeres en Occidente*, vol. 4 (El siglo XIX), Editorial Aguilar, 1993, pp. 57-90.

corresponden a la imagen tradicional que describe a la mujer casada.¹¹ No obstante, aún son pocos los estudios que hasta ahora nos permiten conocer esta parte de la realidad histórica de las mujeres.

A pesar de que en este periodo de la historia las mujeres no figuraron como generalas o presidentas, indudablemente contribuyeron de otras maneras al desarrollo, consolidación y progreso de la nación.¹² En un contexto en el que la salud pública, la higiene y la salubridad se presentaron como uno de los principales programas de la empresa gubernamental, una suma de individuos sanos, trabajadores e higiénicos, eran requisito esencial para el funcionamiento del orden social y para la estabilidad económica de la nación. El gobierno porfirista apoyó y vio en este sector de la población femenina que laboraba como parteras, nodrizas y enfermeras, el mejor instrumento de apoyo para tratar de resolver los graves problemas de salud pública que aquejaban a una gran mayoría de la población, siendo la más vulnerable las mujeres embarazadas y sus pequeños, cuyas muertes representaban la existencia no sólo de un país despoblado y atrasado, sino la de un futuro sin esperanza y hundido en la pobreza, al carecer de la suficiente mano de obra para alcanzar el tan anhelado progreso nacional.

Además, dentro de las prioridades de la agenda política porfirista estaba la lucha, pero ya no contra el enemigo externo sino contra los peligros de su propio cuerpo; la degeneración física y moral de la raza, es decir, contra todo aquello que impedía su plena constitución como una sociedad integrada por ciudadanos: desde el analfabetismo, la ociosidad, la vagancia, y todas aquellas enfermedades que provocaban altos índices de mortalidad y baja esperanza de vida.

El modelo social y político propagado por la ideología dominante durante el régimen porfirista se basó en la filosofía positivista, de manera principal en las nociones de Comte y Spencer, con las cuales

¹¹ Silvia. M. Arrom, *La mujer mexicana ante el divorcio eclesiástico (1800-1857)*, México, Secretaria de Educación Pública, 1976, pp. 9-10.

¹² Cynthia Jeffress Little, "Educación, filantropía y feminismo: partes integrantes de la feminidad argentina, 1860-1926", en Asunción Lavrin (comp.), *Las mujeres latinoamericanas. Perspectivas históricas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985, pp. 271-292.

se apoyó la idea de ver al Estado como un organismo, el cual podía estudiarse de forma científica tal como se hacía en la biología. Desde esta perspectiva se podía aplicar el método científico para combatir las patologías del cuerpo social. En 1908 un grupo de médicos positivistas y eugenistas¹³ mexicanos establecieron la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas, quienes temían a las consecuencias a largo plazo de los venenos raciales tales como la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo. Dichas patologías sociales eran vistas como propias de la raza indígena del país, por lo que se dieron a la tarea de organizar campañas para normativizar y hasta prohibir su reproducción sexual. Los argumentos en torno a la constitución degenerativa de las razas indígenas, se desarrolló a partir de sus costumbres y formas de vida como la embriaguez, la prostitución, la vagancia, el alcoholismo, la alimentación deficiente, la miseria en la que vivían, el hacinamiento de personas y animales, su ingreso temprano a la sexualidad, el incesto, el descuido de sus hijos durante el embarazo y la crianza inadecuada de los recién nacidos, supuestamente males que serían heredados por sus hijas e hijos hasta la cuarta generación, lo que impediría alcanzar el tan anhelado progreso de la nación.¹⁴

Fue entonces cuando se planteó como tarea urgente transformar a la población en una sociedad aséptica, sana, instruida, disciplinada y trabajadora, según los principios de la ciencia médica y pedagógica en cuya labor la participación, poder y protagonismo que ejercieron las parteras, las nodrizas y las enfermeras, así como los distintos grupos de cuidadoras como agentes de salud fue fundamental. Estas mujeres fueron las encargadas de atender y cuidar a los miles de enfermos aquejados por las epidemias, a las mujeres embarazadas y su subsecuente parto, sin olvidar la salud y

¹³El eugenismo pretendía el aumento de personas más fuertes, sanas, inteligentes o de determinada etnia o grupo social, para lo que promueve directa e indirectamente la no procreación de aquellos que no poseen dichas cualidades. Supone una intervención en los rasgos hereditarios para ayudar al nacimiento de personas más sanas y con mayor inteligencia. Véase: Laura Suárez y López Guazo, *Eugenésia y racismo en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, 2005.

¹⁴Ana María Carrillo, “Los médicos y la ‘degeneración de la raza indígena’”, en *Ciencias*, núm. 60-61, octubre-marzo, 2001, pp. 64-70.

bienestar del recién nacido; acciones todas ellas, que contribuyeron a las políticas de sanidad y natalidad emanadas del proyecto higienista y de salud pública del siglo XIX, claves para la reconstrucción y funcionamiento del Estado nación liberal.¹⁵

Objetivos de la investigación

Se busca en este estudio analizar el papel protagónico ejercido por las mujeres en el cuidado de la salud a finales del siglo XIX y principios del XX. Este cuidado debe ser entendido como una capacidad de acción, poder y autoridad en campos aún más extensos que los del hogar y la familia.

Otro fin es destacar el papel desempeñado por las mujeres en la reconstrucción de un Estado-nación más saludable, a través de su participación y protagonismo en el trabajo sanitario y de asistencia social. Además como prioridad central la tarea es estudiar al pequeño, pero no por ello menos significativo núcleo de mujeres que ejercieron de forma institucionalizada, desde la gestión de la asistencia pública como parteras, nodrizas y enfermeras, y la manera en que a través de una serie de actividades sanitarias, indudablemente contribuyeron al cuidado de la vida y salud de los ciudadanos¹⁶ de la nación porfirista.

¹⁵ María Silvia Di Liscia analiza el papel de las mujeres en el proceso de medicalización que se vivió en Argentina de 1870 a 1940; y la manera en que el valor de la limpieza, vinculada con el orden y la salud pública, se instaló en los sectores más desposeídos a través del proceso denominado medicalización, emanado de la estructura política estatal que incluyó el monopolio médico y la intervención de la medicina científica, el cual tuvo como protagonistas a las mujeres, quienes hicieron suyos los preceptos higiénicos y se encargaron de trasladarlos a sus hogares. Véase: María Silvia Di Liscia, “Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina”, 1870-1940, en *Signos Históricos*, núm. 13, enero-junio, 2005, pp. 95-119.

¹⁶ Omíto el concepto de *ciudadanas*, en tanto que a nivel teórico, la ciudadanía está constituida por la conjunción de tres elementos: *posesión de derechos*, *pertenencia a una nación* y *participación social*, y aún después de la Revolución francesa que declara la igualdad universal de los derechos civiles y políticos, éstos dejaron fuera a las mujeres y otros sectores populares. Y aún para siglo XIX, jurídicamente las mujeres eran consideradas como menores de edad quienes dependían de su padre y/o esposo, además de que carecían de derecho al voto. Inspiradas en estos mismos derechos, reclamarían la igualdad ante la ley y al sufragio. Como un primer antecedente en el año de 1937 el entonces presidente Lázaro Cárdenas se manifiesta por otorgar el voto a las mujeres, pero sería quince años después en 1953, que los derechos de la ciudadanía de las mujeres quedarían incorporados a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. No obstante, señala Gabriela Cano no se piense que por carecer del derecho al sufragio las mujeres estuvieron al margen de la vida política y civil durante la primera mitad del siglo XX, pues participaron de muchas maneras en los procesos políticos y sociales tanto del México posrevolucionario, y yo afirmaré como del México decimonónico, y para muestra ésta investigación. Véase: Gabriela Cano, “Ciudadanía y sufragio: el discurso igualitario de Lázaro Cárdenas”, en Marta Lamas, *Miradas feministas sobre las mexicanas del siglo XX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2007.

Por último, otro objetivo de la presente investigación es explorar la manera en que el saber y la práctica médica estuvieron marcados por complejas relaciones de género entre los médicos profesionistas varones y las mujeres dedicadas al cuidado de la salud. Y es que desde el surgimiento en el siglo XVIII del modelo médico sanitario occidental, el cual prevalece en la actualidad, se establecieron claras relaciones de poder, dominación y exclusión entre sus distintos actores; en razón de su clase, raza y género, que explican la subordinación histórica de las mujeres frente a los médicos hasta el día de hoy.

Hipótesis

La hipótesis central de este estudio es que las parteras, nodrizas y enfermeras, al haber sido poseedoras de una serie de prácticas y saberes sanitarios, no aceptaron de manera pasiva la subordinación y exclusión a la que fueron sometidas por parte de la comunidad médica profesionista, quienes en numerosas ocasiones defendieron su saber y autoridad dentro del campo de la salud. Lo anterior les permitió un desarrollo profesional y laboral a través de la obtención de un trabajo respetable que las dotaría no sólo de cierta independencia económica, sino de la oportunidad de ejercer un rol social distinto fuera del constreñido espacio del hogar y de su natural “destino” como madres amorosas, esposas sumisas y mujeres abnegadas.

El trabajo ejercido por estas mujeres en el campo de la salud nos muestra, además de su capacidad de desempeño en tareas y actividades públicas indispensables para el desarrollo y fortalecimiento de la nación,¹⁷ la importancia de reconocer la existencia de espacios laborales y profesionales desde donde este grupo de mujeres obtuvieron y desarrollaron ciertas formas de poder y autoridad femeninas.¹⁸

¹⁷ Mary Nash, “Nuevas dimensiones en la historia de la mujer”, en Mary Nash (eds.), *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Ediciones del Serbal, Barcelona, 1984, pp. 13-14.

¹⁸ El concepto de formas de poder femenino ha sido trabajado por Arlette Farge Charleville quien ha mostrado que las formas de poder femenino tienden a expresarse en términos culturales que comprenden las prácticas, experiencias, tradiciones, costumbres y rituales femeninos ubicados entre la esfera doméstica y la pública, y que supone el aprendizaje y la transmisión de unos roles y formas de conciencia específicas. Véase: Arlette, Farge Charleville, “La

En tanto que el significado cultural de los cuidados desde la antigüedad había sido considerado un campo exclusivo del género femenino, éste ha sido un espacio donde compartieron con otras mujeres sus conocimientos, experiencias, así como relaciones de apoyo solidario en el momento de ayudar a dar a luz a otras mujeres, cuidar y alimentar a los recién nacidos a partir de un trabajo conjunto desde donde la partera, la nodriza y la tendedera¹⁹, crearon redes sociales informales con un mismo fin: contribuir al cuidado de la vida y salud de la población.

Es importante reconocer que la realidad histórica es mucho más compleja, ya que en el espacio de la práctica médica y del cuidado de la salud, a lo largo del siglo XIX se desarrolló una disputa entre el saber y el poder de la medicina doméstica o popular practicada de manera ancestral en su mayoría por mujeres brujas, curanderas, hierberas, comadronas, etc., y la medicina científica representada por médicos profesionistas varones; quienes a pesar de su reclamo por la legitimación del poder y su saber, tuvieron que compartir espacios y conocimientos en la atención de las y los enfermos con las mujeres.

Periodización

La delimitación temporal elegida para esta investigación abarca de 1876 a 1910, periodo histórico mejor conocido como porfiriato en donde se ubica el nacimiento de la salud pública moderna en México. Ello a partir de la puesta en marcha de una serie de programas de salud pública y urbanización en la Ciudad de México, dirigidas por la naciente burocracia médica y sanitaria y el Consejo Superior de Salubridad, las cuales tenían como objetivos contrarrestar las condiciones antihigiénicas en las que se encontraba la ciudad y hacer frente a todas aquellas enfermedades epidémicas causantes de una serie de problemas de salud en las y los habitantes.

historia de las mujeres. Cultura y poder de las mujeres: Ensayo de historiografía, en *Historia Social*, núm. 9, 1991, p. 79-101.

¹⁹ Mujer dedicada a cuidar a la parturienta después del parto. Véase: Anne Folger Staples Dean, "El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico", en Julia Tuñón Pablos (comp.), *Enjaular los cuerpos. Normatividades decimonónicas y feminidad en México*, p. 197.

La idea era transformar a la capital del país en el símbolo urbano de progreso, entendido éste como una nación caracterizada por el orden, la paz social, la salud, la higiene pública y el progreso material. Lo anterior exigió al Estado porfiriano hacer un diagnóstico en cada región de México para estructurar una política sanitaria común para todo el país. El proceso de concentración creciente del poder del Estado en asuntos sanitarios, el cual fue paralelo a su de poder político disciplinador, permitió poner los nuevos conocimientos al servicio de la prevención de los problemas colectivos de salud y a la necesidad del imperialismo europeo, estadounidense y de la elite porfiriana de proteger sus intereses comerciales.²⁰

Durante los treinta y cuatro años de dictadura porfirista se dio una expansión creciente de la acumulación capitalista en México, en el contexto del imperialismo. Dicha expansión demandaba la conservación de la salud colectiva particularmente en lo relativo a la prevención de la peste, la fiebre amarilla, el tifo y el cólera como precondition para el libre tráfico de mercancías y de personas. A comienzos del porfiriato y desde 1841, la máxima autoridad sanitaria era el Consejo Superior de Salubridad. Originalmente, el Consejo tenía jurisdicción únicamente en el Distrito Federal, su presupuesto era insuficiente y contaba sólo con seis miembros. Sin embargo, esa situación cambió durante los siguientes años en particular entre 1885 y 1914, periodo en que el organismo fue dirigido por el médico Eduardo Liceaga. En 1882, el Consejo Superior de Salubridad elaboró un dictamen sobre la higiene pública en el país, en el que se propuso la constitución de un Consejo Nacional de Salubridad Pública con facultades ejecutivas, el cual debería concentrar las estadísticas de morbilidad y mortalidad y fungir como un cuerpo consultivo general en materia de salubridad, encargarse de todo lo relativo a la policía sanitaria marítima, convocar a congresos nacionales de higiene y formar, con la participación de todos los estados, la legislación sanitaria de la república.²¹

²⁰ Ana María Carrillo Farga, “Economía, política y salud pública en el México Porfiriano (1876-1910)”, en *História, Ciências, Saúde . Manguinhos*, vol. 9 (suplemento), 2002, p. 68.

²¹ *Op.cit.*, Ana Maria Carrillo Farga, 2002, p. 68.

Tales medidas se concentraron en la capital de la república y en zonas del país que eran proveedoras de productos agrícolas y de metales, ya fuera preciosos, o empleados en la industria. Estas zonas fueron: la Ciudad de México que, además de ser el centro político y económico de la región, se consolidó como la más importante aglomeración del país y el entronque de las vías de comunicación; el Golfo de México, cuyo desarrollo fue impulsado por el puerto de Veracruz, el de mayor tránsito en la república y por la península de Yucatán que prosperó en el porfiriato por el valor creciente que tuvo el henequen en el comercio internacional. Otras zonas importantes fueron los puertos de Coatzacoalcos en el Golfo y Acapulco, Salina Cruz y Mazatlán en el Pacífico; la población de Cananea en Sonora, en la que hubo un resurgimiento de la minería y ciudades del norte del país y de la región de Istmo de Tehuantepec, que se desarrollaron junto con ramales ferroviarios. Debido a la importancia estratégica de estas regiones, en ellas se impusieron medidas de saneamiento. Uno de los principales objetivos de dichas medidas era evitar las amenazas que las epidemias y endemias significaban para la reproducción de la fuerza de trabajo en haciendas y minas, y para el comercio en puertos y fronteras, en una época en que México y otros países latinoamericanos incrementaban sus exportaciones de acuerdo con el papel que les había sido asignado durante la llamada segunda revolución industrial.²²

No obstante, el país seguía siendo asolado por las enfermedades, el analfabetismo, el hambre y la pobreza, las necesidades de salud de la mayoría de la población difícilmente podían ser cubiertas por los establecimientos sanitarios del Estado, pues el panorama socio-sanitario que presentaba la República Mexicana durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX era desolador. Un ejemplo de esto, según la memoria de Gobernación, durante el año de 1878, de 250,000 habitantes se habían registrado 9, 455 defunciones, número que correspondía sólo a aquellas muertes reconocidas en los censos poblacionales, mientras que la vida media entre las y los habitantes de la

²² *Ibid.*, 2002, pp. 69-70.

ciudad era de veintiséis años y medio.²³ En lo referente a la mortalidad infantil, el médico Manuel S. Iglesias apuntó que durante el año 1892, de 728 niñas y niños registrados en la Oficina del Registro Civil, se anotaron 343 defunciones de menores de 5 años, y para el año 1893, de 673 nacimientos, se registraron 363 defunciones, lo que producía la enorme proporción de 48.48% defunciones por cada 100 nacimientos durante el año 1892, y para el año 1893, 53,89 %. Tales cifras eran alarmantes, tomando en cuenta que sólo una minoría de los niños eran presentados ante el Juez Civil.²⁴

Cuando las personas enfermaban o las mujeres se embarazaban eran atendidos regularmente por mujeres curanderas, hierberas, parteras y/o nodrizas, quienes a través de una serie de conocimientos de medicina doméstica y de herbolaria, se encargaban de asistir a quienes enfermaban en sus comunidades. La posibilidad de que la mayoría de la población en situación de pobreza pudiera ser atendida por un facultativo era quimérica, pues en el mejor de los casos hombres, mujeres y niños de los estratos sociales más pobres acudían a los Hospitales de Beneficencia Pública, donde gracias a los cuidados y alimento proporcionado por parteras, nodrizas y enfermeras, aumentaban la viabilidad de sobrevivencia y la curación de estas madres y sus hijos era mayor. La función del cuidado y asistencia que parteras, nodrizas y enfermeras ofrecieron a los enfermos en los distintos hospitales públicos de la época, debe entenderse como un trabajo femenino remunerado, aunque era mal pagado. La feminización de la asistencia social, basada en su condición considerada natural de cuidadoras, les permitió a unas obtener un trabajo respetable fuera del hogar, y a otras, obtener su ingreso a la Escuela de Medicina para adquirir un título profesional que les permitiría ejercer su profesión de manera legal.

²³ Agustín Reyes, “Estudio sobre la mortalidad de México habida en el año de 1880”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XVI, núm. 21, 1881, pp. 369- 377.

²⁴ Manuel S. Iglesias, “Higiene. Breves consideraciones acerca de la mortalidad infantil”, *Gaceta Médica de México*, octubre, núm. 19, 1898, p. 382.

Parteras, nodrizas y enfermeras

El perfil económico y social de las mujeres que trabajaron como cuidadoras de la salud no es homogéneo, la mayoría de las parteras, cuidadoras y nodrizas que laboraban de forma informal en sus comunidades, carecían de un título profesional pertenecían a un estrato social bajo²⁵, con edades que fluctuaban entre los 20 y los 40 años. Eran madres solteras o viudas, que al no poseer sustento económico, emigraban a la capital²⁶ en busca de trabajo, al haber aprendido de sus madres y abuelas una serie de conocimientos en torno a la medicina doméstica y herbolaria, vieron en el mundo sanitario una opción para cubrir sus necesidades de supervivencia. Es importante resaltar que a pesar de que estas mujeres no tenían una preparación académica, ello no indicaba que carecieran de una preparación adecuada y de experiencia para desarrollar su trabajo.

Otro sector de mujeres que lograron acceder a la Escuela de Medicina para obtener un título profesional como obstetras y enfermeras, pertenecieron en su mayoría a una clase social media²⁷ rural y urbana. Eran mujeres jóvenes de entre 20 y 35 años, quienes vieron en estas nuevas

²⁵ México tenía en 1858, según cálculos de Manuel Payno, 8 604 000 habitantes, de los cuales, 2 314 130 eran indígenas, 1 768 429 eran blancos y 4 521 441 eran mestizos. Se asentaban en las capitales una novena parte de la población absoluta y las ocho novenas partes en villas, pueblos, congregaciones, aldeas, haciendas y ranchos. Por su número, ocupaban los indígenas el segundo lugar dentro de la población y formaban con los mestizos la clase trabajadora del país. Por efectos de la dominación española, eran expuestos a exceso de trabajo, desnutrición, enfermedades y epidemias, al ser considerados como una raza en decadencia al terminar el régimen colonial. Los indios tenían en la escala económica y en los derechos sociales el nivel más bajo, eran la “raza inferior”. Véase: Ma. de la Luz Parceró, *Condiciones de la mujer en México durante el siglo XIX*, México, 1992, Instituto Nacional de Antropología e Historia, pp. 12-13.

²⁶ Tras la guerra de Independencia se dio el comienzo de la disolución de la sociedad colonial, en tanto que implicó la destrucción de un sistema de gobierno y con él, la de las instituciones e ideas que lo mantenían. Este proceso de liquidación incluyó asaltos al poder, destrucción de las propiedades, aniquilamiento de las instituciones y de los principios que estorbaban a la sociedad nueva, cuyas consecuencias serían fatales para la población en su conjunto: multitud de viudas, abandonadas y huérfanos engrosaban después de cada saqueo, la muchedumbre de miserables y hambrientos que vagando de provincia en provincia, en busca de sustento, evidenciaban la ruina económica. Las mujeres, en calidad de inferiores o menores de edad, sin derechos, sin instrucción, sin protección de ninguna especie, se vieron de inmediato absorbidas por las nuevas formas de trabajo que surgían por la expansión de las máquinas modernas y del modo de producir capitalista que empezaba a avanzar. *Ibid.*, p.11.

²⁷ Para diferenciar esta clase media que es necesario señalar que me refiero a un sector de los mestizos con una fracción de los criollos, quienes constituían una clase orgullosa de su estirpe que llegó a ser el producto más acabado del mestizaje racial y cultural que por siglos se había conformado. Surgida de las propias contradicciones que se daban entre las diferentes clases de la población, señala Otero que en el primer tercio de siglo integraban los estratos medios de las ciudades o del campo, un sector que por su preparación y por contar con una elite cultural capaz no sólo de establecer alianzas con los intereses sociales de los diferentes grupos, sino de enfrentarse a la clase que fungía como reducto del poder colonial y de soportar y resistir los embates de las clases poderosas engendradas en el país a la sombra de los nuevos y complejos intereses. Hacia 1861 componían esta clase que se ha dado en llamar “pequeña burguesía”, los pocos profesionistas que existían después de haberse destruido el monopolio español por la obra de la Reforma de 1833; sobre todo médicos, abogados, ingenieros, maestros y maestras de instrucción elemental, estudiantes, empleados, parteras, farmacéuticas, comerciantes propietarios en pequeño. *Ibid.*, pp. 24-25.

profesiones sanitarias femeninas - derivadas de una reforma educativa que favorecía una educación femenina más completa y acorde al nuevo proyecto nacional que pretendía convertirlas en personas económicamente productivas²⁸ - la posibilidad de una auténtica superación económica y social.

En su conjunto, esta investigación tiene como objetivo mostrar las formas de participación, protagonismo y autoridad de las mujeres en las distintas prácticas sanitarias, al identificar las diferentes actividades de atención a la salud que como parteras, nodrizas y enfermeras desempeñaron a finales de siglo XIX y principios del XX.

También analizo el proceso de profesionalización de las actividades médico-sanitarias que se dio durante el siglo XIX, y la manera en que éstas se fueron construyendo como identidades profesionales sexuadas, lo que llevaría a una serie de cambios en la organización y práctica de las actividades sanitarias en el que parteras, nodrizas y enfermeras fueron, si no excluidas en su totalidad, sí subordinadas a la figura y autoridad del médico científico -varón-; ocasionando con esto una lucha por los espacios de acción, poder y saber entre estas mujeres; quienes de manera ancestral habían ocupado un lugar importante en los cuidados de la salud de la población y los médicos, cuya preparación profesional y estatus político-social los legitimaba como únicos representantes de la medicina científica hegemónica.

No obstante, en un contexto en el que las altas cifras de mortalidad hasta entonces afectaban tanto a la población varonil adulta como a las mujeres embarazadas, en su mayoría en estado de desnutrición y a sus pequeños, cuyas madres a menudo morían durante el parto, dejando a un número considerable de niños huérfanos y desamparados, quienes al no recibir el alimento y cuidados maternos difícilmente llegaban al primer año de vida; lo que prevalecía era un descenso poblacional grave; en un momento de pleno desarrollo de la economía capitalista mundial, cuyos principales actores eran Gran Bretaña y

²⁸ Mílada Bazant de Saldaña, "Historia de la educación durante el porfiriato", México, El Colegio de México, 6a reimpr., 2006, pp. 118-122.

Estados Unidos. En la lucha por sanar, cuidar y tratar de frenar los altos índices de mortandad que aquejaban a la población, es importante señalar que las mujeres en su calidad de cuidadoras-enfermeras, realizaron un trabajo arduo y significativo, algunas desde sus hogares o dentro de sus comunidades y otras en los distintos hospitales de la época.

Fuentes

Encontrar documentación de primera mano que evidencie la participación y protagonismo de las mujeres en este proceso histórico no fue tarea sencilla, ya que los registros las han omitido. Por lo anterior ésta investigación utiliza como principales fuentes testimonios emanados del discurso médico institucionalizado, el cual por su carácter oficial muestra una visión limitada de la realidad histórica. Como señala Michelle Perrot, el primer paso es enfocar las fuentes tradicionales desde un ángulo diferente; a pesar de que la cantidad de información explícita en torno a las mujeres sea escasa, lo importante radica en la forma de plantear las preguntas sobre las diferencias entre los sexos y la división de papeles entre hombres y mujeres; al ser el punto de vista, el que constituye el tema y la información misma. Ello nos invita a reflexionar en torno a la afirmación de que en los registros no se mencionan a las mujeres, antes bien, en los textos nadie buscó huellas de ellas; pues es bien sabido que dichos registros no hablan por sí solos. No son “hechos” crudos, siempre son procesados.²⁹

Las fuentes históricas que sustentan esta investigación fueron analizadas desde una perspectiva feminista³⁰ que ante todo buscó destacar la presencia, poder y autoridad de las mujeres en el cuidado de la salud, así como entender el significado de estas experiencias tanto en el devenir histórico, como para las propias mujeres por un lado; y por el otro, indagar cómo las relaciones de

²⁹ Michelle Perrot, “Haciendo historia: las mujeres en Francia”, en Carmen Ramos (coord.), *Género e Historia: la historiografía sobre la mujer*, México, Instituto Mora. Universidad Autónoma Metropolitana, 1992, p. 73.

³⁰ Para la teoría feminista ha sido necesario el desarrollo de un lenguaje que represente de manera adecuada y completa a las mujeres para promover su visibilidad, en un contexto en el que su vida de se venía representando inadecuadamente o no se representaba. De ahí que para Carmen Ramos el concepto de género como categoría de análisis histórico es la aportación más original que la historiografía feminista anglosajona ha hecho al conocimiento de la historia. En esta necesidad no sólo por rescatar la historia de las mujeres, sino en lo imprescindible que es hacer una crítica conceptual a lo que ha sido la historia tradicional en cuyos avances, la historiografía feminista ha hecho importantes aportes, no sólo para rescatar esta historia de las mujeres, sino para tener un conocimiento de la historia más completo y amplio. Véase: *op. cit.*, 1997, p. 133.

género a finales de siglo XIX y principios del XX afectaron, definieron o limitaron el papel de las mujeres en el campo de la salud y cómo dentro de estas relaciones, se encuentran inmersas otras relaciones de poder y dominación, como las de clase y raza.

Para el caso de este estudio, se revisaron las listas de las nóminas de pago del personal que laboró en los distintos hospitales de la época, existentes en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, en el que se muestran los nombres de varias de estas mujeres que ejercieron como parteras, enfermeras y nodrizas, así como sus sueldos, jerarquía y permanencia laboral.

En el mismo Archivo, en el Fondo documental Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios y Serie Hospital de Maternidad e Infancia, además de las nóminas del personal, se encuentra el Reglamento de dicho hospital, fuente documental de gran relevancia, en tanto que en él se especifica el organigrama de la institución, de su personal, las actividades y obligaciones laborales y administrativas de cada empleado, - en este caso, de parteras, nodrizas y enfermeras -, así como los requisitos laborales exigidos para ocupar y permanecer en dichos puestos.

Los datos obtenidos en torno a la labor de las nodrizas fueron extraídos de este mismo Archivo, correspondiente al Fondo Casa de Niños Expósitos, en su Sección Nodrizas, en donde se detalla los nombres de los niños y las nodrizas que laboraron para la Casa, el pago que recibían mensualmente, el lugar de residencia, la edad, la fecha de parto y el domicilio de la casa en la que fueron colocadas para trabajar. También se localizó un libro de inspección sanitaria en el que se anotaba de manera pormenorizada la serie de exámenes físicos a las que fueron sometidas. Otra fuente documental de gran importancia fue el trabajo bibliográfico del médico Nicolás León, *La Obstetricia en México. Notas bibliográficas, étnicas, históricas, documentarias y críticas, de los orígenes históricos hasta el año 1910, Partes I Y II, Tip. de la Vda. de F. Diaz de Leon, Sucrs, México, 1910*; de donde se extrajo el Reglamento interior de la Casa de Niños Expósitos, cuyo capítulo cuarto puntualiza todo lo

concerniente a la lactancia y destete de los niños asilados, así como el funcionamiento del dispensario de nodrizas y un reglamento de la inspección de las mismas que laboraban en la Casa de Niños Expósitos, en el que se muestran los requerimientos que debían cumplir las mujeres para solicitar el empleo.

La información en torno a las mujeres que ingresaron a estudiar obstetricia en la Escuela Nacional de Medicina se localizó en el Archivo Histórico del Antiguo Colegio de Medicina, donde aparece la lista de las alumnas inscritas en la Escuela de Medicina, los requisitos exigidos para su ingreso y una serie de datos personales, como la edad, el lugar de residencia, la carta de bautizo, cartas de recomendación y la exposición de motivos para cursar dicha carrera dirigida al director de la Escuela. Una vez admitidas, se les abría un expediente donde se registraba detalladamente las materias cursadas, las calificaciones y, para aquellas que lograban concluir sus estudios, la fecha asignada para la presentación del examen general de obstetricia y la hoja de aprobación por unanimidad de los sinodales para otorgar el título correspondiente.

Para el caso de las mujeres que ingresaron a estudiar enfermería primero en el Hospital de San Andrés y posteriormente en el Hospital General, se revisó en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, la serie Escuela Teórico- Práctico de enfermeras, y la Serie Escuela de Enfermería del Hospital General, donde se encontró información relevante en torno a las solicitudes de aquellas jóvenes que aspiraban a estudiar dicha carrera, a través de un cuestionario cuya información muestra la edad, el lugar de nacimiento, su estado civil y familiar, su situación económica, su estado de salud, sus características físicas y cartas de recomendación que avalaban a la aspirante. Para aquellas mujeres que ingresaron a laborar como enfermeras tituladas en el Hospital General, se expidió un Reglamento especial de enfermeras, el cual fue aprobado en abril de 1907, titulado *Reglamento económico del cuerpo de enfermeras*. Éste está en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, correspondiente al Fondo de Beneficencia Pública en su Serie Hospital General, en el que se apuntó el número de

enfermeras que laboraron en el hospital, sus jerarquías –primeras y segundas- con sus respectivos nombres y salarios, así como las obligaciones laborales que a cada una le eran asignadas.

Al revisar las solicitudes de las aspirantes a cursar estudios de obstetricia, farmacia o enfermería, o a algún puesto en los distintos hospitales de la época, se observa que dichas solicitudes eran dirigidas a los directores de la Escuela o de los Hospitales, todos ellos varones. Y en las respuestas a las mismas se puede identificar la existencia de conflictos, pactos y rupturas, así como de elementos de continuidad y transformación que se vivían en las relaciones de género. Gracias a todos estos registros, el día de hoy podemos saber más en torno a estas mujeres: nombres completos, edades, estado civil, lugar de nacimiento, grado de estudios, condición social y económica, nombre de sus padres y hasta sus ocupaciones.

Otra fuente utilizada fue la prensa médica de la época, de manera particular *La Gaceta Médica de México*, *Crónica Médica*, *La Escuela de Medicina* y *La Medicina Científica*.³¹ A pesar de que estos periódicos sólo presentan el discurso oficial e institucionalizado de la medicina, también reflejan el papel social asignado a las mujeres en la época por parte de la clase médica hegemónica, la forma de organización y jerarquización laboral en los espacios de salud, la participación o exclusión de las mujeres en Congresos, Sociedades u organizaciones médicas; los debates en torno al papel de las mujeres en actividades y profesiones concernientes a la salud pública. Como bien apunta Elva Rivera Gómez, si queremos reconstruir la historia y en particular la de las mujeres, debemos considerar los

³¹ El primer número de *La Gaceta Médica de México* apareció el 15 de septiembre de 1864, y se ha publicado sin interrupción hasta la actualidad; *Crónica Médica*, fundada en 1897 en Guadalajara, nació con la idea de establecer un órgano en el cual se presentaran los avances clínicos de todos los médicos mexicanos; *La Escuela de Medicina*, periódico quincenal dedicado a las ciencias médicas y dirigido por el Dr. Adrián de Garay vio la luz en 1879; *El Observador Médico* fue una revista científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”; mientras que *La Medicina Científica* comenzó a publicarse quincenalmente en el año de 1888, dirigida y editada por el Dr. Fernando Malanco.

registros existentes desde una nueva mirada, sólo una revisión exhaustiva de las fuentes, permitirá sin duda, descubrir nuevas vetas históricas.³²

Estas fuentes en general nos revelan mucho acerca de la relación de las mujeres no sólo con la medicina y la salud pública, sino con la sociedad en general; los cambios y continuidades en torno a la situación económica, política y social de las mujeres en un periodo histórico caracterizado por fuertes e importantes transformaciones y contradicciones dentro del proceso de reconstrucción nacional, el cual por un lado, para mantener el orden social imperante, buscaba legitimarse mediante una serie de discursos médicos, jurídicos y antropológicos, que supuestamente sustentaban su inferioridad moral, política y social; pero por el otro, ante su necesidad de desarrollo económico y social, el gobierno porfirista vio en estas mujeres el apoyo que necesitaba para cuidar y sanar a una sociedad enferma, cuya mano de obra era indispensable para el crecimiento económico del país.

El primer capítulo titulado, “Medicina, historia y género”, expone las principales investigaciones que hasta ahora se han realizado en relación a la historia de las profesiones sanitarias desde una perspectiva de género, con la finalidad de hacer visible el protagonismo de las mujeres en el campo de la salud a lo largo de la historia, y más concretamente a finales del siglo XIX y principios del XX. Contiene también el aparato teórico que sustenta los conceptos hermenéuticos de la investigación, especialmente el papel punitivo de la medicina como herramienta de regulación social.

El segundo capítulo “Las mujeres y el cuidado de la salud pública, en el proceso de reconstrucción del Estado-Nación porfirista (1876-1910)”, examina las complejas condiciones sociales, económicas, políticas y sanitarias por las que atravesaba el país en el porfiriato, y la manera en que las mujeres desarrollaron una serie de saberes y prácticas en la atención y cuidado de la salud pública, para enfrentar y tratar de solucionar la situación de una sociedad asolada por la

³² Elva Rivera Gómez, “Los estudios de género y su relación con la historia. La historiografía reciente 1990-2000”, en Juan Andreo y Sara Beatriz Guardia (eds.), *Historia de las mujeres en América Latina*, vol. 2, España, Universidad de Murcia, 2002, p. 513.

pobreza, las epidemias, la desnutrición, la vagancia, el crimen y numerosas enfermedades físicas y sociales, que en conjunto hacían más difícil su reconstrucción. De manera particular se enfoca en la labor que ejercieron de forma institucionalizada y desde la Beneficencia Pública las parteras, nodrizas y enfermeras.

Un tercer capítulo denominado, “La función de las parteras en el nacimiento de la futura ciudadanía” presenta el papel protagónico ejercido por las parteras en el cuidado de la vida y salud de las mujeres gestantes y de sus hijas e hijos en el periodo porfirista. Esta participación debe ser reconocida en su justa dimensión, en tanto que su actuación y permanencia ha sido legitimada por poseer amplios conocimientos en torno a la salud reproductiva, la anticoncepción, la sexualidad femenina, los cuidados y consejos prenatales, la asistencia en el posparto y a los recién nacidos, etc., que las ha colocado desde tiempos antiguos como las especialistas de un saber curativo y terapéutico; proporcionándoles a su vez de un prestigio y una autoridad social por parte de quienes recibieron los beneficios de su práctica asistencial.

El cuarto capítulo “Las nodrizas: alimentando a la nación y sus futuros ciudadanos”, muestra la importancia de las nodrizas en su labor por preservar la vida y salud de los lactantes, en un periodo histórico en el que la mortandad infantil alcanzaba cifras alarmantes, cuyas pérdidas significaban el estancamiento económico de la nación ante la falta de trabajadores y futuros ciudadanos. Expongo la labor de “ama de cría” como un trabajo eminentemente femenino y asalariado que se desarrolló tanto en el ámbito doméstico y/o privado como en el público, pues muchas mujeres prestaron sus servicios en casas particulares, y otras tantas, en los distintos hospitales y hospicios, públicos y privados de la época, quienes indudablemente con su labor, contribuyeron en las políticas poblacionistas del estado liberal al proporcionar alimento a las y los recién nacidos y con ello, mejor la salud y las expectativas de vida a la joven nación.

El quinto y último capítulo cuyo nombre es “El papel de las enfermeras en el desarrollo de la salud pública”, tiene como principal objetivo mostrar otra de las formas de participación y protagonismo

de las mujeres en el cuidado de la salud a través de la experiencia asistencial conocida como la enfermería. Es imprescindible aclarar que la enfermería adquiere su connotación científico-profesional hasta principios del siglo XX. Antes, el personal que laboraba en los distintos hospitales novohispanos y del siglo XIX carecía de una educación formal e institucionalizada, de modo que sus prácticas asistenciales se limitaban a cuidados básicos de alimentación e higiene física y espiritual. Estas labores eran practicadas principalmente por dos grupos: el primero estaba conformado por mujeres y hombres –estos últimos en menor número- civiles o laicos, de condición social baja, cuya necesidad laboral los colocaba como cuidadores-enfermeros encargados de asistir al enfermo: asearlo, darle de comer, realizarle alguna curación, etc., a cambio de una pequeña paga. El segundo grupo lo formaban religiosos, hombres y mujeres, que proporcionaban asistencia físico-espiritual a las personas enfermas, en tanto que la enfermedad y la salud se asociaron a un valor religioso, al considerarse que éstas eran designios de Dios, cuyo sentimiento de piedad por el sufrimiento de las y los enfermos, era atendido en el hospital y algunas veces en sus casas, mediante cuidados y rezos que podían aligerar su dolor y la salvación de su alma. Esta labor no era remunerada, a cambio sólo percibían comida y alojamiento dentro del hospicio u hospital.

La situación descrita con anterioridad cambiaría a principios del siglo XX ante la profesionalización e institucionalización de la enfermería que, a pesar de ser legitimada como una profesión científica y moderna, los fundamentos ideológico-culturales en los que se desarrolló la nueva versión de ésta siguieron basando en la tradicional división sexual del trabajo, que vendría no sólo a colocar, sino a asegurar el papel y la jerarquía de la profesión de enfermera, como una auxiliar del médico.

Finalmente presento mis conclusiones y la correspondiente bibliografía utilizada en esta investigación.

Antecedentes

Salud, higiene y urbanización en la ciudad de México. Finales de siglo XVIII y principios del XIX

Como antecedentes de las políticas higienistas y de urbanización que se llevaron a cabo en el periodo porfirista, es necesario señalar que los primeros en apuntar el “desorden” en la ciudad fueron los ilustrados del siglo XVIII, quienes expresaron sus deseos por echar a andar una serie de reformas que ordenaran, embellecieran y mejoraran la salud pública de una ciudad, cuya composición entre lo rural y lo urbano, causaban más la impresión de ser un muladar. En ella se mezclaban las inmundicias de los sembradíos y las de los animales domésticos, de carga o crianza, patos, gansos, gallinas, guajolotes, chichicuilotos, perros, gatos, cabras, chivos, vacas, caballos, burros, mulas, ratas, ratones y otros roedores, además de los diversos insectos que en charcos y lodo se criaban; animales que se dejaban libres para que se alimentaran con los desperdicios que se tiraban en las calles, conviviendo con la población en general, cada uno con sus parásitos y enfermedades.

Según cuentan los documentos, los piojos que criaban los cerdos eran un grave problema de salud pública en la ciudad, ya que estos parásitos transmitían el tifo, entre otras muchas enfermedades,³³ causantes de altos índices de morbilidad y mortalidad entre la población. Otro problema fue la propagación de epidemias ante la insalubridad que imperaba tanto en las casas, como en las calles y centros de trabajo. Tal fue el caso de los obrajes, donde una gran cantidad de trabajadores principalmente indios, mestizos y castas, se dedicaban a la manufactura de diversas prendas de lana. Estos eran recintos cerrados en los que se albergaba a más de 100 operarios entre esclavos y personas libres. En algunos casos las cuadrillas de trabajadores tenían aposentos propios, pero en o vivían en las propias galeras donde desempeñaban sus oficios. Dichos obrajes guardaban una insalubre cercanía con

³³ Elsa Malvido, “Las epidemias en la ciudad de México, 1882-1850”, en Regina Hernández Franyuti, *La ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX*, tomo II, México, Instituto de Investigaciones doctor José María Luis Mora, 1994, p. 310.

corrientes de agua donde se tiraba todo género de inmundicias. Este desaseo, aunado a la pobreza y al hacinamiento, contribuía de manera significativa a la aparición de muchas enfermedades.³⁴

La mortandad afectaba mayoritariamente a las mujeres embarazadas y a sus pequeños. Una cuarta parte no sobrevivía el primer año, otra cuarta parte fallecía antes de cumplir 10 años. Así, sólo el 50% de las y los nacidos llegaban a los 18 años. Esta mortandad infantil, combinada con las epidemias periódicas, dio como resultado que la población no aumentara durante siglos y para 1800 apenas llegaba a lograr un crecimiento de 0.5% al año. Alejandro de Humboldt escribió que la mortandad en la Nueva España era menor que en Europa y mayor que en Estados Unidos. En el virreinato “ [...] la razón en que están los nacidos con los muertos era, poco más o menos, como 170:100”. En Francia era de 110:100; en Inglaterra, 120:100; en Suecia, 130:100; en Finlandia, 160:100; en Prusia occidental, 180:100; en Estados Unidos, 201:100.³⁵

La sociedad novohispana

La ciudad de México, bajo los gobiernos ilustrados, daba cuenta de una heterogénea mezcla de grupos sociales. Como sede de los poderes civiles, eclesiásticos y militares albergaba a los funcionarios de alto rango, a la jerarquía católica y al recién creado ejército borbónico, quienes acaparaban la riqueza por su dedicación al comercio trasatlántico y a la explotación de minas y haciendas. Los estratos medios estaban conformados por algunos mestizos y criollos, algunos de los cuales trabajaban como capataces, administradores y mayordomos; o se dedicaban al comercio de menudeo. Los restantes mestizos, las castas y los indios constituían la mayor parte de la población. De un total de 137 000 habitantes, las cuartas quintas partes pertenecían a la “plebe” de la capital y sólo un tercio podía

³⁴ América Molina del Villar, “Remedios contra la enfermedad y el hambre”, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México. El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, México, Fondo de Cultura Económica, tomo III, 2005, pp. 182-183.

³⁵ Dorothy Tanck de Estrada, “Muerte precoz, los niños en el siglo XVIII”, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (coord.), *op.cit.*, pp. 216-217.

congratularse de tener un empleo estable. De ellos, 6 700 eran artesanos, 7 500 trabajaban en los talleres reales, unos 3 000 realizaban trabajo domiciliario, 14 000 se dedicaban al servicio doméstico y 5 000 habían escogido la carrera de las armas. El resto se ocupaba en tareas temporales como cargadores, aguadores, jornaleros y horticultores. Para subsanar la erosionada economía familiar, algunos se ayudaban de la producción en pequeños huertos o milpas o con animales de corral. Y a costa de la mendicidad o de actividades ilícitas vivían unas 15 000 personas.³⁶

Ello revelaría el surgimiento de una mirada profiláctica e insatisfecha con las condiciones que había hasta entonces en la ciudad; surgió una discusión entre la clase dirigente, en torno a la necesidad de crear una urbe limpia y civilizada. El tema discutido no sólo en nuestro país, sino también en las principales ciudades europeas y norteamericanas, era cómo reordenar la estructura de aquellas ciudades tradicionales, lo que en el fondo significaba no sólo reformar las estructuras urbanas, sino también los hábitos de sus pobladores. Y es que en nuestra ciudad eran muy pocos los lugares comunes de reunión contruidos hacia finales del siglo XVIII, los que existían eran pozos clavados en la tierra, y a la mayor parte de la población no le preocupaba defecar al aire libre, ni arrojar excrementos y basuras en las acequias, mientras una gran cantidad de personas, “transeúntes y sin domicilio fijo”, dormían en la calle, o incluso en el palacio real, “cuyas puertas no se cerraban nunca, en donde se establecían vendimias, tabernas y fondas, a que concurrían numerosas personas de ambos sexos a jugar, comer y embriagarse, no sólo de día sino también de noche, algunas veces hasta más allá de las tres de la mañana.”³⁷

Era tarea urgente transformar una ciudad invadida por puestos de fritangas, basuras, desperdicios y malos olores, que junto a la escasez de atarjeas y drenajes, y sin mantenimiento adecuado provocaban

³⁶ Cristina Sacristán, “El pensamiento ilustrado ante los grupos marginados de la ciudad de México, 1767-1824”, en Regina Hernández Franyuti (comp.), *La Ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX*, tomo II, México, Instituto de Investigaciones doctor José María Luis Mora, 1994, pp. 198-199.

³⁷ Marcela Dávalos, “La salud, el agua y los habitantes de la ciudad de México. Fines del siglo XVIII y principios del XX”, en Regina Hernández Franyuti (comp.), *op. cit.*, pp. 280-281.

que la basura y todo tipo de desperdicios las azolvaran, y en épocas de lluvia las calles se inundaran de toda esta inmundicia; había lo que se dice una urbe antiséptica. Para solucionar ese estado de cosas, las autoridades dieciochescas sabían que lo primero era señalar los sitios que debían destruirse por ser generadores de miasmas putrefactos, así como descalificar y hasta prohibir ciertos actos que hasta entonces habían sido naturales - como defecar al aire libre -, pues se trataba de una de las principales causas de la corrupción del aire. El pensamiento ilustrado reclamaba y demandaba ciudades en las que se establecieran e hicieran válidos conceptos tales como “comodidad”, “funcionalidad”, “utilidad”, “orden” y “limpieza”, bajo condiciones que propiciaran el adecuado desarrollo de la vida humana, cuya reestructuración permitiría el desarrollo de la sociedad y la liberaría de aquellos elementos nocivos y obstáculos para su crecimiento y orden.³⁸

Otro problema para los habitantes de la ciudad era el de los cementerios, situados en los atrios de las iglesias y en el corazón mismo de los poblados ya que durante tres siglos las iglesias habían sido cementerios de los cofrades y de personas ilustres civiles y religiosos. Y por más que se exhumaran los restos, no dejaban de provocar problemas, al infectar y agravar con el olor de la descomposición a las y los creyentes que asistían a los servicios. Este sistema de enterramiento católico era el único válido para la iglesia, ante la espera de la resurrección de los cuerpos. Sin embargo, el pensamiento ilustrado ya consideraba ésta práctica como foco de infección y contagio, por lo que se había legislado de acuerdo con las reformas borbónicas para que se construyeran los cementerios en las afueras de la ciudad, en sitios aireados y distantes para evitar los miasmas que desprendían los cadáveres en descomposición.³⁹

Si a lo anterior sumamos que durante los periodos de grandes mortandades sólo se hacían fosas comunes para sepultar a los múltiples cuerpos que eran llevados a los depósitos de cadáveres, y para

³⁸ Regina Hernández, “Ideología, proyectos y urbanización en la ciudad de México, 1760-1850”, en Regina Hernández (comp.), *op.cit.*, 1994, p. 119.

³⁹ *op. cit.*, p. 317.

deshacerse de ellos lo más pronto posible se hacían fosas comunes no tan profundas; que ocasionaban que los abundantes perros callejeros se dedicaran a buscar comida en esos sitios, y a decir de los documentos de la época, se alimentaban con los cuerpos muertos que arrastraban por las calles, dando un espectáculo por demás deprimente y macabro. Lo anterior a su vez obligaba al ayuntamiento a realizar cacerías nocturnas contra estas jaurías, que convertían a la ciudad en una pesadilla de ladridos y sangre. Ante tales condiciones, no fue extraño que para 1833 reapareciera la pandemia de cólera, lo que obligó al gobernador del Distrito Federal José Joaquín Herrera a tomar medidas, como la de construir cementerios civiles a las afueras de la ciudad,⁴⁰ mejorar la policía de aseo y limpieza en las poblaciones, tanto en lo exterior como en el interior de las casas.

Se recurrió a ciertas providencias dispuestas en bandos y reglamentos anteriores, como el barrido y regado de las calles dos veces al día, la recolección de basura y su depósito en carros de limpia, la prohibición de arrojar basura y agua en las calles, caños o fuentes públicas. Asimismo se estipulaba que “los escombros de curtidurías, tocinerías se conducirían a los modulares, secándolos diario; y para aquellos que no cumplieran tales medidas y echaran a las atarjeas los desperdicios, se les multaría con cuatro pesos.⁴¹ Era necesario hacer entender a la población que las epidemias no eran castigo divino, y que para preservarse de éstas, cada individuo debía practicar normas de limpieza. Así, surgió la relación entre el agua y ciertas funciones corporales como la de alimentarse, bañarse o defecar, bajo una nueva perspectiva del cuerpo y de la salud/enfermedad. Ahora la población debía distinguir lo limpio como salubre, y asociar la relación e importancia de la suciedad con el pudor.

El objetivo reformista era reconstruir la ciudad como si fuera un organismo humano, aquejado de enfermedades que debían curarse para transformarla en una ciudad moderna, planificada de acuerdo con los principios científicos de la ventilación y de la luz, donde el aire circulara libremente y las aguas

⁴⁰ *Ibid.*, pp. 318-319.

⁴¹ Regina Hernández, *op. cit.*, p. 142.

tuvieran un constante movimiento. El aire y la ventilación se regularían de acuerdo con la proporción entre la anchura de las calles y la altura de los edificios.⁴² Dichas teorías se inscribieron dentro de un pensamiento que comenzó a valorar positivamente la salud pública, la libre circulación del agua y la limpieza; en contraposición con una población que, sin poseer sentimientos de pudor hacía lo putrefacto, caminaba tranquilamente por las calles que emanaban tufos de materias orgánicas en descomposición.⁴³ Según los postulados del Estado ilustrado, la ciudad tenía que expresar el dominio y el orden, y para tal efecto era necesario aplicar una política urbana de saneamiento, no sólo en cuanto estructura y diseño de la ciudad, sino también en lo tocante a su organización económica, político-administrativa y social.

De ahí que los gobiernos ilustrados se pronunciaran por el establecimiento y ejecución de medidas higiénicas que modificaran el espacio urbano, como el aprovisionamiento del agua por medio de fuentes, sistema de alcantarillado, instalación de alumbramiento público, creación de hospitales, cementerios y hospicios y organización de la policía urbana.⁴⁴ Los planificadores de la urbe se apoyaron en las teorías circulacionistas para explicar la importancia de evitar los estancamientos: ellos creían que las enfermedades se expandían por medio de miasmas putrefactos que circulaban en el aire. Dicha teoría fue el antecedente del microorganismo pasteuriano, aunque es importante señalar que ambos argumentos, los miasmas y el microorganismo, formaron parte de una misma lógica sanitaria que rigió desde finales de siglo XVIII hasta bien entrado el siglo XX.

Este interés hacia el análisis de la relación entre la morbilidad, la mortalidad y el medio ambiente influyó en gran parte por la publicación de J. Arbuthnot, *Ensayo de los efectos del aire sobre el cuerpo humano* (1740), en el que con base en las teorías mecanicistas y circulacionistas, se le comenzó a conceder al aire un papel fundamental en la salubridad, al exponer que el espacio de la ciudad tenía

⁴² María Dolores Morales, “Cambios en la traza de la estructura vial de la ciudad de México, 1770-1885”, en Regina Hernández Franyuti (comp.), *op. cit.*, 1994, p. 164.

⁴³ Marcela Dávalos, *op. cit.*, p. 285.

⁴⁴ Regina Hernández, *op. cit.*, p. 122.

que adaptarse a la fluidez del agua y del aire para contribuir a la prevención y curación de las enfermedades.⁴⁵ A partir de tales postulados los funcionarios coloniales se abocaron a reestructurar los sitios de la ciudad provistos de agua. Su idea de dar libre curso al líquido les exigía trastocar el viejo orden que abastecía de agua a la Ciudad de México: las mercedes de agua, los antiguos acueductos, las fuentes públicas, las atarjeas y acequias. En tanto que todos los estancamientos que existían se comenzaron a ver como una amenaza para la salud pública.⁴⁶

Luego de una primera aproximación al estudio del agua en la Ciudad de México en las últimas décadas del siglo XVIII y primeras del XIX, se hizo evidente que se trataba de una sociedad que no estaba reglamentada bajo el criterio de lo que hoy se conoce como principios de higiene. El agua servía para todo, procediera de donde procediera, debido a su escasez, su existencia era un asunto público. Los servicios de saneamiento estaban bajo el control del ayuntamiento. La limpieza de cloacas, atarjeas, acequias y drenajes, y el transporte de aguas negras y limpias, se operaba a través de la comisión de ríos y acequias, así como de las fuentes públicas, acueductos, canales, lavaderos, baños públicos, abasto de agua y puentes. El ayuntamiento se preocupaba también de alimentos, bebidas, mercados, fondas, pulquerías, vinaterías, panaderías, rastros, tocinerías, corrales, pesas y medidas; al igual que de cementerios, hospitales, asilos, boticas, médicos, cirujanos, médico-cirujanos, parteras, flebotómanos, farmacéuticos, dentistas, protección, conservación y distribución de la vacuna de la viruela, hospicios, casa de recogidas, prostíbulos, cárceles y seguridad de la ciudad.⁴⁷

Las prácticas sanitarias de finales de siglo XVIII y principios del XIX

Como parte de las reformas borbónicas en la búsqueda por racionalizar la estructura económica productiva y administrativa del imperio español en el Nuevo Mundo, se planteó como tarea urgente

⁴⁵ *Ibid.*, p. 120.

⁴⁶ Marcela Dávalos, *op. cit.*, p. 283.

⁴⁷ Elsa Malvido, *op. cit.*, p. 313.

la vigilancia y el restablecimiento de la salud física de la población, con la idea de preservar la mano de obra útil para la producción. Además de todas las enfermedades⁴⁸ y malas condiciones higiénicas que hacían más propensa a la población a morir, sumémosle el grave problema del hambre; en tanto que las sequías, heladas y granizadas ponían en crisis la alimentación del pueblo y con ello la búsqueda de soluciones prontas a sus gobernantes; que al conjuntarse con la guerra, el hambre, la tifo, la disentería, los parásitos, la neumonía, el cólera, etc., se creaba el ambiente favorable para el desarrollo de la viruela, el sarampión, la tosferina, la influenza y la fiebre escarlatina, entre otros padecimientos. Lo anterior colocaba a la sociedad novohispana en un contexto de gran vulnerabilidad en torno a su estado de salud; siendo, como ya lo señalé, los más vulnerables las mujeres embarazadas y los pequeños que eran atacados por numerosas enfermedades y por la muerte.

El compromiso de tomar y cumplir con las medidas relativas a la higiene y la salud pública estaba encomendado a muy diversas autoridades en competencia. En realidad todas las jerarquías oficiales tenían mayor o menor responsabilidad en el campo de la salubridad, desde el mismo Virrey, representante del monarca, hasta un modesto alcalde de barrio, que era un funcionario menor del Ayuntamiento. No obstante, había empleados que se ocupaban primordialmente de los problemas de la salud pública, mientras que otros sólo participaban ocasionalmente o de manera complementaria en dicho campo. Entre los primeros se encontraban los funcionarios del Ayuntamiento y los miembros y representantes del Protomedicato (Real Junta de Medicina), en la segunda categoría quedaban incluidos el Virrey y la Audiencia (Suprema Corte) y la Iglesia.⁴⁹

⁴⁸ Es importante señalar que la independencia económica y política de México traería consigo cambios en la geografía patológica y en las enfermedades mismas. Antes de 1833, las patologías dependían de la importación de las enfermedades que se padecían en Europa y en España, las cuales eran transportadas en barcos a las colonias a través del mismo ser humano, animales y mercancías. Además las enfermedades que se desarrollaban por las mismas condiciones de vida a las que se había sometido a los colonizados. Estas fueron heredadas al México Independiente y continuaron teniendo víctimas, principalmente en aquellos individuos que no las habían padecido. Véase: Elsa Malvido, *Las epidemias en la ciudad de México, 1882-1850*, en Regina Hernández Franyuti, *op. cit.*, p. 303-364.

⁴⁹ Donald B. Cooper, *Las epidemias en la ciudad de México, 1791-1813*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Colección Salud y Seguridad Social- Serie Historia, 1980, p. 31.

Donald Cooper señala en su libro sobre las epidemias en la Ciudad de México que cuando brotaba alguna epidemia, la función del Virrey y de la Iglesia como agentes de salubridad pública se incrementaba instantánea y notablemente, al tiempo que la del Protomedicato quedaba relativamente relegada a segundo plano. El Virrey ordenaba la realización de obras públicas, inclusive de caminos, acueductos y canales; medidas para el control de hospitales, saneamiento municipal y mantenimiento de las reservas de grano, carne y agua. La Iglesia también tenía mucho que ver con la salud pública, pues era el organismo que se encargaba de los hospitales y cementerios. De ahí que todos los hospitales coloniales de la Ciudad de México eran atendidos por religiosos, aunque la administración y el sostenimiento económico del Hospital Real de Indios estaban a cargo de la Corona. Ante la injerencia espiritual en la enfermedad, como consecuencia de un castigo divino, en el lecho de dolor, sufrimiento y/o muerte; el personal religioso solicitaba la intercesión divina a favor del enfermo, en un acto de misericordia además de que contaban con los medios para ofrecer ayuda material y espiritual; asistencia que resultaba muy efectiva.⁵⁰

Las mujeres y el cuidado de las personas enfermas en la Nueva España

Entre las y los antiguos mexicanos, las enfermedades y las prácticas curativas se encontraban asociadas a sus creencias religiosas y a su cosmovisión. Consideraban que éstas se instalaban en los cuerpos como producto de una acción mágica, como voluntad expresa de alguna deidad asociada a la misma. El doctor, hombre o mujer, era ante todo un hechicero, benévolo, admitido y aprobado por la sociedad. Las mujeres de mayor edad solían ser las depositarias del conocimiento médico, ellas eran las que se ocupaban de hacer curaciones y de aliviar a los enfermos, puesto que eran conocedoras de las propiedades curativas de las yerbas, raíces, árboles y piedras, a partir de una serie de conocimientos que adquirían mediante la tradición oral y los espacios domésticos. El reconocimiento

⁵⁰ *Ibid.*, pp. 55-56.

de este tipo de médicos denominados brujos o curanderos, pertenecientes en su mayoría al sexo femenino, lo hace evidente el religioso franciscano Bernardino de Sahagún de la siguiente manera: “La que es buena médica sabe bien curar a los enfermos [...]; sabe sangrar, dar la purga, echar la medicina y untar el cuerpo “[...], concertar los huesos, sajar y curar bien las llagas y la gota, y el mal de ojo”.⁵¹

El proceso de curación no era sencillo, ya que implicaba por un lado, una serie de conocimientos propios de los sistemas curativos tradicionales y, por el otro, la evocación de los dioses relacionados con la enfermedad y con la curación. El descubrimiento de la vocación e iniciación del curandero (a), así como su entrenamiento o proceso de aprendizaje, están determinados por patrones culturales, regionales y/o étnicos, que influyen en el campo de acción y en el universo médico particular al que se ha de incorporar; y en el que no ahondaremos, pues no es el tema de esta investigación. No obstante, es importante señalar que se presentaba como un patrón general distinguir a estas personas como "una mujer o un hombre especial", "sabio o de conocimiento", diferente del común, dotado (a) de un "don" o "poder especial" que suele manifestarse a cualquier edad, inclusive desde su gestación. Además, la iniciada debía poseer cierta predestinación para el desempeño de sus tareas, al igual que reunir características que le permitieran ejercer sus funciones terapéuticas y sociales específicas, como ser una persona fuera de lo común: inteligente, analítica y observadora; tener habilidades manuales que le facilitaran ejecutar las técnicas curativas, y, sobre todo, mucha habilidad para manejar un discurso común a su paciente; dominar un lenguaje simbólico, verbal y corporal que la comunicara con lo divino, ubicándose así como intermediario entre el mundo humano y el mundo sagrado.⁵²

Aunque no como regla general, fue común que se presentara un patrón de transmisión hereditaria por línea directa (de padres a hijos) o paralela (de abuelos, tíos, primos); es decir, una formación

⁵¹ Jacques Soustelle, *La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la conquista*, México, Fondo de Cultura Económica, 1982, p. 192.

⁵² López Austin, "Cuarenta clases de magos del mundo náhuatl", en *Estudios de Cultura Náhuatl*, vol. VII, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1967, pp. 87-117.

desde el seno familiar, relacionando con el lenguaje, recursos, procedimientos y, en general con el saber médico. Independientemente de que el patrón de transmisión haya sido o no hereditario, resulta frecuente que a lo largo del proceso de formación, la aprendiz se entrenaba junto a una curandera experimentada, en calidad de ayudante o auxiliar. Durante este periodo se le sometía a pruebas (ayunos, dietas, abstinencia sexual, etcétera) en las que debía demostrar las cualidades de un futuro curandero (a). Tanto en la iniciación como en el proceso de formación y culminación de su aprendizaje, la aprendiz solía someterse a ceremonias, a manera de exámenes, que la acreditaban como curandera, las cuales eran presididas por la madre, abuela o maestra que la instruyó y, en ocasiones, por los más connotados curanderos de la región.⁵³

Dada la somera descripción idealizada y globalizadora de los procesos de formación, métodos, recursos y funciones que desempeñaron las y los curanderos, cabe abordar algunos aspectos sobre los criterios clasificatorios, denominaciones específicas y raíces históricas de los mismos, que algunos autores han propuesto para distinguirlos agruparlos de acuerdo con su especialidad, por el dominio de un recurso, técnica o habilidad; aludiendo al ejercicio de prácticas mágicas o mágico-religiosas; o bien conforme al tipo de enfermedades tratadas (naturales o sobrenaturales).⁵⁴ Por ejemplo, Menéndez distingue cuatro tipos de curadores: a) el grupo técnico, que incluye a las parteras, hueseros y yerbateros, en quienes el manejo de sus habilidades manuales o de otro tipo se equipara o subordina a los efectos mágico-religiosos; b) un sector casero, representado por las amas de casa, que practicaban la automedicación como parte de los quehaceres femeninos, en el que también las habilidades técnicas se equiparan con la eficacia simbólica; c) un grupo religioso, cuya técnica curativa estaba basada en la eficacia simbólica, y cumplía funciones básicas de estructuración ideológica y de control social d) y

⁵³ *Ibidem.*

⁵⁴ Zolla Carlos, "Clasificación y funciones de los terapeutas tradicionales", en *Instituto Mexicano del Seguro Social, Medicina tradicional y herbolaria: materiales para su estudio*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984, pp. 75-87.

finalmente un sector civil mágico, que basó su capacidad curativa fundamentalmente en la eficacia simbólica, y cuya función principal apunta también al control social.⁵⁵

A pesar de dicha categorización, es evidente que desde tiempo antiguos fueron las mujeres las principales encargadas de atender, curar y cuidar a la población enferma en su calidad de madres y esposas, quienes desde el espacio del hogar y como parte de sus tareas asignadas en razón del sistema sexo-género, fueron llevadas a convertirse en las médicas por excelencia, cuyas prácticas y saberes curativos se basaron en una serie de conocimientos herbales tradicionales y remedios domésticos que aprendían y compartían de forma oral, de generación en generación y de madres a hijas.⁵⁶ Durante la época colonial se les consideró a las parteras dentro del grupo de los curanderos como las especialistas de la medicina tradicional, cuya función era la atención del embarazo y el parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al recién nacido durante el puerperio. A pesar de carecer de autorización oficial otorgada por el Protomedicato, recurrían a ellas mujeres de toda clase social, principalmente las indias y mestizas, para ser atendidas en el nacimiento y bienestar de sus hijas e hijos. No es casualidad que a la partera se le conociera en algunas regiones como Chiapas, Puebla y Veracruz como abuela, y en la zona de Yucatán como madrina.⁵⁷

⁵⁵ Eduardo Menéndez. L, *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, núm. 13, México, Ediciones de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Secretaría de Educación Pública, Cuadernos de la Casa Chata, 1981.

⁵⁶ El universo cognoscitivo que domina el hierbero incluye distintas facetas, al poseer un profundo conocimiento de las propiedades de cada planta; distinguir perfectamente una planta benéfica de una dañina y una fría de una caliente; reconocer las características anatómicas del vegetal y las partes de uso medicinal. Es importante resaltar su habilidad en todos los aspectos relacionados con las colectas y con la conservación y preparación de los medicamentos herbolarios, ya que tiene un amplio saber acerca de la distribución y ciclo de vida de las especies; conoce las épocas, horarios, sitios y condiciones de colecta más apropiados; sabe cuáles de estas especies han de ser usadas frescas, y cuáles conservan sus propiedades medicinales, sometiénolas a técnicas de conservación convenientes para que el material herbolario mantenga su mayor potencial. En el terreno terapéutico, conoce la dosis y vía de administración, así como las contraindicaciones y efectos secundarios no deseados. Todo ello, junto a la realización de una serie de ceremonias, rezos, cantos, danzas y ofrendas encaminados a potenciar el efecto de las plantas medicinales durante las colectas y al momento de su uso. Véase: Carlos, Incháustegui, *Relatos del mundo mágico mazateco*, México, Centro Regional de Puebla-Tlaxcala, Instituto Nacional de Antropología e Historia/Secretaría de Educación Pública, 1977.

⁵⁷ Alain, Ichon, *La religión de los totonacos de la sierra*, México, Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista, Serie Antropología Social, núm. 16, p. 60.

Una función importante de la partera en diversos grupos étnicos del país, la constituye la celebración de rituales relacionados con la fertilidad y el nacimiento. Las parteras de la sierra de Puebla realizaban ofrendas nocturnas a la diosa de la Luna para implorar por la mujer estéril. Entre los otomíes de Puebla, se resalta el carácter sacro de la comadrona, al fungir como intermediaria entre los dioses y los humanos, ella se encargaba de realizar los ritos mágico-religiosos acostumbrados, al convertirse en la protectora y guardiana del temazcal, baño destinado a purificar a la mujer del estado de “contaminación” que ha conservado durante el largo curso del embarazo. Del mismo modo, poseía ciertas habilidades quirúrgicas que le permitían extraer el producto en casos de muerte. Se puede observar que su función traspasaba el ámbito terapéutico y se extendía al de las relaciones sociales; era ella quién arreglaba y oficiaba los matrimonios, así como la ceremonia ritual en el momento del parto, y quien finalmente bautizaba al infante, además de mantener el sistema de creencias y conceptos propios de la cosmovisión de su época y su grupo social.⁵⁸

Fuera del hogar el cuidado de enfermos y heridos estuvo en manos de quienes ejercían el sacerdocio, la magia y el curanderismo, siendo un grupo de hombres y mujeres considerados capaces o “especiales” para tal actividad, bien como intermediarios de las divinidades, poseedores de capacidades sobrenaturales para intervenir sobre la naturaleza, o bien por hallarse en posesión de conocimientos médicos desconocidos para el resto de las personas. La mayoría de las veces, éstos ofrecían sus servicios sin esperar pago económico a cambio, a diferencia del pequeño grupo de médicos existentes cuyos elevados honorarios difícilmente podían ser cubiertos por la mayoría de la población más pobre. Esta situación provocaría una lucha desde la época virreinal entre la clase médica profesionalista, quienes buscaban obtener el monopolio del saber y del mercado curativo, cuya exclusividad sería legitimada desde la institucionalización de una medicina oficial.

⁵⁸ Rosendo Cuellar Hernández, *La religión nahua en Texoloc*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1982.

Para ello el Tribunal del Protomedicato creado, en 1628, se convirtió en el máximo órgano de control y regulación de la salud pública y del ejercicio de la práctica médica en la Nueva España hasta la primera década de vida del México Independiente. Una vez que el Protomedicato fue clausurado en 1831, se creó la Facultad Médica del Distrito Federal, institución encargada de perseguir y deslegitimar la práctica médica de curanderos, parteras, y hierberas; el argumento para hacerlo era su falta de título profesional, y por ende de los conocimientos necesarios para llevar a cabo dicha práctica. No tardaron en calificar a estas personas de “charlatanes” y de responsabilizarlas por las muertes de todos aquellos que no recibieron la adecuada atención de un facultativo.

Sin embargo, las autoridades muy poco pudieron hacer para reglamentar y controlar el ejercicio de la práctica curativa, ejemplo de ello fue la publicación del bando en 1834 que conminaba a médicos, boticarios y parteras a que ante el llamado de un enfermo asistieran de manera inmediata sin importar la hora. Dicha ordenanza se basaba todavía en las leyes novohispanas expedidas en el siglo XVIII por los virreyes Bucareli (1777) y Rivillagigedo. Y es que el número de enfermos rebasaba por mucho el de médicos titulados, quienes difícilmente asistirían a los pueblos alejados, de difícil acceso y a altas horas de la noche a atender a un enfermo, de quien además seguramente no recibirían el pago correspondiente a su trabajo.

Es conocido por las crónicas de la época el elevado número de curanderas y hierberas en las ciudades, ya que entre las mujeres, la profesión más común era la de hierbera, nombrada entre la comunidad como brujas. Era frecuente que el indio más anciano del grupo seleccionara a varias mujeres a las que desde niñas les enseñaba a escoger hierbas secas y verdes, para hacer con ellas cocimientos medicinales, pues jamás algún médico pisaba aquellas tierras. De este modo la gente debía buscar su propia forma de sobrevivencia, era un hecho cotidiano que la gente “viviera, se enfermera,

sanara y muriera como perros, sin apelar a nada ni a nadie más que a ellos mismos”.⁵⁹ Sin embargo, con la llegada de los españoles este rol ejercido principalmente por las mujeres como las dueñas del conocimiento y de la medicina tradicional, fue rechazado y atacado por el cristianismo, ya que el estilo de la mujer nativa se alejaba de la concepción de mujer sumisa, santa y silenciosa. Una vez que se atribuyó la enfermedad a procesos naturales sobre los que se podía intervenir por medio de la ciencia, ante la representación económica de la salud y la enfermedad, la práctica médica se organizó institucionalmente y su aprendizaje quedaba reducido a las universidades, se consideró que únicamente los varones –criollos ilustrados- estaban capacitados para los estudios médicos y para ejercitar tal profesión; espacios en donde las mujeres no tenían cabida.

A las mujeres que se ocupaban de curar y atender partos se les calificaba de brujas, hechiceras, supersticiosas o ignorantes por las autoridades eclesiásticas medievales y por algunos hombres que vivieron durante el periodo de dominio español. Después de la conquista española, la combinación de prácticas paganas con cristianas dio lugar a reconocidas supersticiones coloniales; por ejemplo, la oración, un aporte cristiano mediante el cual se realizaba la invocación a lo divino por parte de las mujeres, en la búsqueda por devolver el alivio al enfermo. Ello daría origen al sincretismo de la realidad colonial novohispana, en la cual la mujer no podía permanecer al margen, ya que de un lado y de otro, indígena o europeo, ellas tenían que esforzarse por mantener viva su memoria ancestral o sucumbir ante una nueva y distinta cultura. Desde esta perspectiva, la mujer curandera indígena es vista como la preservadora e innovadora de una cultura en la que se entrelazan dos formas de vida que se encontraron.⁶⁰

El mestizaje no fue sólo el resultado de la unión biológica de indígenas con españoles, pues a lo largo del periodo colonial se sumaron otros elementos de diversos orígenes, particularmente la

⁵⁹ “La rivalidad entre médicos y curanderos mexicanos durante el siglo XIX”, en *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*, La Habana, Julio-diciembre, núm. 102, 2007, p. 3.

⁶⁰ Indira Dulce. M. Palacios Gracia, “Bruja, supersticiosa o ignorante”, en María de Lourdes Herrera Feria (coord.), *Estudios Históricos sobre las Mujeres en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2006, p. 90.

presencia de personas afrodescendientes y su tradición afroantillana que enriqueció la costumbre mágico curativa colonial ya mencionada, y que fue parte de las prácticas curativas de parteras, curanderas y hierberas. Antes de la llegada de los españoles ya se contaba con la figura de la partera y curandera, *tamatquitciti* o médica nahua, a quienes se les reconocía como mujeres sabias, cuyo respeto y admiración por parte de sus comunidades se basaba en su gran saber sanador. No obstante, entrado el siglo XVIII se encuentran casos de parteras acusadas por la Santa Inquisición de brujería o prácticas de hechicería. Tales fueron los casos de la mulata Josepha de Zárate, “La chepa” en 1721, y en 1753 de Marcela, ésta última acusada de enfermar a una parturienta por un disgusto entre ambas. Según el pensamiento colonial hegemónico, las mujeres no eran adecuadas para atender partos ni alguna otra enfermedad. A pesar de esto, en buena parte del siglo XVIII no existía en la Nueva España ninguna opción de atención médica para los hombres y mujeres enfermos que vivían en comunidades alejadas.⁶¹

Es un hecho que las prácticas curativas constituyeron una actividad en la cual las mujeres salían de sus casas o abrían sus puertas a quienes buscaban tratamiento, rompiendo el encierro del espacio doméstico. Además esto significó el encuentro entre la religión cristiana y las tradiciones indígenas. Durante toda la época colonial, las autoridades españolas lucharon contra estas prácticas curativas al considerarlas una expresión de creencias paganas. Es importante señalar que a pesar de que las prácticas curativas fueron realizadas por ambos sexos, se encuentran testimonios de que las mujeres aparecen como protagonistas de éstas. Eran ellas quienes las ejercían en su vida cotidiana, lo que vinculaba sus tradiciones y cosmovisiones culturales y étnicas. Estas actividades eran variadas, entre las que cabe mencionar: las ofrendas o *gentil* en náhuatl, se trataba de hacer una ofrenda a las divinidades para propiciar el alivio del enfermo. Otra que era muy frecuente era la “limpia”, se

⁶¹ *Ibid.*, pp. 90-94.

refiere al tratamiento en el que el cuerpo es liberado de las fuerzas malignas que causan su enfermedad o que lo molestan.⁶²

La lucha del clero contra estas prácticas lo llevó a enfrentarse estas mujeres, y muchas fueron condenadas. Normalmente quienes eran acusadas de ser curanderas tenían que asistir a la misa principal del pueblo de pie, “cruzados los brazos en forma de penitente”, y después del perdón público tenían que ir a misa por algunos meses y escuchar la explicación de la doctrina, para que “aprendieran a comportarse como buenas cristianas”. En algunos casos había también un castigo corporal, 25 azotes “para su escarmiento y ejemplo de los demás”, como acaeció a Petrona María, de San Pedro Tototepec (Toluca) en 1728. Las curaciones tradicionales eran vistas como una ofensa a la religión cristiana, por eso se remediaba mediante la instrucción de la misma. A pesar de la condena de la Iglesia, en las comunidades indígenas las prácticas curativas seguían siendo muy comunes, tanto que era normal tener curanderas en un pueblo, ya que un médico era inalcanzable en esos contextos. Además, a las mismas mujeres acusadas no les interesaban dichas imputaciones, pues su honor y credibilidad frente a su comunidad no se veía afectada.⁶³

Es evidente que tanto las acusaciones de brujería, hechicería y curanderismo, así como su persecución como delitos, eran actos que buscaban según Norma Blázquez, terminar con las mujeres sabias cuyas actividades curativas y conocimientos médicos representaban una amenaza para ciertos grupos poderosos, como la iglesia católica, en cuya cúspide se ostentaba el poder y soberanía de un Dios masculino. Ya que la hechicería era una práctica extendida entre la gente del pueblo, la cacería de brujas era la manera en que la iglesia católica se propuso acabar con los pensamientos paganos que apartaban a los individuos de la “verdadera fe”. Además en esta persecución de brujas, el 85% fueron a mujeres que solían laborar como curanderas, perfumeras, parteras, agriculturas o nanas, y en su

⁶² Caterina Pizzigoni, “Como frágil y miserable”: las mujeres nahuas del Valle de Toluca, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México. El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, México, Fondo de Cultura Económica, tomo III, 2005, p. 518.

⁶³ *Ibid.*, pp. 519-520.

práctica curativa experimentaban con metales, minerales y plantas; preparaban ungüentos y toda clase de medicinas para curar al pueblo; conocían las estaciones del año, técnicas para cultivar la tierra, además de que eran expertas en temas de sexualidad y reproducción, elaboraban anticonceptivos a base de hierbas, atendían la impotencia sexual, la esterilidad, a las embarazadas y casos de enamoramiento. Este tipo de saberes se trasmitían de madres a hijas por vía de la tradición oral.⁶⁴

En este sentido, Blázquez concluye, el exterminio de las brujas significaba tanto la extinción del conocimiento de esas mujeres, de sus costumbres, cosmovisión e idiosincrasia; como del poder y reconocimiento que habían obtenido a través de dichas prácticas. No es coincidencia que esa cacería coincidiera con el surgimiento de la ciencia en el periodo que va de finales de la Edad Media hasta el siglo XVIII. En este proceso se puede observar la aniquilación del conocimiento de estas mujeres y el nacimiento de una nueva forma de producir conocimiento: la ciencia moderna, como una actividad que desde sus orígenes estuvo marcada por la exclusión de las mujeres, en tanto que los únicos representantes de esta nueva ciencia racional eran los varones.⁶⁵ Lo anterior pone en evidencia el que se trató de un mecanismo de control y marginalización social por parte del Estado en contra de los grupos o sectores explotados o sometidos, entre los que se encontraban los indios, los afrodescendientes, mestizos, pobres y mayoritariamente las mujeres, ante la necesidad política de la clase hegemónica por imponer cierta homogeneidad cultural, así como la occidentalización de la ciencia médica.

A pesar de los esfuerzos del Estado Borbón por tratar de ser el único administrador de la vida, la salud y la muerte de la población, aún para el año 1844, la Ciudad de México contaba únicamente con dieciocho médicos titulados, seis boticarios, una partera reconocida y dos flebotomianos, por lo que no fue extraño que ante los intentos por parte de las autoridades de regular las actividades sanitarias,

⁶⁴ Norma Blázquez Graf, *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas a las mujeres a la ciencia*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008.

⁶⁵ *Ibid.*

el papel ejercido por curanderos, hierberas, comadronas, etc., seguía conservando una elevada demanda hasta finales del siglo XIX y principios del XX. Asimismo, las condiciones de vida de la ciudad variaron poco frente a los múltiples proyectos, reglamentos y deseos de algunos de los gobernantes tanto de los ilustrados coloniales como de los independentistas que les sucedieron, fueran éstos conservadores o liberales. Los trabajos de urbanización que realizaron durante la segunda mitad del siglo XVIII y la primera del XIX, ligados a la búsqueda de una ciudad ideal: limpia, cómoda, bella e higiénica, se visualizarían hasta la segunda mitad del siglo XIX, fecha en la que se resolvió el problema de la distribución del agua mediante la conducción de la misma a través de un sistema de tubería y alcantarillados.

CAPITULO I

Medicina, historia y género

Cuando hacemos referencia a la historia de la salud y de la medicina, inmediatamente nos viene a la mente la imagen del sabio galeno con su bata blanca como el gran curador y salvador del dolor y la muerte. No obstante, la realidad en torno a los cuidados de los enfermos, los actores encargados de sanar el cuerpo enfermo, así como los conocimientos médicos y terapéuticos, van más allá de esta reducida visión occidentalista de la medicina institucionalizada, y en la que han estado presentes múltiples actores: hombres y mujeres curanderas, hierberas, hueseros, parteras y nodrizas, quienes con base en una serie de conocimientos de medicina tradicional adquiridos regularmente por transmisión oral, herencia familiar o como aprendices de un curandero experimentado, se han encargado a lo largo de la historia de atender una amplia gama de padecimientos y enfermedades, empleando diversos recursos y métodos diagnósticos y curativos.⁶⁶ Se trata de una labor en la que las mujeres han sido las principales protagonistas, y que es necesario visibilizar.

Por ello, algunas investigadoras se han concentrado en estudiar la historia de la medicina y de la salud desde una perspectiva de género, que en apoyo con la teoría feminista analizan el papel que juegan en la sociedad las relaciones jerárquicas entre los sexos, y la manera en que se refleja esto en la construcción de un conocimiento científico eminentemente androcéntrico, desde el cual se representan o legitiman ciertas jerarquías profesionales.⁶⁷ Desde esta postura epistemológica se busca dar

⁶⁶ Algunos estudiosos del tema son: Alfredo López Austin, *Textos de medicina náhuatl*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1984. Lozoya Legorreta, *La herbolaria en México*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1988, Menéndez, E. L., *Prácticas populares, ideología médica y participación social: aportes sobre antropología médica en México*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, CIESAS, 1992. I Signorini, *Los tres ejes de la vida: almas, cuerpos, enfermedad entre los nahuas de la Sierra de Puebla*, Xalapa, Universidad Veracruzana, 1989.

⁶⁷ Teresa Ortiz Gómez, “Historia de la medicina e historia de las mujeres”, en *La historia de las mujeres: una revisión historiográfica*, (coord.), Tomas Pérez, Magdalena Santo, Dueñas, María Jesús del Valdivieso, María Isabel del Valdivieso, Cristina de la Rosa Cubo, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial, 2004, pp. 105-120.

Teresa Ortiz Gómez, “Interacciones salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica”, en *Diálogo Filosófico*, núm. 59, 2004, pp. 229-244.

importancia a los discursos y las prácticas médicas alternativas y no hegemónicas para descubrir el debate que estos produjeron en su momento de enunciación, a pesar de su escasa visibilidad en la historia oficial. Se trata de lanzar una mirada sexuada a las prácticas profesionales de la medicina a través de la historia para identificar la presencia de hombres y mujeres y de los espacios que han ocupado en las actividades sanitarias, pero sobre todo, de combinar el análisis de la discriminación, segregación y subordinación de las mujeres en las actividades sanitarias, con la finalidad de destacar el valor del trabajo que ellas han realizado.⁶⁸

En este mismo sentido analítico la revista *Dynamics of Health and Welfare* (*Dinámicas de salud y bienestar*) expone varios trabajos muy sugerentes en su número 12 correspondiente al año 1992, los cuales proponen observar, desde una perspectiva feminista y un enfoque analítico de género, la historia de las prácticas de la salud, de la medicina y el cuidado médico.⁶⁹ A este número hemerográfico le antecede una muy sugerente presentación introductoria escrita por dos grandes especialistas: Teresa Ortiz y Denise Bernuzzi, quienes nos invitan a reflexionar distintas líneas de análisis que se pueden desprender de estos temas, desde una mirada de género, y la manera de abordar las fuentes documentales existentes, que en su mayoría, al haber sido escritas por hombres desde una visión

⁶⁸ Teresa Ortiz Gómez, Birriel Salcedo, Johanna, Ortega del Olmo, Rosa, “Género, profesiones sanitarias y salud pública”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 1, núm. 18, 2004, pp. 189-194. En este trabajo se hace una revisión de los principales resultados de la investigación histórico-social sobre género y prácticas de salud. Las autoras proponen un modelo de aplicación de la categoría de género al estudio de las profesiones sanitarias. Analizan algunas formas actuales de desigualdades de género en asociaciones y publicaciones españolas de salud pública. Se reflexiona en torno a la importancia de entender la manera en que históricamente se han construido las identidades profesionales sexuadas, que ha propiciado a su vez la segregación vertical en las sociedades científicas y en los equipos editoriales de las revistas; la existencia de prácticas androcéntricas en las revistas científicas que se manifiestan en el estilo de firma mediante la inicial del nombre; la inexistencia en las sociedades científicas de datos recogidos por sexo; las dificultades que todo ello supone para las investigaciones cuantitativas aplicando la variable sexo y una perspectiva de género, y la necesidad de fomentar la investigación cualitativa sobre el tema. Véase: Teresa Ortiz Gómez, “Espacios de sociabilidad femenina en la profesión médica en los siglos XIX y XX”, en Vicky Frías (coord.) *Las mujeres y la ciencia ante el siglo XXI*, Madrid, Universidad Complutense, 2001, pp. 71-90. Teresa Ortiz, *Medicina, historia y género; 130 años de investigación feminista*, España, Colección Alternativas, 2006, p. 362. Cabré I Pairet, Montserrat, Teresa Ortiz Gómez, (eds.), “Mujeres y salud: Prácticas y saberes”, *Dynamis*, núm. 19, 1999, pp. 17-24. Véase: Teresa Ortiz Gómez, “Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX”, en *Arenal*, vol. 1, núm. 6, 1999, pp. 1134-6396. Teresa Ortiz Gómez, “De matrona a matrona: Francisca Iracheta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870”, *Arenal*, vol. 1, núm. 6, 1999, pp. 183-195.

⁶⁹ Teresa Ortiz Gómez y Denise Bernuzzi Sant’Anna, “Perspectives on gender and health”, en *Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts*, núm. 12, 1992, p. 103.

androcéntrica, no muestran la complejidad en torno a la medicina, la salud y las relaciones de género a primera vista, o el proceso de presencia/ausencia, inclusión/exclusión de hombres y mujeres en las distintas actividades y profesiones del cuidado de la salud a lo largo de la historia⁷⁰. Cuando resulta evidente que en este proceso existieron y siguen existiendo relaciones de poder, saber y autoridad entre los hombres y las mujeres que se dedican a las profesiones y prácticas de la salud.

Teresa Ortiz, como especialista en historia de las mujeres y las profesiones sanitarias ha estudiado la construcción histórica de identidades profesionales sexuadas (masculinas o femeninas), y la manera en que han ido variando según los distintos momentos históricos. Por ejemplo, en la antigüedad la labor de cuidar y curar a los enfermos había sido campo exclusivo de las mujeres, pero una vez que se crean las universidades en el siglo XVIII y hasta finales del XIX, los médicos profesionistas comenzaron a excluir a las mujeres de la práctica médica, frente a la incorporación a la actividad profesional de valores y conductas codificados como masculinos y propios del hombre formado por la ciencia médica. No obstante, el cuidado y la atención médica es un proceso complejo que históricamente ha ido cambiando, pues para el siglo XX surgen profesiones como la enfermería y la obstetricia, las cuales pasan por un proceso de feminización al ser identificados con una serie de valores de género exclusivos de las mujeres, lo que permitió la inclusión de éstas a dichas profesiones. El gran aporte de las autoras citadas es haber articulado la historia de la medicina y de la salud con la historia de las mujeres y la teoría feminista, con la idea de construir una historia de la medicina y de la salud en femenino, y comenzar a edificar una visión no androcéntrica de la medicina.

Coincido con estas autoras en que es imprescindible el uso de la categoría analítica de género en un estudio que pretende comprender y mostrar el lugar que han ocupado las mujeres en la historia de la medicina y de la salud pública; y en consecuencia se vuelve necesario tener muy presente el

⁷⁰ Teresa Ortiz, “Género, profesiones sanitarias y salud pública”, en *Gaceta Sanitaria*, núm. 18, suplemento 1, 2004, p. 190.

poder legitimador de los discursos científicos oficiales para la naturalización de las diferencias y jerarquías entre los sexos. Se trata de lanzar una mirada sexuada a las prácticas profesionales de la medicina e identificar la presencia de hombres y mujeres, así como los espacios que ocupan en las actividades sanitarias. Se busca desde este espacio combinar el análisis de la discriminación, segregación y subordinación de las mujeres en las actividades sanitarias, para reflexionar sobre el valor del trabajo que ellas han realizado a lo largo de la historia,⁷¹ con la finalidad de indagar cómo se construyen y transforman los modelos y prácticas socio-culturales del cuidado de la salud y el combate a la enfermedad con relación a la feminidad; esto es, desde el estatus de las mujeres, y desde la posición y el papel que la mujer tiene en una sociedad en contraposición con el papel de los hombres.⁷²

Este enfoque de análisis en torno al género ha sido retomado por la historiadora Joan Scott quien definió el término en 1986 como el elemento constitutivo de las relaciones sociales y el campo primario donde se articula el poder. Desde el género se crean, legitiman y definen las categorías varón y mujer, mediante un aparato simbólico y conceptos normativos –doctrinas religiosas, educativas, científicas y legales- que articulan las instituciones y las formas de organización social al tiempo que conforman identidades subjetivas. Este concepto apunta a la diferencia entre el sexo biológico y la identidad adquirida, esto es, si el sexo alude a razones de la biología, el género lo hace a las de la cultura y la sociedad, en tanto que atañen creencias, valores, actitudes, formas de comportamiento, rasgos de personalidad e, incluso, actividades que sustentan y ejercen hombres y mujeres y que son, precisamente, las que hacen la diferencia y jerarquía social entre unos y otras.

Afortunadamente son cada día más los estudios interesados en entender la relación existente entre historia, género y salud, lo que ha contribuido al enriquecimiento de nuevas investigaciones multidisciplinarias, tanto en Europa como en América Latina, que buscan mostrar la creciente

⁷¹ Fernanda Núñez Becerra, “Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista”, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 13, vol. 1, 2010, p. 32.

⁷² Carmen Ramos Escandón, *op. cit.*, 1992, p. 13.

participación de las mujeres en las distintas profesiones sanitarias, las características de sus saberes, las formas de sus prácticas curativas y terapéuticas, sus intereses e identidades profesionales, su contribución en el desarrollo de nuevas teorías científicas, así como sus relaciones con pacientes u otros expertos de la salud. Todos estos temas pretenden mostrar a las mujeres como agentes de salud.

Entre los asuntos presentados en la revista *Dynamics of Health and Welfare / Dinámicas de salud y bienestar*, destacan las investigaciones cuyas propuestas metodológicas y temáticas buscan mostrar la presencia de las mujeres en las distintas prácticas médico-sanitarias, así como el poder y saber que demostraron en los distintos espacios y actividades del cuidado de la salud a lo largo de la historia; ello, desde una mirada de la medicina no androcéntrica, la cual busca legitimar la contribución de las mujeres en las distintas prácticas sanitarias.

Una de las estudiosas mexicanas que más se ha centrado en el tema de las mujeres en el campo de la salud y de la historia de la medicina en los últimos años es Ana María Carrillo, en cuyo trabajo titulado *Relaciones entre matronas y médicos en España y México en el siglo XIX*, muestra la participación de las mujeres en el cuidado de la salud desde los primeros tiempos de la humanidad. En este libro destaca que se trata de una tarea realizada fundamentalmente por curanderas, hierberas y parteras, y en la que sobresale la partería, como una práctica común desde el México antiguo, representada en la figura de la *Tlamatquiticitl* o partera azteca, quien era considerada una mujer sabia y respetada por sus amplios conocimientos tanto en el arte de la partería como en otros aspectos de la salud y sexualidad de las mujeres y los recién nacidos.

Esta situación comenzó a cambiar a lo largo del siglo XIX, ante la aparición del médico como único especialista en el conocimiento gineco-obstétrico cuyo poder, saber y superioridad era legitimado por la obtención del título profesional emitido por la universidad, y con el cual se buscó someter a las parteras a una relación de autoridad y progresiva subordinación profesional, que culminaría con en la pérdida de sus funciones y de su campo laboral, frente al médico profesionalista varón.

No obstante, a pesar de las disposiciones y reglamentos emitidos por las autoridades sanitarias para limitar y excluir a las mujeres de su labor ancestral como parteras, tanto en España como en nuestro país, esta figura no desaparecería tan fácilmente, ante el reconocimiento socio-cultural que tenían, sustentado en sus sabios conocimientos. A los médicos no les quedó más remedio que aceptar el prestigio social que éstas tenían; por lo que muchos de ellos, tal vez por conveniencia, prefirieron trabajar al lado de una matrona. Para otros médicos, se trataba de una relación ambivalente y conflictiva entre ambas figuras que acabaría favoreciendo profesionalmente a los médicos.

El estudio de Ana María Carillo, es un claro ejemplo de lo importante que es analizar las relaciones de género y de autoridad existentes en la historia de las profesiones del cuidado médico a lo largo de la historia.

Respecto al tema de los médicos de sexo femenino y su actividad profesional durante los siglos XIX y XX, se encuentra la investigación de Consuelo Flecha García, *La educación de las mujeres según las primeras médicas doctoras españolas*, en la que presenta algunos casos de las jóvenes pioneras que terminaron estudios universitarios en España en la Facultad de Medicina de Barcelona en la segunda mitad del XIX. También muestra este documento cómo a pesar de los obstáculos que imponía el sistema patriarcal que trataba de excluirlas, estas mujeres lograron desarrollar una serie de investigaciones en torno a temas médicos-higienistas; presentando como principal argumento lo indispensable que era que las mujeres se acercaran a dichos conocimientos, con el fin de mejorar la vida y salud de las familias, pero principalmente la de sus hijos e hijas, quienes eran el futuro de la nación.

La autora presenta casos particulares de las primeras mujeres profesionistas, quienes con su participación como especialistas en torno a temas de salud e higiene, comenzaron a luchar por la obtención de un lugar propio en una profesión científica que comenzaba a dotarles de prestigio y poder social, a pesar de su condición genérica.

Quiero resaltar de manera especial el trabajo de María Lucia Mott, *Gênero, saúde e espaço público: a trajetória de Maria Renotte*, quien a partir de una preocupación similar a la de este análisis, buscó resaltar la contribución social de las mujeres pertenecientes a distintas clases sociales, en diversas áreas de la salud, como prestadoras de servicios en el cuidado de enfermos, fundadoras de instituciones de asistencia social, promotoras de la salud, etc., todas ellas actividades que muestran el papel de las mujeres como reformadoras sociales de su época, en los primeros años de la República Brasileña.

A través del caso particular de la médica María Renotte, la cual nos muestra el ejemplo de Brasil, la autora señala la manera en que ésta logró un desarrollo profesional sobresaliente, al haber obtenido una gran clientela y hasta el reconocimiento entre sus pares profesionistas. Además participó en numerosos congresos donde presentó destacados trabajos. La médica María Renotte trabajó en la creación de escuelas de enfermería y un hospital para niños en la ciudad de Sao Paulo, a partir de una serie de campañas que logró desarrollar a través de la Cruz Roja.

El desarrollo laboral y profesional de María Renotte es un buen ejemplo de la participación de las mujeres en la vida nacional a través de asociaciones y organizaciones benéficas, cuyas actividades nos llevan a reflexionar en torno al ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres en los primeros años de la República. Es importante resaltar, las sugerentes fuentes a las que la autora hace alusión: archivos públicos y privados de escuelas, hospitales y obras de caridad, publicaciones periodísticas y legislativas; ya que todas ellas le permitieron descubrir la creciente presencia de las mujeres en actividades relacionadas con el cuidado de la salud y la caridad.

El trabajo de Esteban Rodríguez Ocaña, titulado *Las mujeres como agentes de higienización familiar*, muestra la manera en que en el contexto en el que la prevención de las enfermedades cobró estatus de imperativo profesional en toda Europa, especialmente a partir de las doctrinas de la causa universal de base microbiológica a finales del siglo XIX y principios del XX, los médicos españoles varones, en su labor por transmitir a la población la importancia de la higiene y basados

en valores de género, vieron en las mujeres a los principales agentes de difusión y enseñanza de los principios higienistas, ante su condición materna de amas y guías del seno familiar.

Este nuevo papel social asignado a las mujeres como agentes de la nueva cultura higiénica científica, les concedió a su vez la oportunidad de movilización en espacios públicos e incluso como profesionales en el cuidado de la salud pública, aún por encima de las leyes sanitarias y de cualquier intervención del Estado.

A pesar del rol social asignado a las mujeres a finales del siglo XIX, ante su condición subordinada de género frente a los varones, los médicos y autoridades sanitarias reconocen la importancia del papel de las mujeres en el ámbito del hogar, lo que les concedió la oportunidad de ser las principales agentes de la higiene. Tal reconocimiento es visible a través de la obra del médico español Manuel Tolosa Latour (1857-1919), director-propietario de la revista de higiene y educación: *La madre y el niño* (1883-84). Se trataba de un médico de la aristocracia cortesana, profesor en la Escuela Superior de Maestros y organizador de la primera Inspección médica escolar del Ayuntamiento de Madrid, quién además fue secretario del Consejo Superior de Protección a la Infancia quien desde la Sociedad Española de Higiene creó un discurso formalmente dedicado a las mujeres, con la idea de subrayar el valor de la higiene y la importancia social que conlleva el hecho que las mujeres lo inculquen y enseñen.

Quiero hacer mención de otros estudios muy sugerentes por las propuestas temáticas y metodológicas que exponen en relación a la historia de la salud y de la medicina, que busca destacar el protagonismo de las mujeres como agentes de salud. El caso del artículo de Montserrat Cabré “Como una madre, como una hija”: las mujeres en los cuidados de la salud en la Baja Edad Media.⁷³ En él se muestra que desde la sociedad medieval las actividades de cuidado y atención a la salud y a la

⁷³ Montserrat, Cabré, “Como una madre, como una hija”: las mujeres en los cuidados de la salud en la Baja Edad Media”, en *Historia de las mujeres en España y América Latina. De la prehistoria a la Edad Media*, Isabel Moran (dir.), vol. I, Madrid, Cátedra, Segunda Edición, 2006, pp. 637-657.

enfermedad son principalmente desarrolladas por mujeres. A pesar de ello, la historiografía de la medicina medieval carece de trabajos que muestren la presencia documentada de mujeres en la historia de las prácticas sanitarias.

Montserrat Cabré señala que durante la Baja Edad Media, la imagen y la consideración social de las sanadoras informales y el autocuidado familiar empeoró notablemente, en un proceso de degradación paulatino que coincidió con el desarrollo de las instituciones patriarcales en la organización del ejercicio de la medicina y con el resurgimiento de tradiciones intelectuales misóginas que fueron avaladas por estas instituciones. El principal objetivo de la autora es resaltar la riqueza y pluralidad de las actividades de las sanadoras a través de casos concretos; para lo cual analiza cuatro grupos de este tipo de mujeres.

Un primer grupo lo conforman las mujeres dedicadas a practicar legalmente la medicina a través de la concesión de una licencia por parte de los monarcas o instancias municipales; el segundo está formado por las sanadoras que utilizaban magia, oración y la romería como legítimo arte sanitario, el tercer reunía a las mujeres que prestaban atenciones sanitarias específicas, contratadas de manera puntual por personas individuales o instituciones hospitalarias (matronas o parteras), y por último, aquellas mujeres que fueron comisionadas por las curias⁷⁴ para inspeccionar manualmente los cuerpos de otras mujeres y certificar en asuntos judiciales, para evaluar si había producido un embarazo, si conserva la virginidad o si había sufrido una violación.

En cuanto a la visibilidad documental de estos cuatro grupos de mujeres sanadoras, señala Montserrat Cabré que dependerá de la autorización legalmente facultada de su práctica, lo cual en la mayoría de los casos, fue llevada a cabo de manera clandestina. Ello permitió que dichas actividades a

⁷⁴ En el Medioevo se le denominó curia al conjunto de funcionarios y rectores, laicos y religiosos, que formaban parte de la administración y el gobierno de la Iglesia católica. En latín significa: “tribunal”, en el sentido de “corte real”, la cual estaba formada por ciudadanos de elevado rango social que legislaban y dirigían al Estado.

través de la historia hayan sido poco representativas; aunque por el contrario, la presencia y acción de muchas mujeres como cuidadoras de la salud en el ámbito informal y doméstico, han sido significativas durante siglos.

Bárbara Ehrenreich y Deirdre English en su libro *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*, analizan desde una perspectiva histórica, las dos formas de exclusión y manipulación que han vivido las mujeres en contacto con la institución médica tanto en Europa como en Estados Unidos. Primero como trabajadoras de la sanidad, a quienes se les ha relegado hasta el día de hoy a papeles absolutamente secundarios, pero también como seres considerados inferiores y pasivos, ante su fisiología “naturalmente” patológica.

Las autoras presentan la manera en que a lo largo de la historia las mujeres siempre han fungido como sanadoras, al haber sido éstas las primeras médicas y anatomistas, enfermeras y consejeras, y al proveer cuidados a las personas de bajos recursos y ser muchas veces su única opción de atención. La opresión que han vivido las trabajadoras sanitarias ante el predominio de los profesionales masculinos no son resultado de un proceso “natural”, sino la expresión de una toma de poder por parte de los varones, donde se dirime el monopolio político y económico de la medicina por parte de un grupo hegemónico masculino. Lo anterior coloca dicha exclusión en una dimensión de tipo política, por el hecho de ser parte en una lucha más amplia que incluye razones de clase, pues las sanadoras tradicionales eran las médicas del pueblo, su ciencia y conocimientos formaba parte de la cultura popular. La historia de las sanadoras, forma parte de la historia más amplia de las relaciones de poder entre los géneros, en el que las mujeres y en éste caso las sanadoras, ha sufrido la opresión del sistema patriarcal en razón de su clase y género.

A partir de estas reflexiones, las autoras nos presentan un panorama histórico de la persecución que vivieron las sanadoras desde la Edad Media en Europa, donde fueron acusadas de brujas; así como la exclusión de las comadronas a lo largo del siglo XIX en Estados Unidos, y su transformación a la

figura de la enfermera “Nightingale” producto de la representación de la naturaleza femenina victoriana, como madre-esposa, quien debe ofrecer al médico la obediencia absoluta virtud que pertenece a una buena esposa, y al paciente a quien debe la “altruista devoción de una madre”. Esta identidad sexuada que adquirió la profesión de enfermería desde su profesionalización e institucionalización, ha colocado a las mujeres dedicadas a esta labor en una situación de sometimiento e inferioridad *per se*, frente a sus superiores médicos varones.

En esta misma línea de análisis se encuentra el trabajo de Carmen González Canalejo: *Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la ‘cuestión social’ (1857-1936)*.⁷⁵ En él la autora plantea la importante contribución social de matronas, enfermeras y practicantes españolas del último cuarto del siglo XIX y primer tercio del XX en cuanto a cuidados de la salud y bienestar social de la ciudadanía, desde un contexto socio-sanitario en el que los índices de mortandad y pobreza eran significativos, en una población asolada por las epidemias, la desnutrición y la falta de cultura sanitaria popular. La autora resalta el protagonismo de este pequeño núcleo femenino que ejerció de forma institucionalizada, desde la gestación de la asistencia pública, el cuidado de niños huérfanos y enfermos desamparados, cuyos conocimientos y prácticas habían sido desarrolladas desde tiempos inmemoriales, lo que facilitó su vínculo laboral con la Institución Benéfica; al mismo tiempo que dicha institución vio en ellas la mejor vía de atención y cuidados para una enorme población aquejada por la enfermedad y la pobreza.

En torno al tema de las matronas en España, se encuentra la investigación de Teresa Ortiz Gómez, titulado: “Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX”⁷⁶; en ella la autora resalta la labor e importancia del trabajo realizado por las matronas como

⁷⁵ Carmen González Canalejo, “Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la ‘cuestión social’ (1857-1936), en *Dynamis*, núm. 27, 2007, pp. 211-235.

⁷⁶ Teresa Ortiz Gómez, “Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX”, en *Arenal*, vol. 6, núm.1, 1999, pp. 55-79.

transmisoras de saberes técnicos sobre partos en España, cuyos saberes les permitieron figurar como maestras y especialistas del tema.

Teresa Ortiz expone la manera en que cirujanos y médicos europeos buscaban hegemonizar la asistencia a los partos, al presentarlos como eventos médicos que necesariamente debían ser atendidos y controlados desde la científicidad del conocimiento teórico médico-quirúrgico. A pesar de esta nueva concepción del embarazo y el parto impuesta por la ciencia médica, las especialistas en el campo práctico de la partería siguieron siendo las matronas hasta mediados del siglo XX, ante el gran prestigio y confianza que la población seguía teniendo por estas mujeres, junto a la cosmovisión imperante del parto como un acto natural, exclusivo del mundo femenino.

La autora resalta las diferencias entre las parteras y las matronas, las primeras carecían de estudios y eran las depositarias de saberes populares; mientras que las matronas eran profesionistas tituladas por la universidad, cuyos conocimientos se basaron en las teorías de la obstetricia moderna. Este segundo grupo de mujeres, no sólo aprendió de los conocimientos en boga, sino que a través de su experiencia, logró adaptar y divulgar, para matronas y madres, los nuevos conocimientos de ciencia médica, a través de métodos orales; y a partir del siglo XIX, mediante la publicación de libros y artículos, junto a sus enseñanzas en escuelas para formar profesionalmente a otras matronas.

Jean Towler y Joan Bramall, en su libro *Comadronas en la historia y en la sociedad*,⁷⁷ presentan un estudio muy amplio del papel de las comadronas a lo largo de la historia, desde la época antigua egipcia y romana, periodo en el que las mujeres disfrutaron de un poder y un reconocimiento social importante, lo que prueba que dicha profesión a lo largo del tiempo ha pertenecido al mundo femenino. No obstante, señalan los investigadores que dicha profesión ha sido una de las más difamadas, pues ha sufrido una serie de cambios en su estatus social y clínico en el transcurso del tiempo. Para el periodo medieval, las comadronas comenzaron a ser asociadas con trabajos de brujería

⁷⁷ Jean Towler y Joan Bramall, *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Barcelona, Masson, 1997, p. 393.

y magia, por lo que fueron perseguidas y juzgadas por la autoridad eclesiástica de la Inquisición, lo que se enmarca en un contexto histórico y social de tipo patriarcal en el que era inconcebible que una mujer ejerciera un poder curativo, más allá de los divinos.

A esta persecución se unirían posteriormente las autoridades civiles españolas bajo el argumento de su poca o nula preparación profesional e inferior estatus social, ya que estas mujeres en su mayoría eran campesinas; de tal modo que se consideraba que el ejercicio de su labor debía ser vigilado, regulado o anulado ante la ausencia de un título profesional.

Ya entrado el siglo XIX los hombres comienzan a entrar en la esfera de la atención al parto, legitimando su saber desde la institucionalización médica científica, lo que provocó una larga lucha histórica por el reconocimiento de la profesión de las comadronas la cual continua hasta nuestros días. Se trata de un estudio que recopila de una manera meritoria, datos históricos basados en documentos de archivos, e información de la prensa médica española.

El artículo de Ana María Carrillo lleva el título de “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”,⁷⁸ y expone la manera en que se desarrolló la partería profesional como un medio para eliminar a las parteras tradicionales por mujeres alfabetas entrenadas por los médicos. A pesar de ello, la autora resalta el hecho de que en muchos casos fueron los médicos quienes aprendieron más al lado de una partera; y cita el caso de Dolores Román –india pura, y primera partera en jefe de la Casa de Maternidad de la Ciudad de México- quien por vez primera realizó la versión por maniobras externas del feto en un hospital.

La autora muestra la manera en que las parteras trataron de ser reguladas por una serie de leyes y decretos que les exigía una formación profesional, así como las innumerables protestas en la prensa diaria y especializada por parte de los médicos –del género masculino-, para castigar con todo el rigor

⁷⁸ Ana María Carrillo “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, en *Dynamis*, núm. 19, 1999, pp. 167-190.

de la ley a aquellas mujeres que ejercían sin título. También exhibe cómo a partir de la instauración de la cátedra de ginecología en 1887 en la Escuela de Medicina de México, se intensificó la presión estatal para su control. No conforme con ello, en el año 1892 el Ministro de Gobernación publicó un reglamento para las parteras tituladas, el cual limitaba sus actividades exclusivamente a la asistencia de partos eutócicos y del puerperio fisiológico⁷⁹, de modo que si se les presentaba un parto distócico o puerperio patológico, debían llamar inmediatamente a un médico profesional. Tales restricciones provocaron en las parteras un gran disgusto, por lo que se agruparon en la “Sociedad Liga de Parteras” para pedir al presidente de la república la derogación de algunos artículos del reglamento, argumentando que iban contra la libertad de profesiones consagrada en la Constitución y contra el Reglamento de la Escuela de Medicina de 1870 que las facultaba para hacer pequeñas operaciones de obstetricia, para las que se les preparaba y sobre las que eran examinadas. Este artículo, a diferencia de otros, nos muestra la capacidad de respuesta de las parteras en su lucha por defender su profesión y el lugar social que por tantos años les perteneció.

Claudia Agostoni, en su artículo “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato”, analiza el largo proceso de masculinización de la obstetricia que acabó por marginar y subordinar a las parteras de un oficio que desde tiempos lejanos había estado en sus manos. Dicho proceso se encuentra vinculado con el fortalecimiento de la autoridad intelectual y científica de la elite médica y de la consolidación de la obstetricia y la medicina familiar como especialidades médicas masculinas.

Agostoni señala que fue a partir de este contexto de profesionalización e institucionalización de la obstetricia, que se comenzó a deslegitimar a todas aquellas prácticas empíricas tradicionales de las parteras, a quienes se les comenzó a identificar con la superstición y la irracionalidad, elementos

⁷⁹ El parto eutócico es el parto normal que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones para su evolución. El puerperio fisiológico se refiere al embarazo que se desarrolla y sucede de manera natural y sin alteraciones, en caso contrario se le denomina irregular o patológico.

atribuidos a estas mujeres en razón de su género y clase, los cuales eran totalmente antagónicos al conocimiento médico científico.⁸⁰

En lo referente al estudio de las nodrizas se encuentra el trabajo de Carmen Sarasúa, *Criadas, nodrizas y amos. El servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*,⁸¹ cuyo capítulo cinco está dedicado al estudio de las nodrizas y la lactancia como una actividad asalariada. La autora destaca los factores que condicionaron la evolución de la oferta y la demanda de éste mercado en la contratación de nodrizas, el cual fue muy significativo; al grado de haberse convertido en una labor fundamental en la economía campesina y urbana de la Europa de los siglos XVIII y XIX.

Carmen Sarasúa muestra los distintos patrones en los que las mujeres desarrollaron dicha actividad para el caso madrileño: campesinas de los alrededores de Madrid que cuidaban niños en sus casas, mujeres que vivían en Madrid y criaban en sus hogares mientras realizaban otros trabajos a domicilio, asalariadas de instituciones públicas como la Inclusa, asalariadas de casas particulares que formaban parte de su servicio doméstico y que, a su vez, pagaban a otras mujeres para que se ocuparan de su hijo. La autora da un panorama general de quiénes eran ellas, el estrato social y civil al que pertenecieron, su lugar de procedencia, las distintas formas de contratación, sus sueldos; y cómo a lo largo de los siglos XVIII y XIX, la demanda de este servicio adquirió dimensiones significativas no sólo entre las familias burguesas, sino también entre las clases bajas, lo que permitió a muchas encontrar en esta actividad una forma de sustento y apoyo económico familiar importante hasta entrado el siglo XX, en el que la crítica médica llevaría a la reducción del mercado de este servicio.

⁸⁰ Claudia Agostoni, “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato”, en Gabriela Cano y Georgette José Valenzuela, (coords.), *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo xix*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, Miguel Ángel Porrúa, 2001, p. 71-95.

⁸¹ Carmen Sarasúa, *Criadas, nodrizas y amos. El servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*, España, Siglo Veintiuno, 1994.

El artículo de Ana Maria Carrillo “*La alimentación ‘racional’ de los infantes: maternidad científica, control de las nodrizas y la lactancia artificial*”,⁸² explica la manera en que para el último tercio del siglo XIX, los médicos comenzaron a definir la alimentación de los infantes como un fenómeno complejo, especializado y científico que debía quedar bajo la supervisión del servicio médico profesional; ello para justificar su intervención en un campo hasta entonces reservado a las mujeres. Fue entonces cuando el discurso médico declaró como principal causa de los altos índices de mortandad infantil de la época las prácticas nocivas de alimentación utilizadas por algunas madres y nodrizas hacia los niños. Un concepto que la autora plantea y que nos será de gran utilidad es el de *medicalización de la lactancia*, el cual explica de 1880 a 1915, cómo se dio el intento de los profesionales de la salud de expropiar el poder de las madres para determinar el patrón de alimentación que seguirán, así como su intervención sistemática tanto en la salud de los infantes como en los cuerpos y comportamientos de las madres lactantes y de las amas de cría. En opinión de los médicos, la elección de una nodriza debía estar sujeta a la inspección de las autoridades sanitarias, en tanto que estas “mercenarias” eran una industria de gran escala que debían someterse como el resto de las industrias, a la economía e higiene pública. De ahí la creación en 1898 por Gobernación de la Inspección de Nodrizas, donde se les hacía una serie de exámenes minuciosos a sus cuerpos y a su leche.

Los médicos tuvieron hacia las nodrizas un doble discurso, por una parte, aceptaban recurrir a una ama de cría ante la falta de una madre que pudiera alimentar al infante, pero a su vez, las culparon de transmitir a los niños una serie de enfermedades que como consecuencia los llevaba a la muerte; de ahí el afán por tratar de eliminarlas, a pesar de las descripciones existentes que muestran que éstas en su

⁸² Ana Maria Carrillo, “*La alimentación ‘racional’ de los infantes: maternidad científica, control de las nodrizas y la lactancia artificial*”, en Julia Tuñón (comp.), *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, pp. 227-280.

mayoría hacían bien su trabajo, y gracias a ellas el índice de mortalidad de los expósitos había reducido considerablemente.

La misma autora, en colaboración con Carlos Zolla, presenta un artículo titulado “Mujeres, saberes médicos e institucionalización”⁸³, en el que se destaca el papel desempeñado a lo largo de la historia por las mujeres en el mundo médico y de atención a la salud, como una función pública y privada. Como se puede observar, las mujeres han fungido como médicas y curanderas, socialmente reconocidas, a partir de una serie de remedios y terapias basadas en la herbolaria y en la medicina doméstica. No obstante, desde el inicio de la Colonia, los médicos universitarios buscaron tener el control total de las actividades sanitarias, acusando de hechicería y superstición los saberes médicos indígenas –lo mismo que a los saberes médicos populares, de españoles, afrodescendientes o mestizos, pero de manera particular aquellas prácticas curativas de las mujeres.

De tal modo que esta política de monopolización de la profesión médica tenía fundamentos sexistas pero, sobre todo, clasistas y racistas: al querer mostrar la superioridad de la medicina europea como un elemento más que justificaba la conquista. De ahí que muchas de las médicas del pueblo, que conocían de plantas medicinales o de anatomía, fueran descalificadas por completo. Lo mismo sucedió con las madres de familia que, en su hogar, cumplían el papel de médicas; estableciéndose una distancia emocional entre el enfermo y el responsable de su cuidado, y un cambio de las mujeres a los hombres como figuras principales en la atención de la enfermedad. Todo ello sucedió como parte de un proceso en el que la medicina se fue convirtiendo en mercancía.

En torno a esta relación entre mujeres, saberes médicos e institucionalización, los autores plantean las características y la importancia de la medicina doméstica, en las que la mujer desempeñó un papel de primer orden, al grado de poder hablar del saber médico doméstico como eminentemente femenino,

⁸³ Carlos Zolla y Ana María Carrillo, “Mujeres, saberes médicos e institucionalización”, en Juan Guillermo Figueroa Perea (Comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México, 1998, pp. 167-198.

el cual necesita ser valorado, pues este tipo de saber médico de la mujer no se limitó al ámbito de la ginecología, la obstetricia o la pediatría, sino que también se encargaban de organizar las labores médicas como parte de una estrategia más amplia de supervivencia, donde se asocian la nutrición, la educación y la transmisión de las pautas de crianza, la higiene personal, el saneamiento básico, la religión, el trabajo, el comercio, la política y la medicina.

Oliva López Sánchez, en su trabajo de tesis doctoral *La profesionalización de la gineco-obstetricia y las representaciones técnico-médicas del cuerpo femenino en la medicina de la ciudad de México (1850-1900)*⁸⁴, analiza en el capítulo tres el proceso de institucionalización y profesionalización del conocimiento médico académico en su especialidad gineco-obstétrica, y con ello, la manera en que la medicina científica-racional intentó controlar y excluir a las parteras tituladas y empíricas de este campo, a través de una serie de estrategias administrativas y de políticas de capacitación y desprestigio, cuyos alcances sociales, no lograron el desplazamiento de la partería hasta mediados del siglo XX. Por otro lado, las parteras empíricas contaban con mayores conocimientos prácticos que los médicos generales y los médicos obstetras titulados, pues la preparación profesional de éstos últimos se limitó por mucho tiempo al campo teórico, hasta el año 1866, cuando se integró la enseñanza práctica al abrirse la clínica de obstetricia dentro del programa de medicina. Durante varios años, los médicos obstetras practicaron en maniqués de piel con pelvis naturales, limitante que les colocaba en desventaja frente a las comadronas, aún con todo y su preparación académica. Por esta razón los médicos egresados con frecuencia buscaban aliarse con alguna partera empírica que les permitiera practicar el arte de la partería y los instruyera. A cambio, éstos otorgaban obsequios y un porcentaje de sus ganancias económicas. Todo ello, concluye la autora, prueba la superioridad de los conocimientos prácticos de las parteras empíricas respecto a los médicos.

⁸⁴ Oliva López Sánchez, *La profesionalización de la gineco-obstetricia y las representaciones técnico-médicas del cuerpo femenino en la medicina de la ciudad de México (1850-1900)*, Tesis de doctorado en Antropología, CIESAS, México, 2004.

Finalmente, Maribel Ríos Everardo en su libro *El género en la socialización profesional de enfermeras*, analiza desde la categoría de género los distintos espacios socio-culturales desde donde se construye la enfermería como una profesión femenina; y la manera en que a través de la familia, la escuela y otras instituciones laborales, al estar impregnados de significados y estereotipos culturales, producto de las relaciones del poder patriarcal, definen los roles social y genéricos de cada individuo, así como la socialización de la práctica profesional de las enfermeras. A través de una serie de entrevistas con enfermeras, la autora muestra cómo ellas también han internalizado los estereotipos y modelos culturales que las llevaron a definir sus conductas según ciertos patrones específicos; esto es, la manera en que aprenden los papeles precisos para el desempeño de sus funciones de acuerdo con la organización socio-cultural de clase social y de género en que viven.

En su conjunto, estos trabajos han aportado un marco temático y referencial invaluable para mi investigación, aunque la mayoría de ellos ha centrado su análisis en el discurso médico hegemónico y poco han ahondado en torno a la labor práctica de estas mujeres en los distintos espacios del cuidado de la salud; sin duda muestran la labor que a través de la historia han desarrollado nodrizas, comadronas y médicas como colectivo, pero apenas abordan quiénes eran estas mujeres, cómo se llamaban, si eran casadas o solteras, a qué estrato social pertenecían, dónde laboraron, qué prácticas sanitarias desarrollaban, cómo las aprendían, cómo las aplicaban, qué lugar social les era asignado por la población común y por la clase hegemónica médica, qué relación de poder o dependencia se estableció entre ellas y los demás sujetos que laboran en los cuidados de la salud -sean hombres o mujeres-, qué se les permitía y qué se les prohibía hacer en las diferentes actividades que en el campo de la salud desempeñaron.

Gracias a los aportes teóricos y metodológicos emanados de la historia de la medicina, de la salud pública y la historia de las mujeres, hoy podemos analizar no sólo el papel histórico y social que ha jugado la medicina y la ciencia en la diferenciación y discriminación que vivieron y siguen viviendo

las mujeres en los espacios médicos y de salud; sino también, desde una nueva interpretación historiográfica feminista⁸⁵ podemos cuestionar, redefinir y reescribir la historia de las mujeres, su presencia, protagonismo y hasta aquellas formas de saber, poder y autoridad –que desde su subordinación dentro de un sistema patriarcal- han desarrollado en las distintas actividades y profesiones sanitarias de finales de siglo XIX y principios del XX.

Medicina y regulación social

Para entender las prácticas disciplinarias e institucionales del poder y los mecanismos de dominación masculina visibles en la producción del saber y la práctica médico-científica, he retomado las aportaciones teóricas e interpretativas de autores como el filósofo Michel Foucault, Rafael Huertas y el sociólogo Josep. A Rodríguez, en mi interés por analizar el papel histórico y social de la medicina y la salud pública como elementos constitutivos de un contexto más amplio y complejo de la realidad social. Lo anterior nos obliga a no reducirla a una ciencia cuyo único objetivo es la lucha contra las enfermedades y la promoción de la salud, en tanto que la *medicina-científica*, como afirma Rafael Huertas, no ha sido jamás una especulación aislada, sino la consecuencia directa de su entorno cultural y social.

Es lo mismo que *la medicina*-profesión y la utilización que los profesionales han hecho de su ciencia, la cual no ha sido parte de una realidad neutra, sino el resultado de una serie de condiciones

⁸⁵ La teoría feminista es una teoría del poder. Como tal, su objetivo es la explicación del “origen de la opresión, supresión y represión” de la mujer, en función de la simbolización cultural de la diferencia sexual. A partir de ello, el punto de partida de esta teoría es el señalamiento del dominio masculino sobre las mujeres en prácticamente todos los periodos históricos, así como el vacío conceptual y empírico habido en las ciencias sociales, que han impedido explicar en forma satisfactoria muchos de los aspectos de la situación social femenina. De ahí la necesidad de rescatar a las mujeres del silencio, y mostrar su lugar activo en la historia. Para ello, utiliza categorías conceptuales como: patriarcado, androcentrismo, cultura patriarcal, desde los cuales se han connotado como únicos y superiores, los elementos derivados de la experiencia masculina, y negativamente los que corresponden a la experiencia femenina. Véase: Castro y Mario Bronfman, “Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión”, en Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, 1998, p. 206. Gabriela Cano, “La historia de las mujeres: algunas preocupaciones metodológicas”, en *Problemas en torno a la historiografía de las mujeres*, México, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, 1988, pp. 17-18.

sociopolíticas específicas, ya que la medicina ha estado siempre entre los saberes y los poderes. Es decir, los saberes médicos han permanecido invariablemente ligados a un tipo de poder que marca las pautas de su desarrollo, y a su vez han permitido, siempre bajo su superior tutela, que los médicos ostenten y legitimen su propio poder.⁸⁶ Lo mismo sucede en el proceso de formación del saber y de los conocimientos médicos, los cuales se encuentran inmersos en una compleja red de relaciones de poder y dominación, que inevitablemente influyen la teoría y a la práctica médica.⁸⁷

Ampliar el estudio de la ciencia médica como una práctica social, nos permite indagar en temas diversos como la historia de la medicalización y el papel de la medicina como herramienta de regulación social; la relación existente entre los saberes médicos y la forma en que se constituyen las relaciones de género y clase; la historia de la profesión médica y su relación con las instituciones y las políticas de salud estatales, la medicina social y el papel social y político de los hospitales, etc., por mencionar algunas temáticas. En estas líneas de análisis es evidente la influencia de Michel Foucault a través de sus conceptos en torno al control social, las estrategias de poder, biopolítica o política de la salud, el poder disciplinario y la medicalización, que han servido de plataforma teórica y epistemológica para estudiar los mecanismos de poder utilizados por el Estado en el contexto del desarrollo del capitalismo industrial. Se trata de estrategias cuyo fin era obtener el control de la salud, del cuerpo, de la natalidad y hasta de los hábitos de vida de la naciente población urbana, surgida de las masivas migraciones de individuos provenientes del campo que llegaron a poblar la ciudad y a conformar la nueva clase trabajadora, a quienes había que convertir en individuos sanos, obedientes y aptos para el trabajo, esto es, en seres productivos de la nación.⁸⁸

⁸⁶ Rafael Huertas Gracia-Alejo, *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el estado liberal*, Barcelona, Octaedro- Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2008, p. 12.

⁸⁷ En torno al monopolio masculino en la producción del conocimiento científico, ante su vinculación con la estructura social predominante. Véase el trabajo escrito por Roberto Castro y Mario Bronfman, *op. cit.*, 1998.

⁸⁸ Michel Foucault, *Las vidas de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, Madrid, La Piqueta, 1990.

No obstante, es importante señalar que dichas posturas teóricas, aunque nos aportan un campo de análisis muy amplio y crítico, deben ser tomadas de manera cuidadosa para evitar caer en reduccionismos y teoricismos, en tanto que estas estrategias de control social ejercidas a través de las instituciones penitenciarias, sanitarias y educativas, puestas en marcha durante la segunda mitad del siglo XIX y primera décadas del siglo XX, no pueden ser vistas como herramientas efectivísimas para reordenar a la sociedad ya que no siempre fueron aceptadas ni sometieron en su totalidad a la población, de ahí la importancia de no olvidar la capacidad de resistencia y negociación de la población ante dichas políticas disciplinarias.

Salud y poder

Desde el siglo XVIII, como parte de una estrategia biopolítica⁸⁹ ejercida desde el poder para garantizar el orden político, económico y social de la nación, el Estado institucionalizó y legitimó el modelo médico sanitario occidental; otorgándole cierto poder autoritario con funciones normalizadoras que iban más allá de la curación y prevención de enfermedades demandadas por el enfermo. Este poder de intervención, control y vigilancia de los cuerpos de la población incluía sus hábitos, costumbres, formas de vivir y hasta de pensar; aspectos que serían patologizados y medicalizados por el médico especialista.⁹⁰ El proceso de medicalización social se basó en la patologización de hechos como la propia vida, las conductas, los hábitos, el cuerpo, las enfermedades y la sexualidad, que tenían que ser vigilados y controlados exclusivamente por la clase médica hegemónica.

⁸⁹ Foucault denomina como biopoder al conjunto de mecanismos por los cuales aquello que en la especie humana constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder. Véase: Michel Foucault, *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978)*, Buenos Aires, tr. Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2006, p. 15.

⁹⁰ Las investigaciones de M. Foucault (1926-1984), sobre las relaciones entre el saber y el poder en el ámbito de las ciencias humanas y más concretamente, la historia de la medicina y su análisis del poder principalmente en ejemplos de Francia, Inglaterra y Alemania.

Bajo los principios del higienismo⁹¹, elemento indispensable para conservar y preservar la vida de los ciudadanos, se buscó someter y normatizar a éstos a una serie de imperativos de salubridad en los que se incluyó tanto la higiene física como la higiene moral. De este modo, la salud se convirtió en un instrumento de poder que tenía como función el mantenimiento de la estructura social dominante y la estabilidad política y económica de la nación.⁹²

En este contexto, y ante la preocupación por parte del gobierno de prevenir el ingreso y la propagación de enfermedades epidémicas, controlar el crecimiento desordenado de las ciudades y la necesidad de fomentar el comercio internacional, la salud pública adquirió gran importancia dentro de las principales estrategias económicas y políticas del país. Con ayuda de los profesionales de la medicina, el Estado se enfocó en la tarea de establecer una serie de códigos y reglamentos que intentaban eliminar el mayor número de peligros para la salud que se podían generar en el espacio urbano derivado de los hábitos y costumbres de los capitalinos.⁹³ Surgen entonces varias teorías y prácticas en torno a la higiene científica como parte de la transformación político-cultural llamada modernización que el país sufrió durante los años de estabilidad porfiriana; las cuales plantean que

⁹¹ El *higienismo* fue una corriente de pensamiento desarrollada desde finales del siglo XVIII, animada principalmente por médicos europeos. Partiendo de la consideración de la gran influencia del entorno ambiental y del medio social en el desarrollo de las enfermedades, los higienistas critican la falta de salubridad en las ciudades industriales, así como las condiciones de vida y trabajo de los empleados fabriles, proponiendo diversas medidas de tipo higiénico-social, que pudieran contribuir a la mejora de la salud y las condiciones de existencia de la población. Dichas ideas tuvieron su influencia en las oligarquías y sociedades latinoamericanas quienes emularon, a su manera, el discurso higienista de los europeos acerca del control social y la modernización urbana.

⁹² En la interfase de los siglos XIX y XX surgió en México una corriente social moralizadora asociada a la higiene que es necesario destacar. En la bibliografía mexicana y extranjera sobre salud pública del siglo XIX es usual encontrar términos como policía sanitaria, policía médica o bando de policía (todos incluyen el término policía) cuando se trata de la aplicación de reglamentos o acciones sanitarias. El concepto de *policía médica* surgió en Alemania en el siglo XVIII y fue difundido por Johann P. Frank. Se refiere a la aplicación gubernamental de una política médica por medio de un reglamento administrativo. A Porfirio Díaz (1880-1910) no le fue fácil mantener su dictadura los últimos años. Apoyado en el positivismo, el darwinismo social y la higiene como principio moralizador y de control social trató de justificar las profundas diferencias sociales, la desigual repartición de la riqueza y el menoscabo de la cultura que caracterizaban su régimen político. Es cierto que el bienestar pudo alcanzarse de modo parcial con la higiene y la aplicación de los bandos de policía pero, también es cierto, eran una forma de condicionar la conducta y de controlar a la sociedad. Véase: Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Martha Eugenia Rodríguez Pérez, "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX", *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, vol. 2, julio- octubre, 1998, pp. 295.

⁹³ Claudia Agostoni, "Salud pública y control social en la Ciudad de México a finales del siglo diecinueve", en *Historia y Grafía*, núm. 17, 2001, p. 98.

sólo a partir de la práctica de una serie de políticas higienistas emanadas del Estado, el país lograría convertirse en una verdadera nación moderna, al implementar obras de infraestructura y leyes sanitarias que transformarían a la Ciudad de México en una urbe limpia y civilizada, y a sus habitantes en personas sanas, trabajadoras y aptas para el progreso nacional.

Se pensaba que si la imagen de México cambiaba de la de una nación insalubre y enferma, a la de una salubre, inmigrantes y capital extranjero llegarían a raudales. Para la década de 1880, en Francia y otros países Europeos, crecía la impresión de que existía una relación directa entre higiene deficiente y decadencia nacional. Si Francia perdía mercados y guerras, era porque su población estaba enferma y empobrecida, mientras que países como Inglaterra y Estados Unidos debían su hegemonía a que habían mejorado la salud de su población. A pesar de la madurez científica alcanzada, desde mediados del siglo XIX se daba por sentado que civilización, buenas condiciones sanitarias e higiene eran tres pilares de los espíritus educados.⁹⁴

A partir de ello el bienestar social, la seguridad, el orden, la ley, etc. –conceptos acuñados y entendidos en un contexto liberal-burgués-, se convirtieron rápidamente en los ideales de una nueva clase en vías de consolidarse y organizarse coherentemente.⁹⁵ Derivado de la ciencia -nacida del positivismo comtiano- se crea un modelo estratégico de acción política para lograr el desarrollo material de una red de dispositivos de control y regulación social, a través de una serie de instituciones disciplinarias como la médica, que elevaría a estos profesionistas⁹⁶ a la posición de

⁹⁴ Mauricio Tenorio Trillo, *Artilugio de la nación moderna. México en las exposiciones universales, 1880-1930*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998, pp. 202-203

⁹⁵ Con el fin de las guerras de Reforma termina también en México la era del antagonismo ideológico entre liberales y conservadores. Entonces, en palabras de Charles Hale, “el liberalismo dejó de ser una ideología de combate para convertirse en un mito político unificante”, que junto a la introducción del ideario positivista de corte comtiano, llevó a la redefinición de elementos político-conceptuales, como la declinación del liberalismo constitucionalista clásico (de raíces iluministas), para dar lugar a una nueva visión de tipo “organicista” de la sociedad. Véase: Elías José Palti, *La invención de una legitimidad. Razón y retórica en el pensamiento mexicano del siglo XIX (un estudio sobre las formas del discurso político)*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005, pp. 291-293.

⁹⁶ Eduardo Liceaga, Porfirio Parra, Antonio Peñafiel, Domingo Orvañanos, Francisco Flores, José Ramírez, Ángel Gaviño, Agustín Reyes, José L. Gómez, José D. Morales, Nicolás Ramírez de Arellano y Francisco Altamirano eran todos médicos e higienistas que ocuparon puestos en la Escuela de Medicina de la Ciudad de México, en varios institutos y sociedades científicas y en oficinas de gobierno, en especial en el Consejo de Salubridad, el cual se volvió su propia fuente y coto de poder. Y para finales de los años ochenta del siglo XIX se habían ganado el reconocimiento del Estado, y una vez que el grupo de los Científicos se consolidó en la década de 1890, se confundieron con la élite

simultáneos portadores de un tipo de saber indisputable y benefactores de la humanidad, quienes pronto se convirtieron en los receptores y divulgadores más importantes de las ideas positivistas, higienistas y en gran medida liberales del México decimonónico, encargados de conducir a la nación por el camino de la civilización y al progreso.

Lo anterior implicaba la transformación del saber y la práctica médica mediante la organización de un saber médico estatal, la normalización e institucionalización de esta profesión y la subordinación de los médicos a una organización en su ramo a nivel estatal, bajo el argumento de que sólo así se tendría una vigilancia eficaz de la salud de la nación. Un fenómeno importante de la normalización de esta práctica y de su saber fue de dejar en manos de la Universidad, y sobre todo de la propia corporación de los médicos, la decisión sobre la formación y enseñanza y la concesión de los títulos, con el fin de controlar sus actividades.⁹⁷ A partir de ello, se explica el gran poder otorgado al saber médico científico, como el único válido sobre el resto de los saberes y poderes tradicionales relacionados con la sanación, lo que significaba la subordinación y exclusión de cualquier otra forma de medicina popular, de tal modo que era necesario deshacerse de las otras formas y actores que anteriormente se habían encargado del cuidado de la salud de la población, lo que incluía a aquellas mujeres hierberas, curanderas, hueseras y comadronas, cuyo poder y saber popular habían sido respetados por siglos, sin distinción alguna de clase y género, situación que cambiaría ante la llegada y monopolización de la medicina científica eminentemente masculina.⁹⁸

Esta ciencia médica emanada del siglo XIX debe entenderse como parte de un proceso político y social concreto, que funciona a partir de una serie de ideas, principios y normatividades que derivan de un sistema de poder androcéntrico y un orden social altamente jerarquizado por diferencias de clase,

política y económica, posición que conservarían hasta las dos primeras décadas del siglo XX. Véase: Mauricio Tenorio Trillo, *op.cit.*, p. 213.

⁹⁷ Michel Foucault, 1990, *op.cit.*, p. 58.

⁹⁸ José Pedro Barran, *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos*, Montevideo, Banda Oriental, 1995, p. 33.

raza y género, el cual vino a excluir y subordinar los saberes y poderes populares de origen indígena de curanderos, brujos, párrocos, bárberos, hierberas, comadronas, nodrizas y enfermeras. Estas últimas serían sometidas a una fuerte campaña de desprestigio basada en su “calidad inferior” al ser mujeres, y a su condición social y educativa baja, por parte de la clase médica profesionista, quienes las acusaban de ser las causantes de todas las negligencias médicas y muertes que hasta entonces habían aquejado a la población, principalmente materno-infantil.

Poder y saber

Esta relación dada entre poder y saber es considerada a la luz de la teoría filosófica de Michel Foucault como el poder médico visto como institución de control y dominación política en el contexto de las sociedades seculares e industriales,⁹⁹ el cual es ejercido por la clase burguesa, encargada de participar en la construcción del Estado-moderno. Dicho poder está determinado por el juego de saberes emanados de la ciencia médica que respaldan la dominación de ciertos individuos sobre otros¹⁰⁰. A partir de ello, Foucault se interesa en entender el sentido de exclusión de ciertos individuos del cuerpo social, estratégicamente determinado desde el saber médico; que es el que establece qué individuo debe ser catalogado como enfermo o sano, normal-anormal, capaz-incapaz, superior- inferior. Resulta evidente que en aquellos terrenos en los que la medicina científica entra en relación con la sociedad que la rodea, lo normal y lo patológico dejan de ser valoraciones objetivas para convertirse en decisiones sociales.¹⁰¹

⁹⁹ Esta visión crítica del saber médico es llevada a un análisis más profundo por Michel Foucault en su libro *El nacimiento de la clínica*, quien nos invita a entender la ciencia médica como profesión y a los hospitales como instituciones, cuyos actores impregnados de todo un arsenal ideológico de su época, intervienen en la producción de esas “verdades” construidas; por lo que es imprescindible entender a la medicina como lenguaje, como óptica científica y como relación interhumana.

¹⁰⁰ En torno al papel de la medicina moderna como dominio de saber, es presentada de una manera más puntual por Foucault en su libro *Historia de la locura en la época clásica*, quien pone en tela de juicio la veracidad de la práctica médica al evidenciar la relación existente entre el saber médico y las prácticas institucionales, de cuya confluencia surge la figura cultural de la enfermedad. En el que ciertas prácticas sociales y discursos constituyen la enfermedad misma. Véase: Michel Foucault, *Historia de la Locura en la época Clásica*, Fondo de Cultura Económica, España, 2006.

¹⁰¹ Rafael Huertas García, *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones científicas, Centro de Estudios Históricos, 1987, p. 11.

En su análisis del discurso del poder, Foucault nos invita a estudiar el lenguaje de las disciplinas, en este caso, el de la disciplina médica como lenguaje normativo, el cual no sólo reprime, sino que produce efectos de “verdad”, a través de un saber, el cual responde a su vez a valores creados por la racionalidad socioeconómica, desde la cual es capaz de marginar o definir a cierto grupo de personas consideradas peligrosas. Estos poderes y saberes médicos, forman parte de los poderes públicos, en tanto que serán utilizados para preservar la norma establecida y para combatir a aquellos actores cuya existencia, hábitos, costumbres y formas de vida no se ajustan al tipo de orden social establecido. En el caso particular de nuestra investigación, es evidente la manera en que la clase hegemónica utilizó el discurso de la medicina científica moderna para excluir y hasta para eliminar a la medicina tradicional y doméstica, así como para invalidar y aniquilar a sus actores: curanderas (os), comadronas, hierberas y nodrizas, regularmente indígenas, quienes eran vistos como parte del viejo orden social anárquico, irracional e incivilizado, el cual debía ser remplazado por un nuevo orden social, racional y científico, que encaminaría al país por el sendero de la modernidad y el progreso; guiados por los más aptos, la burguesía mexicana de raza blanca, quienes por derecho propio ostentan un poder puesto al servicio de toda la sociedad.¹⁰²

A través de estas posturas teóricas y analíticas, a lo largo de la investigación haré mención del saber médico de finales del siglo XIX y principios del XX, como producto de una serie de relaciones de poder inmersas entre la ciencia médica, sus distintos actores e instituciones y el tipo de orden político, económico y social establecido por el Estado. También estará presente el concepto de poder médico, que fue utilizado para salvaguardar el nuevo orden burgués, legitimado a través del modelo médico sanitario occidental.

¹⁰² Leopoldo Zea, *El positivismo en México: nacimiento, apogeo y decadencia*, México, sexta reimp., Fondo de Cultura Económica, 1990, p. 297.

El discurso médico-higienista

Es imprescindible entender la relación que se dio entre el desarrollo de la salud pública y el poder político durante el porfiriato, lo que nos lleva a encaminar nuestro análisis a las dimensiones del poder dentro del tema de la salud, el cual vincula fuertemente ligado a ciertos procesos de construcción y consolidación de un Estado-nación autoritario, cuyas estrategias de control social se basaron en un discurso y en una serie de normatividades higienistas emitidas y reguladas a través de una serie de instituciones de salud pública estatales creadas y consolidadas, muchas de ellas, en este periodo histórico.

Como señala Ana María Carrillo, no es casualidad que se ubique el nacimiento de la salud pública moderna en México durante el gobierno de Porfirio Díaz, así como la concentración creciente del poder del Estado en asuntos sanitarios, que fue paralela a la acumulación de su poder político disciplinador. A comienzos del porfiriato y desde 1841, la máxima autoridad sanitaria era el Consejo Superior de Salubridad, en el que en 1882 elaboró un dictamen sobre la higiene pública en el país, propuso la constitución de un Consejo Nacional de Salubridad Pública con facultades ejecutivas, entre cuyas funciones estarían concentrar las estadísticas de morbilidad y mortalidad, fungir como un cuerpo consultivo general en materia de salubridad, encargarse de todo lo relativo a la policía sanitaria marítima, convocar a congresos nacionales de higiene y formar, con la participación de todos los estados, la legislación sanitaria de la república.

En 1891 fue promulgado el primer Código Sanitario, reformado en 1894 y en 1902. Dicho Código dio al Estado porfiriano el poder para penetrar en todos los espacios, con la finalidad de vigilar la higiene privada y pública del cuerpo social.¹⁰³ Con la creación y emisión del Código Sanitario se dotaba de estatus institucional y científico a aquellos principios de higiene física y moral, los cuales eran avalados por una ciencia médica cuyo usufructo se confiaba en monopolio a una minoría

¹⁰³ Ana María Carrillo, *op. cit.*, 2002, pp. 67-69.

intelectual privilegiada. De este modo, señala Claudia Agostoni, los imperativos de la higiene pública y privada, además de la salubridad de la capital, otorgaron a la profesión médica un protagonismo moral y científico sin precedentes que, junto al higienismo, logró constituirse como un movimiento y un sistema laico de creencias; y en la base doctrinaria de la organización profesional y actuación pública de la comunidad médica.¹⁰⁴

Ante la firme idea de transformar al país en una ciudad moderna, se buscó identificar y atender aquellas patologías del cuerpo social enfermo y afectado por los males de la vida moderna, como el crecimiento de las ciudades y el hacinamiento de su población, que junto a la falta de saneamiento y de servicios urbanos, la contaminación del medio y la existencia de una población aquejada por un sinnúmero de enfermedades físicas y sociales, eran factores que no permitían el tan anhelado progreso de la nación. Se pretendió, con base en los modelos occidentales europeos, que la higiene y la salubridad pública constituirían para México vías de acceso por las cuales el país se sumaría al conjunto de las naciones más civilizadas, capaz de propiciar el orden social anhelado y a su vez eliminar la imagen de una ciudad degenerada pobre y atrasada en todas sus formas. Para ello, era necesario identificar el origen de la degeneración en términos físicos y sociales, el cual se consideraba estaba ubicado en lo improductivo o lo inclasificable, dentro de un conjunto hegemónico de valores que evaluaba la vida y al ser humano según su capacidad de integrarse a un modo de producción de bienes y de reproducción de la fuerza trabajo,¹⁰⁵ siendo la raza indígena, sus formas de vida y costumbres, la principal “enemiga del progreso de la nación”.

A partir del discurso higienista emanado de la sociedad burguesa, se creó una serie de referentes ideológicos y simbólicos en torno a la inferioridad, el desprecio y la exclusión social étnica hacia los pobres, y de manera particular hacia la raza indígena; quienes eran vistos como el principal

¹⁰⁴ Claudia Agostoni, *op. cit.*, 1999, p. 20.

¹⁰⁵ Gustavo Vallejo y Rafael Huertas, “La ciencia en el disciplinamiento de la ciudad moderna”, en *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, vol. 32, núm. 1, 2012, p. 13.

agente a regenerar.¹⁰⁶ Se le consideraba una raza conquistada, no mexicana, una raza inferior, cuyos seres ignorantes, sucios, supersticiosos, alcohólicos y degenerados¹⁰⁷, había que educarlos, limpiarlos y civilizarlos.¹⁰⁸ En tanto que un pueblo limpio y sano, formado por una ciudadanía que cuidara su salud y asumiera un rígido código de comportamiento, sería una prueba irrefutable del progreso. A lo largo del siglo XIX, políticos e intelectuales criollos y mestizos configurarían una visión ambivalente respecto a los indios de México; mientras que por una parte se reconocía su grandeza prehispánica como forma de identidad a la nación (el indio muerto); simultáneamente, al indio vivo se le estigmatizó en función de los principios liberales que orientaban la configuración nacional y el proceso civilizatorio desde una matriz europea. Concebido el proyecto de integración nacional en términos centrados en el criollismo y en la primacía de la llamada "raza blanca", las particularidades de los grupos étnicos estorbaban, para lo cual se les ofreció como alternativa el abandono de sus valores culturales a cambio de otorgarles igualdad jurídica.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Según el proyecto higienista, era necesario limpiar y acabar con todo rasgo multicultural, multilinguista, como un acto de borrar el pasado para que el futuro civilizatorio se impusiera sobre la barbarie, siendo su mayor preocupación el migrante rural indígena y la clase negra. Y es que en el fondo, señalan César Leyton y Rafael Huertas, se trataba de imponer una civilización, fuertemente eurocéntrica, que exigía la modificación (o desaparición) de la población que no se ajustara a los cánones aceptados, interiorizados e impuestos por la nueva elite liberal. Véase: César Leyton Robinson y Rafael Huertas, *Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile. La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875)*, en *Dynamis: Acta Hispanica and Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 32, núm. 1, 2012, pp. 27.

¹⁰⁷ Para probar la hipótesis de la degeneración (no sólo de la raza indígena sino de todos los desheredados), ciertos médicos del siglo XIX recurrieron a la clínica, a la historia de la medicina, a la antropología médica, a la higiene, a la psiquiatría y a la geografía médica. Estas posturas se pueden encontrar en innumerables artículos expuestos en las principales revistas médicas de la época. La base de la argumentación sobre la constitución degenerativa de las clases indígenas, se desarrolló en torno a sus costumbres y formas de vida. Supuestamente, males como la embriaguez, su alimentación deficiente, la miseria en la que vivían, el hacinamiento de personas y animales, su ingreso temprano a la sexualidad, el incesto, el descuido de sus hijos durante el embarazo, la crianza inadecuada de los recién nacidos, etcétera, serían heredados por sus hijos hasta la cuarta generación. A pesar de que la Sociedad Mexicana de Eugenesia no se constituyó hasta la década de 1930, muchos políticos y médicos del siglo XIX sostuvieron las ideas eugenesistas, tratando de influir con ellas las políticas públicas. Su principal planteamiento era impedir que retrasados mentales, criminales o enfermos se reprodujeran, por lo que buscaban prohibir el matrimonio entre estos individuos, llegándose a mencionar la posibilidad de la esterilización. Véase: Ana María Carrillo, "Los médicos y la 'degeneración de la raza indígena'", *Ciencias*, núms 60-61, octubre-marzo, 2000-2001, pp. 64-70.

¹⁰⁸ Ernesto Aréchiga Córdoba, "Dictadura sanitaria, educación y propaganda higiénica en el México revolucionario, 1917-1934", en *Dynamis, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, núm. 25, 2005, p. 119.

¹⁰⁹ Como aspectos fundamentales para la integración del indio a la nación era necesaria la erradicación de sus costumbres e idioma; la aceptación de la propiedad privada mediante la adquisición de terrenos por parte de los hacendados; el mestizaje biológico a partir de la inmigración europea con el objeto de que después de poco tiempo todos lleguen a ser blancos. Ante tal situación de exterminio de lo indígena, éste grupo social no tardó en reclamar derechos sobre la tierra en la que trabaja, heredada de sus padres, pero el hecho de que sea el menos apto y el más primitivo, justifica que no sea el poseedor. Estas ideas se inscriben desde luego, en el marco conflictivo de las rebeliones indias y guerra de castas que los gobiernos independientes enfrentan a partir de 1892. Por ello, los gobiernos

Desde el ámbito biologicista se buscó explicar y corregir todos aquellos comportamientos e individuos que transgredieran o se opusieran al orden “natural” establecido. Con base en la teoría darwinista, se estableció el evolucionismo social que imperó durante la segunda mitad del siglo XIX, cuyo propósito era eliminar la condición indígena en aras de mejorar la raza que habría de conformar la población de la nación mexicana. Todos los discursos científicos de la época pasaban por el tamiz de la eugenesia; algunos, como el de Gagern, eran de una violencia abierta franca y directa, mientras que otros, como los de Romero y Riva Palacio, hablaban de una extinción velada, oculta, casi mesiánica. Se pensaba que era una raza cuyos hábitos, costumbres y cosmovisión de la vida había que desaparecer por la vía pacífica a través del mestizaje, o por vía del exterminio.¹¹⁰

Desde esta perspectiva se pueden explicar las tensiones surgidas entre las prácticas de curación de la medicina tradicional ejercidas por curanderos, parteras y hierberas, y la medicina científica practicada por la comunidad médica. Como parte de las políticas de salud pública impulsadas por el Estado porfirista, se planteó la vigilancia eficaz de la salud de la nación, la cual sólo podía ser administrada por los médicos, así como la integración y normalización de las prácticas y la enseñanza médica que fueron supeditadas a un órgano estatal como la universidad. Tales medidas excluyeron de

liberales enfrentaron con singular rudeza la resistencia indígena. El propio Benito Juárez, siendo gobernador de su estado, ordena la persecución de sus paisanos zapotecas sublevados que habían invadido las salinas del Istmo oaxaqueño. Desde el inicio de su mandato gubernamental, Juárez define su actitud ante las comunidades indias al señalar, ante el Soberano Congreso de Oaxaca en 1848, la "tendencia que generalmente se observa en los pueblos de sustraerse a las obligaciones que las leyes les imponen", como uno de "los incesantes conatos de los enemigos de la paz pública para disolver al Estado en los horrores de la anarquía". Posteriormente Porfirio Díaz (oaxaqueño de ascendencia mixteca), ordena las campañas de exterminio contra mayas, otomíes y yaquis. Una de las más nocivas consecuencias de las leyes de desamortización y del artículo 27 de la Constitución de 1857, fue la interpretación de que quedaban extinguidas las comunidades indígenas, privándolas de su personalidad jurídica. Véase: Félix Báez- Jorge, “Racismo y etnocentrismo en el pensamiento político del Porfiriato y la Revolución Mexicana (apuntes para el memorial del etnocidio)”, en *Sotavento*, México, Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales, Universidad Veracruzana, vol. 1, núm. 1, 1997, pp. 39-40.

¹¹⁰ Oliva López Sánchez, “La mirada médica y la mujer indígena en el siglo XIX”, en *Ciencias*, Revista de cultura científica de la facultad de ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México, octubre 2000-marzo 2001, núm. 60-61, p. 45.

la práctica curativa al grupo de sanadores tradicionales, cuya condición social y étnica se consideraba representaba la degeneración de la raza y la nación¹¹¹; de tal modo que su permanencia, poder y autoridad en el campo de la salud significaba la permanencia del ya caduco sistema político, económico y social colonial, el cual ya no concordaba con los principios reformistas y científicos de la nueva nación mexicana, cuyos únicos ciudadanos jurídicamente legítimos y dignos debían ser varones, blancos, mestizos, educados y limpios.

La doble inferioridad: ser indígena y mujer

No sólo la raza indígena no tenía cabida jurídica en el concepto liberal de ciudadanía, lo mismo sucedió con las mujeres, quienes de acuerdo a su “natural” estado biológico de inferioridad, fueron excluidas de dicha categoría. Con base en las ideas postuladas por la teoría darwinista que dominaba el discurso hegemónico del siglo XIX, se dio cuenta del origen de la multiplicidad de especies animales y también desde esa mirada surgió la necesidad de explicar sus diferencias sexuales. Una vez que se subraya la importancia fundamental que tenía la existencia de los dos sexos, se postula el mecanismo independiente de la “selección natural” mediante el cual los machos mejor adaptados tenían éxito en conquistar a las hembras. Se afirmaba que el ancestro del reino de los vertebrados era andrógino, pero progresivamente, y por medio de la división del trabajo y la especialización de funciones, los organismos desarrollaban estructuras corporales muy variadas y algunos de ellos cualidades mentales

¹¹¹ Para probar la hipótesis de la degeneración (no sólo de la raza indígena sino de todos los desheredados), ciertos médicos del siglo XIX recurrieron a la clínica, a la historia de la medicina, a la antropología médica, a la higiene, a la psiquiatría y a la geografía médica. Dichas posturas se pueden encontrar en innumerables artículos expuestos en las principales revistas médicas de la época. La base de la argumentación sobre la constitución degenerativa de las clases indígenas, se desarrolló en torno a sus costumbres y formas de vida. Supuestamente, males como la embriaguez, su alimentación deficiente, la miseria en la que vivían, el hacinamiento de personas y animales, su ingreso temprano a la sexualidad, el incesto, el descuido de sus hijos durante el embarazo, la crianza inadecuada de los recién nacidos, etcétera, serían heredados por sus hijos hasta la cuarta generación. A pesar de que la Sociedad Mexicana de Eugenesia no se constituyó hasta la década de 1930, muchos políticos y médicos del siglo XIX sostuvieron las ideas eugenésicas, tratando de influir con ellas las políticas públicas. Su principal planteamiento era impedir que retrasados mentales, criminales, enfermos se reprodujeran, por lo que buscaban prohibir el matrimonio entre estos individuos, llegándose a mencionar la posibilidad de la esterilización. Véase: Ana María Carrillo, *op. cit.*, 2000-2001, pp. 64-70.

que les proporcionaban ventajas reproductivas sobre otros individuos del mismo sexo. Al afirmar que la masa encefálica y la estructura craneal de las mujeres era más pequeña que la de los varones, en consecuencia se consideró que su inteligencia era inferior.

Junto a esto, la insensibilidad física de las mujeres fue otro aspecto tratado por César Lombroso, un médico italiano que narraba en sus reportes la gran cantidad de experimentos que se habían realizado a fin de comprobar científicamente esa supuesta inferioridad. En este sentido, se supra valoraban los caracteres sexuales masculinos pues su capacidad de adaptación “estaba más desarrollada”, principio fundamental para la supervivencia de la especie. El hombre había llegado, a través del mecanismo de selección sexual, a ser “superior” que la mujer en términos de fortaleza agresividad y poderes mentales,¹¹² de ahí que, con base en la teoría de la evolución, las mujeres fueran colocadas en un nivel inferior, ya que se creía que la fisiología de sus órganos reproductivos constituía la clave para entender la totalidad de las características físicas, mentales y morales que tenían. A partir de tales postulados “científicos”, el discurso médico y social de la época presentaba jerarquías que desvalorizaban a las mujeres, especialmente en términos de relaciones de dominio y poder, a quienes se les reducía al campo de los afectos sin más fin que el servir y agradar a los demás, y en su única “función natural” como madre y esposa.

Dicha función se explicó desde la particularidad de uno de sus órganos: la matriz, a partir de la cual se estableció y el valor personal de las mujeres y valor colectivo de su género, así como su función primordial como entes reproductores y como seres a nivel fisiológico y psicológico enfermizos y vulnerables. En consecuencia, no sólo había que acabar con la medicina doméstica tradicional de origen indígena, sino que con mayor razón era imprescindible eliminar la costumbre del pueblo de ser atendido por el grupo de sanadoras: comadronas, curanderas, nodrizas y hierberas, mujeres a quienes la

¹¹² María Concepción Pérez Sedeño, *Valores cognitivos y contextuales en periodo de ciencia normal. La medicina del siglo XX*, (Inédita), 2003, p. 68.

nueva hegemonía médica calificaba de ignorantes en todo lo concerniente a la medicina moderna, cuyos consejos y técnicas terapéuticas, basadas en supersticiones y brujerías, “lejos de hacer un bien a la salud de la nación, sólo causaban más muertes entre la población”.

El discurso médico científico, al estar influenciado por el modelo ideológico de clase, raza y género imperante, era una ventana del contexto socio-cultural del México de finales del siglo XIX y principios del XX y del complejo papel que las mujeres jugaron en la sociedad, quienes vivieron la exclusión/inclusión en una serie de actividades relacionadas al cuidado de la salud, a partir de su condición social sexual, racial y de clase. Como señala Josep. A. Rodríguez, la salud como instrumento de poder tiene como función el mantenimiento de la estructura social dominante y la estabilidad del orden social.¹¹³ De ahí la búsqueda por parte de la comunidad médica de subordinar y excluir a las mujeres de su antiguo poder y saber en las prácticas de sanidad, quienes vinieron a usurpar un terreno de saberes que ancestralmente habían sido exclusivos de las mujeres, y ahora quedaban bajo el control de los médicos varones, en condiciones de desigualdad, dependencia y supeditación a éstos.

La institucionalización de esta medicina como una estrategia biopolítica, que implicaba la reorganización de la atención a las personas enfermas y del saber médico, el cual ya para el siglo XIX sería normalizado y puesto en manos exclusivas de la comunidad médica profesional, se da a la tarea de crear una serie de políticas de asistencia social en las que fueron incluidas aquellas clases menesterosas –vagos, viudas, enfermos físicos y mentales, niños abandonados, madres solteras-; con la idea de asegurar una numerosa clase trabajadora sana, fuerte y generadora de riqueza, a quienes podría incorporar al proceso de producción industrial, dejando a su vez de ser una carga económica y social. No obstante, ello significaba atenderles al menos medianamente la salud, para que soportaran las

¹¹³ Josep A. Rodríguez y Jesús María de Miguel, *Salud y poder*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección monografías 112, 1990.

largas jornadas laborales a las que serían sometidos, así como educarlos y capacitarlos, -si era posible desde su niñez-, para una vida de trabajo. Lo anterior requería una legislación y una infraestructura administrativa que permitiera al Estado el total control de las funciones educativas y de beneficencia social que anteriormente habían estado en manos de las corporaciones eclesiásticas, quienes por muchos años se hicieron cargo de la administración, organización y sustento de los hospitales públicos, pero ante la secularización de los hospitales y Establecimientos de Beneficencia emanadas de las leyes de Reforma, se les arrebataría junto con su expulsión del país.

Poder y saber popular

Una vez definido el poder y saber hegemónicos ejercidos por la profesión médica, es necesario precisar la definición que éstas tienen con los saberes populares ejercidos por el grupo de mujeres y hombres conocidos como curanderos. El poder ejercido por este grupo de sanadores fue adquirido por derecho propio, esto es, ganado y legitimizado por su misma comunidad, al haber recibido los beneficios de su práctica curativa.

El adjetivo "popular" proviene de la palabra "pueblo", de tal modo que remite a una serie de conocimientos y saberes emanados directamente del pueblo, de los sectores subalternos de la estructura social, particularmente indígenas, y de conocimientos comunes domésticos, que al ser locales o regionales, son considerados inferiores en relación al conocimiento científico "universal". Este saber popular, en tanto "saber", constituye un proceso de producción de signos y símbolos, de significados y sentidos, de interpretaciones y semantizaciones, de connotaciones y denotaciones, que están sujetos a las dinámicas y contradicciones del sistema de producción económico-social imperante; de ahí que pueda ser desvalorizado o manipulado por los sectores hegemónicos, y tenga que enfrentarse a la deslegitimización para su sobrevivencia. Esta disputa le confiere al saber popular una dimensión más amplia, pues deja de ser una mera representación del pensamiento para convertirse en

una práctica y en un acto de reivindicación, cuyo saber popular responde a los intereses de los sectores que lo producen y a una necesidad histórica de supervivencia, a través algunas veces de la adaptación, la innovación y hasta la apropiación, y en otros casos de una clara resistencia en contra del sometimiento y control de los saberes hegemónicos .¹¹⁴

A pesar del predominio de esta visión dicotómica¹¹⁵ y de oposición entre ambos sistemas médicos, lo científico y oficial, en contraposición a lo tradicional o “ilegítimo”, que llevó a la expansión de las prácticas médicas hegemónicas sobre la de una medicina doméstica y tradicional, que concluiría a finales de siglo XIX y principios del XX con el desplazamiento de los saberes populares¹¹⁶; es imprescindible resaltar que antes de este proceso de exclusión, las mujeres dedicadas al cuidado de la salud de su comunidad, tenían no sólo el reconocimiento y respeto de la población a quienes atendían, sino que sus saberes les proporcionaron de cierto poder y autoridad en áreas de la vida privada como la salud reproductiva, la anticoncepción y la sexualidad femenina, los cuidados y consejos prenatales durante el posparto, y en los cuidados de los recién nacidos, lo que nos permite dilucidar la existencia de lo femenino y su capacidad de poder y saber en estas áreas. De ahí que la figura de la sanadora fuera reconocida y valorada por sus pares, ante el dominio de un saber en torno al cuidado y saneamiento del cuerpo físico y espiritual. Éstas asumían diferentes papeles en las comunidades en que vivían en la atención de quienes enfermaban como: consejeras morales y espirituales, terapeutas y

¹¹⁴ Samuel Guerra Bravo, “Problemas epistemológicos en el estudio del saber popular”, en Vladimir Serrano, Ruth Gordillo, Samuel Guerra, (et. al.), *Ciencia Andina*, Ecuador, Ediciones Abya- Yala, segunda edición, p. 60.

¹¹⁵ Es importante aclarar que esta visión dicotómica entre lo bárbaro e incivilizado, lo científico y tradicional, en la práctica no fue tan rígida, pues algunos médicos valoraron enormemente el saber médico tradicional, principalmente aquel basado en el uso de hierbas y raíces. Tal fue el caso del médico Manuel Altamirano. Véase: Fernando Altamirano, “Algunas observaciones sobre las plantas medicinales indígenas, Cascalote y Lentejilla”, en *Academia Nacional de Medicina*, tomo 17, 1882, p. 49. Manuel María Villada, “Apuntes acerca de especies indígenas de la familia de los helechos empleadas en la medicina”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XXXII, núm. 51, 1895, p. 355. *Ibid.*, p. 329.

¹¹⁶ Parte del proceso de desconocimiento, desprecio y hostilidad ante la medicina tradicional y sus sanadores, es el resultado del etnocentrismo de nuestra cultura. A pesar de que la medicina doméstica e indígena fue calificada como supersticiosa e ignorante, en tanto que ésta se movía en una atmósfera de sobrenaturalidad de la magia y la religión, no significa que no fuera efectiva, pues se basó en conocimientos del cultivo de la herbolaria medicinal, así como conocimientos de animales y minerales para fines curativos, y en el conocimiento de las distintas partes del cuerpo humano. Para un estudio más detallado sobre el tema se encuentra el trabajo de María del Carmen Anzures y Bolaños, *La medicina tradicional en México. Procesos históricos, sincretismo y conflictos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1983.

amigas de las familias que necesitaban sus servicios. A partir de dichas prácticas y saberes, planteo la importancia de escribir una historia que visibilice la labor de las mujeres sanadoras como sujetos de poder y autoridad en el cuidado y atención de las y los enfermos.

Género, clase y raza en el discurso médico científico

A través de la categoría analítica de género, se pretenden estudiar las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos,¹¹⁷ en sus dimensiones simbólico-culturales, normativas e institucionales, lo que inevitablemente nos lleva a observar otras categorías de diferenciación que se traducen en desigualdad, tales como “raza” y “clase”, las cuales se han utilizado por la visión hegemónica para legitimar y consolidar la desigualdad social y política a través de una serie de postulados basados en el determinismo biológico, que tiene como objetivo “naturalizar”, las desigualdades sociales.

Sabemos que género, clase y raza son constructos culturales constitutivos de la desigualdad social, que están interconectados con los procesos históricos de dominación y subordinación y que obedecen a sistemas políticos, económicos y sociales específicos;¹¹⁸ los cuales son legitimados por una serie de instituciones políticas, cuyas redes de poder y dominación tienen como finalidad contribuir en la construcción y co-edificación de dichos conceptos en la sociedad. Tal fue el caso de la medicina científica, que a partir de una serie de presupuestos biologists, justificó la inferioridad y subordinación de ciertos individuos en relación a su género, clase y raza.

De lo anterior se deriva la relevancia de examinar el inmenso poder que ejerció la ciencia médica institucionalizada, a través de sus definiciones de salud y enfermedad, y sus efectos diferenciales y discriminatorios para determinados grupos de la población según sexo, clase y etnia.

Respecto a las

¹¹⁷ Joan Wallach Scott, *Género e Historia*, México, Fondo de Cultura Económica. Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2008, p. 65.

¹¹⁸ María J. Rodríguez – Shadow, “Interacciones de raza, clase y género en Nuevo México”, en *Política y Cultura*, número 14, 2000, p. 116.

mujeres, por ejemplo, el conocimiento médico científico androcéntrico ha jugado una función de control y dominación sobre sus cuerpos y comportamientos, basándose en su definición de que se trata de seres biológicamente enfermizos e inferiores. Esto nos conduce necesariamente a relacionar y estudiar la institución médica y su praxis con la reproducción y mantenimiento de un sistema social de control y regulación social y de género.

En torno a la pretendida superioridad de unas razas¹¹⁹ sobre otras (europea), el discurso médico occidental creó una serie de postulados científico-racistas en la que se planteó la existencia de algunos grupos humanos irracionales, inferiores, antiestéticos y tendientes a ciertas patologías. Este racismo científico, basado en una serie de teorías sobre la degeneración mental y social, tuvo una gran influencia en los médicos psiquiatras, criminólogos, antropólogos y abogados hasta principios del siglo XX, tanto en Europa como en nuestro país, de ahí que la literatura médica de la época presentó numerosos artículos en los que se discutía la manera no sólo de aislar, sino de exterminar a aquellos grupos que, con base en la medicina científica, eran vistos como verdaderos microbios del cuerpo social.¹²⁰

Del mismo modo, era necesario legitimar la diferencia de clase, existente en un sistema social altamente estructurado y jerarquizado en relación con los medios de producción y distribución de la riqueza. Las elites porfirianas consideraron que no era posible formar una nueva organización social y

¹¹⁹ Las ideas acerca de la desigualdad racial que habían sido planteadas por los poligenistas fueron reforzadas por los racionólogos de la última parte del siglo XIX a través de algunos elementos extraídos del darwinismo. Esta corriente permitió considerar a las razas como producto de un desarrollo en el tiempo, lo cual estableció vínculos genéticos entre una raza y sus manifestaciones precedentes. La idea de que existía una escala evolutiva en el que las razas ocupaban lugares jerárquicos también fue bien recibida en México, y que junto a la influencia de las ideas de la desigualdad de las razas de Gobineau y de Paul Anton de Lagarde, a fines del siglo XIX adquirió gran influencia en toda Europa. Se trataba de un sistema de ideas que emplea teorías discriminatorias sobre la etnicidad para legitimar el sojuzgamiento imperial de la periferia y justificar el trabajo forzado de las razas subalternas, principalmente de aquellas razas de color: negros, amarillos y cobrizos. Bajo estas teorías se justificaba la racialización de las relaciones laborales y otros desfiguros de la modernidad. Las cuales fueron bien recibidas por las oligarquías blancas -o talqueadas- de la periferia, los administradores locales de las potencias de ultramar. Surge así la imagería del imperialismo, el sistema simbólico de la colonización; un orden de ideas con pretensiones de científicidad que somatiza las relaciones sociales, y que epidermiza la explotación. Véase: Armando Bartra, "Teoría y práctica del racismo. Plantaciones y monterías en el porfiriato". Beatriz Urías Horcasitas, "Medir y civilizar", en *Revista Ciencias*, Universidad Nacional Autónoma de México, núm. 60-61, octubre 2000-marzo, 2001.

¹²⁰ *Revista Mexicana de Educación*, "Mejoramiento de la raza", *La Escuela de Medicina*, tomo XXVII, núm. 16, agosto de 1912, pp. 383-384.

política si una parte mayoritaria de la población se encontraba inmersa en la pobreza, la ignorancia y el atraso, por lo que establecieron un constante y cuidadoso análisis —a la vez empírico y científico— sobre la vida cotidiana de la plebe capitalina, ante el compromiso de formar de una raza vigorosa y hacer surgir una nueva sociedad física y moralmente *regenerada*,¹²¹ y la creación de un tipo de ciudadanía basada en el ideal burgués de familia culta, blanca y sana.

Dentro de este marco explicativo, se buscó legitimar la jerarquización social del nuevo Estado *naturalizando*, desde postulados científicos, la estructura dicotómica de esa sociedad, dividida entre hombres y mujeres, ricos y pobres, aptos y no aptos, cuya finalidad era perpetuar el *status quo*.

Significado socio-cultural de los cuidados

Las mujeres han sido sanadoras desde tiempos inmemoriales. Fueron las médicas y anatomistas pioneras de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, otras han sido comadronas que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos muchas mujeres fueron médicas sin título, excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas.¹²²

Es un hecho que éstas han ejercido un papel primordial como sanadoras autónomas, cuyos cuidados fueron muchas veces la única atención médica al alcance de los pobres y de otras mujeres. Ello les ha dotado de experiencia y conocimiento para explorar, reconocer y entender las dolencias físicas y emocionales que aquejan al cuerpo enfermo. Éste trabajo ha sido entendido de manera reduccionista a partir del significado cultural que se le ha dado a los cuidados a lo largo de la historia, al concebirles como una labor vinculada a las mujeres, fruto “natural” de una determinada división de trabajo. Y si la

¹²¹ Beatriz Urías Horcasitas, “Medir y civilizar”, *Ciencias*, núms. 60-61, octubre-marzo, 2000-2001, 2004, p. 38.

¹²² Bárbara Ehrenreich, *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*, Barcelona, La Sal, 1984, p. 6.

salud ha sido entendida como parte del mantenimiento de la vida, y las mujeres como las dadoras de esta, y ante su constitución procreadora han sido dotadas de los elementos sensitivos, emocionales e instintivos para otorgar cuidados básicos, encaminados a conseguir bienestar, higiene y una alimentación adecuada a los hijos y demás miembros de su familia y comunidad.¹²³

Además desde una visión religiosa aún imperante en el siglo XIX, la salud y la enfermedad son vistos como designios de Dios, por lo que la atención y asistencia a la persona enferma, adquiere un fin caritativo, que se centraba en la oración y en los consejos morales. Quienes se entregaban a tan noble misión, no hacían más que mostrar un correcto comportamiento cristiano; por ello, el cuidado de los enfermos en esta etapa era calificado por los estudiosos del tema como de tipo doméstico, al ser practicado por las madres, abuelas, curanderas.

Ésta conceptualización de los cuidados ha limitado el uso del término como categoría analítica, y con ello su visibilidad y valor a nivel económico, político y social, el cual como se muestra en esta investigación, trascendió la frontera de las esfera privada y/o doméstica, que junto al análisis de las distintas prácticas de los cuidados, se muestra que exigía un saber especializado por las y los individuos que se dedicaban a ello. Visión que nos permitió entender el trabajo de los cuidados trabajo más allá de una tarea de tipo asistencial, pues comadronas, curanderas, nodrizas, enfermeras, recibieron una paga a su trabajo, mostrando que tuvieron un valor productivo y monetario;¹²⁴ el cual al

¹²³ Kalinsky, B, Arrue, W, y Rossi, D, *La salud y los caminos de la participación social marcas institucionales e históricas*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 6ª edición, 1993.

¹²⁴ La propuesta de deconstrucción de los conceptos de los cuidados ha ido acompañado por una serie de debates por parte de antropólogas y sociólogas feministas que en los años 70's propusieron la noción de "economía del cuidado", que desde una visión marxista criticaron duramente la falta de valor monetario del trabajo doméstico ante la lógica de un capitalismo y una división sexual del trabajo que descansa en una relación de explotación entre una clase privilegiada (los maridos), y una clase subordinada (las amas de casa). A pesar del poco peso que hoy tiene ésta crítica, a partir de tales propuestas, un grupo de feministas italianas en los años 90's retomaron el concepto de "economía de los cuidados", al plantear que el trabajo de los cuidados, requiere ser visto desde dimensiones más amplias, en tanto que incluye áreas como: la salud, la educación, alimentación, vestimenta, limpieza, que en su conjunto otorgan bienestar social que a su vez contribuye al desarrollo de cualquier país. Véase: Nancy Folbre, "Medir los cuidados: género, empoderamiento y la economía de los cuidados", en Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns (eds.), *El trabajo de los cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Libros de la Catarata, 2011.

seguir siendo parte de un sistema patriarcal, sexista y clasista, no ha sido aún valorado social y económicamente de manera equitativa.

Mostrare que a pesar de que las comadronas, nodrizas y curanderas carecían de una preparación académica, o conocimientos técnicos especializados, sí tuvieron un gran reconocimiento, autoridad y superioridad moral en el ámbito de la salud y la enfermedad; tal vez legitimadas en esta visión de los cuidados como actividad propia de las mujeres, que a lo largo de la historia, le han erigido como la cuidadora natural, empírica, y pragmática de los cuidados, principalmente los correspondientes al parto y los cuidados perinatales. Autoridad que perduraría aún posteriormente a la entrada de la medicina científica institucionalizada a finales del siglo XIX y principios del XX. Mostrándonos cómo estos vínculos biológicos, han mantenido el significado socio-cultural de los cuidados como labor “natural” de las mujeres hasta el nuestros días.¹²⁵

¹²⁵ Para Rosa María Osorio Carranza, esta supuesta “naturalización” de los cuidados, vista como un fenómeno inherente a la función materna, debe ser entendido como un constructo sociocultural asignado a las mujeres en la división sexual del trabajo. En su libro *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, Instituto Nacional Indigenista, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2001, analiza los saberes y las prácticas maternas en materia de salud infantil, en el contexto de una pequeña localidad del municipio de Huixquilucan, Estado de México. Allí, la mujer/madre es la que detecta los primeros signos de alarma, diagnostica, cuida, identifica la gravedad de cada caso y canaliza al enfermo, aplica los tratamientos, cuida la alimentación y toma medidas de prevención.

Capítulo II

Las mujeres y el cuidado de la salud pública en el proceso de reconstrucción del Estado-Nación porfirista (1876-1910)

Es una tarea fundamental mostrar el papel protagónico ejercido por las mujeres en el trabajo sanitario y de asistencia social durante el periodo de reconstrucción del Estado-nación moderno; y de manera particular la labor que ejercieron de forma institucionalizada y desde la Beneficencia Pública: parteras, nodrizas y enfermeras, cuyo pequeño grupo, pero no por ello menos significativo, contribuyó a las necesidades de atención y cuidado de la salud pública de un país asolado por la pobreza, las epidemias, la desnutrición, la vagancia, el crimen y numerosas enfermedades físicas y sociales que dificultaban aún más la labor de reconstrucción de la nación. Ante tales problemáticas, el gobierno liberal dirigió algunas de sus políticas reformistas al mejoramiento de la salud pública. En este proceso las mujeres se convirtieron en una pieza clave en el cuidado y atención de un país insalubre y enfermo. Es por ello que busco resaltar el valor y protagonismo social de parteras, nodrizas y enfermeras como cuidadoras de la salud de la nación y de los futuros ciudadanos, en un contexto en el que la política del Estado nación liberal de “gobernar es poblar” era prioritaria en su proceso de consolidación.

La labor ejercida por las mujeres en el campo de la asistencia social y sanitaria es una clara muestra de que no todas se sometieron a los estereotipos dominantes de feminidad pasiva y doméstica, sino que muchas fueron sujetos activos, cuya participación en la vida pública y nacional ha sido ignorada a lo largo de la historia. Además, muchas de ellas a través de su labor profesional como obstetras y enfermeras lograron acceder a un proyecto de vida distinto al del constreñido espacio del hogar y la familia; logrando acceder a espacios que anteriormente habían sido exclusivos del género masculino; como lo fue su ingreso a la Escuela de Medicina y la obtención de un título profesional.

También analizo el proceso de profesionalización de las actividades médico-sanitarias del siglo XIX, y la manera en que éstas se fueron construyendo como identidades profesionales sexuadas lo que llevaría a una serie de cambios en la organización y práctica de dichas actividades, en el que parteras, nodrizas y enfermeras fueron si no excluidas en su totalidad, sí subordinadas a la figura y autoridad del médico científico –varón-; ocasionando una confrontación por adueñarse de los espacios de acción, poder y saber entre estas mujeres, quienes ancestralmente habían ocupado un lugar protagónico en los cuidados de la salud, y los médicos, cuya preparación profesional y estatus político-social¹²⁶ los legitimó como únicos representantes de la medicina científica hegemónica. Con esto se estableció una nueva división sexual del trabajo sanitario, basado en un complejo enfrentamiento de clase y género, ejercido por el modelo médico sanitario occidentalista eminentemente androcéntrico.

Panorama socio-sanitario en el porfiriato.

Tras conseguir la independencia de México en las primeras décadas del siglo XIX, el país iniciaría el complicado proceso de formación de Estado nación, dejando atrás la era de la Independencia y dándole la bienvenida a la de la “Civilización”. Con el triunfo de los liberales, el diseño y reconstrucción de la nación quedó en manos de los intelectuales, principalmente médicos y abogados, quienes propusieron, en el orden político, la práctica de la constitución liberal de 1857, la pacificación del país y el fortalecimiento de la hacienda pública; en el orden social, la inmigración y las libertades de asociación y trabajo; en el orden económico, la construcción de caminos, la atracción de capital extranjero para la inversión de empresas, particularmente de manufactura; en el orden cultural, la libertad de prensa, la educación y el exterminio de lo indígena, entre otros cambios. Se exaltaban las condiciones geográficas y climatológicas del país, cuya tierra fértil y nutriente era capaz de albergar a los

¹²⁶ En torno al papel de los médicos y la medicina como estructura de poder durante finales del siglo XIX, Véase: Ana Cecilia Rodríguez, “Los médicos como gremio de poder en el Porfiriato”, en *Boletín Mexicano de historia y Filosofía de la Medicina*, México, núm. 5, vol. 2, 2002, pp. 4-9.

inmigrantes con deseos de engrosar la población y contribuir, con su trabajo en la industria, al desarrollo económico de México. El progreso no se podía dissociar de un crecimiento poblacional saludable capaz de incorporarse a los mercados de trabajo que llevarían a la nación a ocupar un lugar en el mercado mundial.¹²⁷

No obstante, México había sido víctima de guerras, hambre, enfermedades, muerte, desabasto, robos, violaciones, migraciones forzadas y voluntarias tras la guerra de independencia,¹²⁸ y para el periodo porfirista, las condiciones de salud no habían mejorado, a pesar de los esfuerzos de los gobiernos liberales, quienes habían creado el Consejo Nacional de Salubridad Pública y el Código Sanitario de 1891¹²⁹, reformado en 1894 y 1902.¹³⁰ El país seguía asolado por una serie de enfermedades como: la fiebre tifoidea, tifo exantemático, paludismo, viruela, sarampión, escarlatina, tosferina, difteria, cólera asiático, diarrea y enteritis, disentería, fiebre amarilla, tuberculosis, bronquitis, neumonía, pleuresía y bronconeumonía; los cuales eran causantes de una gran morbilidad en toda la República y de aproximadamente el 58% del total de las defunciones; además en algunos Estados alcanzaron una proporción más elevada: México (78%), Morelos (75%), Tlaxcala (74%),

¹²⁷ Oliva López Sánchez, *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*, México, Plaza y Valdés Editores, 1998, pp. 39-41.

¹²⁸ Elsa Malvido, *La población siglos XVI al XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial Océano, 2006, p. 191.

¹²⁹ Según el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1891, la administración sanitaria Federal comprendía los siguientes servicios: Título 1: Sanidad marítima, capítulo 1: puertos, capítulo 2: Lazaretos; Título 2: Sanidad en poblaciones fronterizas; Título 3: sanidad en los Estados, Título 4: Estadística médica. Para todos estos servicios se contaba con el Consejo de Salubridad conformado por: cinco médicos higienistas civiles, un ídem militar, un abogado, un médico veterinario, un farmacéutico y un ingeniero. En lo correspondiente a la administración sanitaria en la ciudad de México, comprendió los siguientes capítulos: 1. Habitaciones y escuelas. 2. Alimentos y bebidas. 3. Templos, teatros y otros lugares de reunión. 4. Higiene en el interior de las fábricas. 5. Fábricas, industrias, depósitos y demás establecimientos peligrosos e incómodos. 6. Venta de medicinas y otras sustancias de uso industrial en boticas, droguerías y otros establecimientos análogos, 7. Ejercicio de la medicina en sus diferentes ramos. 8. Inhumaciones, exhumaciones y traslación de cadáveres. 9. Enfermedades infecciosas y contagiosas. 10. Epizootias, y policía sanitaria con relación á animales. 11. Ordeñas, mataderos, carnes de fuera de la capital. 12. Mercados. 13. Basureros. 14. Obras públicas que afectan á la higiene. Véase: "Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos", en *La medicina científica*, Tomo IV, núm. 16, 1891, pp. 241-242.

¹²⁹ Elsa Malvido, *La población siglos XVI al XX, op. cit.*, p. 191.

¹³⁰ Ana María Carrillo, *op. cit.*, 2002, pp. 69-70.

Oaxaca (74%), por mencionar algunos ejemplos.¹³¹ Aun para finales del siglo XIX, la viruela seguía afectando a numerosos estados de la República. A pesar de que su entrada al continente se remontaba al siglo XVI y de haber sido una de las epidemias más catastróficas que diezmó de manera considerable a la población indígena¹³²; para este periodo continuaba siendo una enfermedad poco controlable, aunque la aparición de la vacuna se dio en 1848, cuya aplicación no resultó nada fácil ante la inestabilidad de un país lacerado por las guerras de independencia, de Reforma y las intervenciones extranjeras. El gobierno, a través del Código Sanitario de 1891, aconsejaba vacunar a las niñas y los niños desde los cuatro meses de edad, pero gran parte de la población se rehusaba a recibirla, por ello en 1903 las autoridades sanitarias hicieron obligatoria su aplicación¹³³ pero los resultados no fueron satisfactorios.¹³⁴

En 1889 un brote epidémico de viruela que se prolongó más de un año, afectó a todo el país y causó cerca de cuarenta mil muertes, lo que a su vez representó un obstáculo para el comercio internacional, ante las medidas impuestas a México por otros países para proteger sus fronteras.¹³⁵ Otro ejemplo de las consecuencias económicas que representaban estas enfermedades fue la peste bubónica que atacó en 1902 al entonces territorio de Baja California y al puerto de Mazatlán, que era el principal

¹³¹ Moisés González Navarro, “La Vida Social”, en Daniel Cosío Villegas, *Historia Moderna de México*, México, Editorial Hermes, tercera edición, 1973, pp. 55-56.

¹³² La introducción de la viruela entre los mexicas se considera como un evento fundamental de la conquista de México. De la misma manera se le atribuye, junto con el sarampión y el tifo, la desaparición masiva de la población de la Nueva España durante el siglo XVI. La importante influencia demográfica de estas epidemias resulta evidente en el primer censo realizado en 1777 por el Conde de Revillagigedo. En este censo se demostró que la población había disminuido por lo menos ocho millones desde que se inició la conquista. Véase: “Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 14, núm. 3, mayo/junio, México, 2004.

¹³³ *Ibid.*, p. 323.

¹³⁴ Dicha obligatoriedad fue más teórica que práctica, pues sería hasta 1926 cuando por Decreto Presidencial se haría obligatoria la vacuna. Un ejemplo de la resistencia ejercida por parte de la población a algunas de las políticas sanitarias impuesta por los gobiernos, puede leerse en el trabajo de Claudia Agostoni, “Historia de un escándalo. Campañas y resistencias contra la difteria y la escarlatina en la ciudad de México, 1926-1927”, en Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008. Su análisis se centra en la campaña obligatoria gestionada por el gobierno de Plutarco Elías Calles contra la propagación de la escarlatina y la difteria, dirigida a la población infantil, la cual es rechazada por los padres de familia, al negarse rotundamente a aceptar la aplicación obligatoria de las pruebas y vacunas contra la difteria y la escarlatina en sus hijos, argumentando que dicha acción era arbitraria y abusiva.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 72.

del estado de Sinaloa y representaba la más importante fuente de ingresos para el erario público. Ante la peste, el reglamento del Consejo Superior de Salubridad, con base en su artículo I párrafo 11, impuso una serie de cuarentenas marítimas o terrestres, conforme a los artículos 19 y 32 del Código Sanitario de 1891, como medida protectora.¹³⁶

Del mismo modo, la tuberculosis era una enfermedad que preocupaba de manera particular al Estado, pues paralizaba importantes sectores como el servicio en el ejército, a comerciantes e industriales, así como a los trabajadores urbanos, pues el mayor número de fallecimientos por las diferentes afecciones tuberculosas ocurrían en varones de entre los treinta y los cincuenta años de edad, es decir en la etapa productiva de la vida. Además estaban las distintas enfermedades venéreas, como la sífilis, que estaba muy extendida entre personas de todas las edades, clases sociales y sexos, y que eran más frecuentes en los hombres;¹³⁷ quienes no pocas veces contagiaban a sus esposas, y como consecuencia las y los hijos heredaban la enfermedad, siendo ésta una de las causas de aborto y malformaciones, como se observa en el siguiente artículo médico:

Se deduce de recientes investigaciones que la sífilis puede constituir, por sus consecuencias hereditarias, una causa de degeneración, de alteración del organismo para la especie, dando nacimiento a seres inferiores, decadentes, distróficos, menguados físicamente antes de nacer, en el estado de abortos, para quedarse pequeños, desmirriados [...], volviéndose después raquíticos, [...] o bien, naciendo con variadísimas distrofias, que no son más que consecuencia de la falta de desarrollo (labio leporino, pie contrahecho, deformaciones del cráneo, ó de los miembros, sordo-mudez, infantilismo testicular, etc.); ó psíquicamente menguados, constituyendo entonces, según el grado de descenso intelectual, los atrasados, los simples, los desequilibrados, imbeciles, idiotas. Puede la sífilis, hacer nacer monstruos, es decir, producir deformaciones extremas, por detención completa del desarrollo.¹³⁸

¹³⁶ “Reglamento del Consejo Superior de Salubridad”, en *La medicina científica*, tomo V, núm. 8, 1982, pp. 117-118.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 77.

¹³⁸ “Para nuestros hijos cuando tengas diez y ocho años. Consejo de un médico”, en *La Escuela de Medicina*, tomo XVIII, núm. 16, 1903, p. 374.

Todas estas enfermedades afectaban de manera considerable a la población más vulnerable: a las mujeres embarazadas y a sus recién nacidos. La mortalidad de infantes menores de 5 años en la capital de la ciudad era alarmante según las estadísticas médicas:

Durante el año de 1892, sobre un total de 1,477 defunciones, 343 han sido de niños menores de cinco años; y durante el año de 1893, sobre 1,400 defunciones, 363 fueron de niños de la edad indicada [...] Respecto de los nacimientos, vemos que durante el año de 1892 se inscribieron en la Oficina del Registro Civil 728 contra 343 defunciones de niños menores de 5 años, y durante el año de 1893 se registraron 673 nacimientos y 363 defunciones; lo que produce la enorme proporción de 48,48 defunciones por cada 100 nacimientos durante el primer año, y de 53,89 por ciento durante el segundo año.¹³⁹

Éste artículo escrito por el médico Manuel. S. Iglesias, señala entre las principales enfermedades causantes de muertes en infantes: la mala alimentación que recibían, pues muchos de ellos eran destetados de manera prematura, o en su defecto, se les suministraba alimentos que su estómago aún no podían digerir; el segundo factor de mortandad lo ocupaban los niños que no lograban sobrevivir en la labor de parto –ante las malas condiciones higiénicas y de salud en las que se llevaba a cabo el mismo y como tercer factor, el raquitismo por falta de alimento, y también por sífilis hereditaria.¹⁴⁰ Es notoria grave situación en la que se encontraban las y los niños del país, seres enfermizos y anémicos que difícilmente lograban sobrevivir, y quienes los que lo lograban, muy probablemente crecerían siendo hombres y mujeres débiles y enfermizos, quienes más que contribuir a la anhelada estabilidad económica y social, se convertirían en una carga para el Estado. A pesar de lo alarmante de estas cifras de mortandad, es importante considerar que no podían tomarse de manera exacta, ya que ese registro omitía a todos aquellos niños que no eran presentados ante el Juez Civil, pues no olvidemos

¹³⁹ Manuel. S. Iglesias, *op. cit.*, 1898, pp. 382.

¹⁴⁰ *Ibid.*, 1898, pp. 383-386.

que la mayoría de la población tenía por costumbre presentar a sus hijos ante la iglesia para bautizarlos, más no ante las autoridades civiles.

Un México moderno tenía que ser necesariamente un México salubre, de tal modo que la salud pública se convirtió en una de las prioridades a resolver por el gobierno porfirista, pues un país enfermo era un país destinado al fracaso, por ello uno de los proyectos políticos del Estado Nación era recuperar lo más pronto posible la salud de la nación. Las autoridades sanitarias y los médicos de la época se dieron a la tarea de concentrar todos sus esfuerzos en dar solución a esta deplorable situación a través de innumerables estudios cuantitativos y cualitativos en torno a las causas de mortandad en la población, los cuales llenan las páginas de la prensa médica de la época, junto a una serie de medidas profilácticas de higiene individual y social, que supuestamente disminuirían las enfermedades. Sin embargo, el traslado a la práctica de tales medidas resultaría una tarea titánica ante la situación de pobreza y marginalidad en la que vivía la mayoría de la población, y a la que el doctor Orvañanos calificó como “estado estacionario de la población”:

Las enfermedades que originan mayor número de defunciones en toda la República como en la capital, son las infecciosas [...] La mortalidad en México sólo es comparable con la de los pueblos semisalvajes de Asia y de África, y que no es de esperarse que el Desagüe del Valle de México remedie nuestros males [...] ¿qué significa el estado estacionario de la población? Significa alimento difícil de procurarse, vestido insuficiente, desaseo personal, habitación malsana, efectos destructores del frío y del calor, mismas, falta de precauciones sanitarias, ausencia de médicos, engaños con curaciones milagrosas[...]eso significa una gran mortalidad, significa un pequeño número de nacimientos, lo que quiere decir matrimonios tardíos, [...] Por lo que la magnitud de los problemas de higiene que tiene que resolverse en México, es por el porvenir de nuestra nacionalidad [...].¹⁴¹

¹⁴¹ Fernando Malanco, “La Higiene en la República Mexicana”, en *La medicina Científica*, tomo V, núm. 1, 1892, pp. 5-8.

La higiene de la mayoría de la población era pésima ante las condiciones insalubres en que vivían: los peones no disfrutaban de agua entubada, letrinas higiénicas, baños ni drenaje; en sus jacales carentes de ventilación y limpieza convivían con aves, perros y cerdos; el corral no era otra cosa que un basurero, excusado y chiquero.¹⁴² En las ciudades, el agua se obtenía de las fuentes o de los aguadores, aguas negras corrían frecuentemente por el arroyo, convirtiéndose en verdaderos focos de infección¹⁴³, ya que en esas aguas pantanosas se producía una serie de vapores que se convertían en efluvios volátiles, formando los enigmáticos "miasmas" que al dispersarse en la atmósfera afectaban al organismo humano, causando una serie de enfermedades gastro-intestinales que llevaban a la muerte a gran parte de la población. Por ello, los médicos comenzaron a hablar de la urgente necesidad de crear, en la ciudad y el Valle de México, un sistema de drenaje sanitario:

Las materias detenidas en las atarjeas de las calles pueden originar [...] el desarrollo de enfermedades infecciosas; pero es infinitamente mayor el número de las que se ha originado por la mala disposiciones de los comunes y caños de las casas, recordando que los gérmenes que se desprenden de las atarjeas, además de ser arrastrados y diluidos por los vientos, se extienden en un espacio no limitado, y yendo mezclados con los gases y el vapor de agua se enrarecen y diseminan [...].¹⁴⁴

¹⁴² José Antonio Rivera Tapia, "La situación de salud pública en México (1870-1960)", en *Revista Hospital General Dr. Manuel Gea González*, Enero-Abril, vol.6, núm. 1, p. 41.

¹⁴³ El médico Manuel Patiño hace un estudio minucioso de las características de las aguas potables de la capital, separa aquellas de uso doméstico y, las divide en cinco categorías: aguas de manantial, aguas de pozos artesianos, aguas gordas, aguas delgadas y pozos poco profundos; y aquellas de uso industrial: agua de lluvia, aguas delgadas, de los pozos artesianos, de las acequias, aguas gordas y de los pozos pocos profundos. Véase: "Higiene. Las aguas potables de la Capital de México", en *Gaceta Médica de México*, vol. XIX, núm. 4, 1884, pp. 89-516. El médico higienista Ángel Gaviño, catedrático de Higiene y Bacteriología de la Escuela Nacional de Medicina, presenta en 1896 su trabajo titulado, "Higiene pública. Opinión respecto del saneamiento de la ciudad de México", en el que resalta las ventajas en materia de saneamiento de la Ciudad, con la construcción de un drenaje del subsuelo. Artículo publicado en: *Gaceta Médica de México*, tomo XXXIV, núm. 13, 1897, pp. 343-360.

¹⁴⁴ D. Orvañanos, "Higiene Pública", en *Gaceta Médica de México*, tomo XXVI, núm. 16, 1891, p. 316.

La influencia de las teorías microbianas¹⁴⁵ recién descubiertas por Pasteur y Koch, pronto hicieron eco en algunos médicos mexicanos, quienes desde mediados del siglo XIX buscaron en la tierra, el agua y el aire las causas de las enfermedades infecciosas que aquejaban a la población:

En la superficie de la tierra vivimos, de ella recibimos los alimentos y de sus entrañas nos brota el agua. El suelo recibe además casi todos los gérmenes patógenos, ya sea que provengan de las materias fecales ú orina del hombre, de la descamación de la piel, de la supuración de las heridas, ó de las atmósfera. Y los cadáveres de los hombres y animales, aún de los procedentes de afecciones contagiosas, dan al suelo millares de gérmenes que lo infectan y pueden infectar al hombre sano [...]¹⁴⁶

Según los médicos, la casa era uno de los ámbitos más propicios para el desarrollo y la propagación de diversas enfermedades, entre ellas la tuberculosis, el tifo y el cólera eran las que causaban mayor preocupación debido a que podían adquirirse en proporciones epidémicas; por lo que planteaban como condición para garantizar la higiene de casas o habitaciones cierto número de ventanas o ventilas que los cuartos debían poseer que permitieran la libre circulación del aire; así las habitaciones medirían un mínimo de 30 m³ por individuo y la altura de los techos no debía ser inferior a 3.75 metros. Asimismo, las viviendas debían tener una buena iluminación solar, dado que los médicos sostenían que ésta poseía la capacidad de destruir los bacilos del cólera, de la fiebre tifoidea y de la tuberculosis. Había que evitar los cuartos o casas húmedas, pues propiciaban diversas enfermedades como el catarro, la

¹⁴⁵ En torno a los debates que suscitó la teoría general de los gérmenes entre los médicos mexicanos como causales del estado de insalubridad que aquejaba al país y la manera en que estas teorías incidieron en la reglamentación sanitaria comprendida en el Código Sanitario emitido en 1891 y reformado en 1894 y 1903. Véase el trabajo de Claudia Agostoni, “Los infinitamente pequeños debates y conflictos en torno a la bacteriología”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (eds.), *De normas y transgresiones. Enfermedad y Crimen en América Latina (1850-1950)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, pp. 167-192.

¹⁴⁶ Adrián de Garay, “Higiene. Los microorganismos del suelo en relación con la higiene”, en *Gaceta Médica de México*, vol. XXXII, núm. 12, 1895, p.255. También véase: Domingo Orvañanos, “Breves consideraciones acerca de la influencia del suelo de la ciudad de México, como causa de la endemia de afecciones intestinales-“, en *Gaceta Médica de México*, vol. XXXI, núm. 10, 1894, pp. 185-189.

laringitis, el *croup* y la bronquitis.¹⁴⁷ No obstante, las recomendaciones y sugerencias eran prácticamente irrealizables, pues ¿cómo podrían cuerpos mal alimentados, mal abrigados y vestidos, que vivían en humildes chozas, poseer una buena condición económica que les permitiera edificar tales casas para enfrentar tantas enfermedades?

A pesar de ello, el gobierno porfirista se concentró en trabajar en una serie de políticas de salud y sanidad, cuyos preceptos de higiene pública vinieran a fomentar y proteger la natalidad y evitar hasta donde fuera posible los abortos, nacimientos prematuros y la mortalidad en el momento de verificarse el parto, a fin de alargar la existencia de la vida humana; que el crecimiento y desarrollo de un país inevitablemente dependía en gran medida del número de sus habitantes. Entre las principales causas de mortandad infantil, se encontraba la mala e insuficiente alimentación¹⁴⁸ que las y los pequeños recibían al nacer, pues sabido que una adecuada alimentación proporcionada por el seno materno, aseguraba en gran medida la vida y crecimiento de niños sanos y robustos:

La grande influencia que tiene la lactancia en la salud de los niños es generalmente reconocida por todos los médicos... Los niños crecen sanos y robustos, resisten mejor las enfermedades propias de su edad, y aun en el caso de que hayan heredado una constitución débil, se atenúan, si no es que se corrijen. Al contrario, una mala alimentación en la primera época de la vida, es la causa principal de las enfermedades y de la muerte en los niños.¹⁴⁹

Para contrarrestar los índices de mortandad, los médicos difundían entre la población la importancia de los hábitos de higiene en todos los aspectos de la vida, tanto a nivel físico como moral, con la finalidad de evitar contraer enfermedades físicas y sociales que hasta entonces aquejaban a la nación. El discurso médico se dirigió principalmente a las madres, al ser quienes se encargaban del hogar y del

¹⁴⁷ Claudia Agostoni, “Las delicias de la limpieza: La higiene en la ciudad de México”, en Anne Staples (coord.) *Historia de la vida cotidiana en México*, México, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica, 2ª reimpresión 2009, pp. 566-567.

¹⁴⁸ Manuel S. Iglesias, *op. cit.*, 1898, pp. 387-388.

¹⁴⁹ J. R. Icaza, “Higiene Infantil. Algunas consideraciones sobre la lactancia”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XIX, núm. 12, 1884, p. 257.

cuidado de las y los niños. Los más pequeños eran los más vulnerables a contraer una serie de enfermedades propias de su infancia, las cuales podían evitarse si se les procuraba correctamente la higiene alimenticia. El número de fallecimientos por infecciones gastro-intestinales era uno de los más elevados en las y los niños que eran alimentados con atoles, leche de vaca o burra contaminada, y en algunos casos hasta con pulque; costumbre alimenticia que era severamente criticada por la comunidad médica; tenían esta práctica sobre todas las madres que se negaban por una u otra razón a amamantar a sus hijas/as, o las que los destetaban a muy temprana edad; acciones que causaban una perturbación nutritiva general derivada de una alimentación insuficiente, que en muchos casos llegaba a provocar raquitismo, otro de los principales factores de mortalidad infantil.¹⁵⁰ En este sentido, la responsabilidad de la higiene doméstica y la conservación de una buena salud en las familias, recaía principalmente en las mujeres, quienes debían seguir una serie de principios de limpieza, como el correcto aseo de sus casas, una adecuada ventilación, cierto tipo de vestimenta para los pequeños según la estación del año y métodos de alimentación adecuados, siendo la leche materna la única que aseguraba la buena salud de sus hijas e hijos.¹⁵¹

Mujeres, pobres e indígenas: los biológicamente patológicos

Los agentes de sanidad decían que la salubridad de la ciudad y la salud de los habitantes se encontraba en constante amenaza debido a la ignorancia y a la falta de “moralidad” de las clases populares e indígenas, cuyos mayores peligros contra la salud se hallaban en sus casas y sus cuerpos, ya que desconocían los principios y preceptos establecidos por la higiene científica.

Cuando el discurso

¹⁵⁰ Manuel S. Iglesias, *op. cit.*, 1898, p. 385.

¹⁵¹ El estado porfirista sabía lo imprescindible que era enseñar a la población los nuevos principios de la cultura higiénica física y moral, para lo cual, eligió a las mujeres como las responsables de transmitir y transformar los hábitos de higiene dentro del ámbito familiar. Véase: Ana María Dolores Huerta Jaramillo, “La ropa sucia se lava en casa. La higiene como responsabilidad de la mujer en el México del siglo XIX”, en Gloria Tirado Villegas, *Construyendo la historia de las mujeres (Puebla, Tlaxcala, Sinaloa)*, México, Instituto Poblano de la Mujer y Centro de Estudios de Género, FFyL, BUAP, 2002, pp. 71-80.

médico hacía referencia a la etiología de la enfermedad, la relacionaba inmediatamente con el estado de pobreza y marginalidad en la que se encontraban las clases bajas. Ejemplo de ello fue el caso de un médico que al referirse a la enfermedad del tifo, expresaba: “Esta exacerbación es debida principalmente a la defectuosa alimentación de la clase pobre, á las malas condiciones higiénicas de sus habitaciones, en que hay una acumulación de individuos que viven en la miseria”.¹⁵² Para los médicos de la época, pobreza y enfermedad iban de la mano:

Entre los muchos desheredados, entre el abundante proletario de todo el mundo, que sólo poseen una economía débil, mal nutrida, incapaz para la lucha y agotados por un trabajo prematuro y una vida desde la infancia llena de privaciones que han tenido por consecuencia un imperfecto desarrollo, entre esta enorme masa de la sociedad moderna, encuéntranse á diario las perturbaciones más variadas.¹⁵³

En su compromiso por cuidar la formación de una raza sana y vigorosa los médicos mexicanos constituyeron una serie de postulados científico-raciales para legitimar y justificar el dominio y superioridad sobre diversos grupos en el que mujeres, afrodescendientes, indígenas, judíos y orientales fueron calificados como salvajes y bárbaros, intelectualmente inferiores, proclives al crimen y a la violencia, inmorales e incapaces de integrarse a la civilización. Por ello, algunos médicos se dieron a la tarea de organizar campañas para normativizar y hasta prohibir la reproducción y sexualidad de éstos. Estas posturas racistas se presentaban y legitimaban bajo argumentos y teorías científicas, entre ellas la spenceriana, asentada en la *supervivencia de los más aptos* y el darwinismo social —centrada en argumentos de carácter biológico, racial y hereditario— con la idea de definir y establecer divisiones de raza, clase y género, y con ello marcar los límites de la ciudadanía.

¹⁵² Anónimo, “Opiniones de algunos médicos de México sobre el Estado Sanitario de la Ciudad”, *Medicina Científica*, tomo VI, entrega 5, marzo de 1893.

¹⁵³ Dr. Enrique L. Abogado, “La medicación alcaloide en la práctica ginecológica”, *Crónica Médica Mexicana*, tomo VII, núm. 9, septiembre de 1904, p. 241.

A pesar de que el marco jurídico liberal señalaba que todos los seres humanos son iguales, para las viejas elites era difícil aceptar esa idea. Aprovechando el surgimiento de nuevas disciplinas científicas, como la medicina legal, la psiquiatría y la antropología criminal, se buscó regular el asunto de la ciudadanía. Al definir quiénes pertenecían a ella y quiénes no las mujeres, los indígenas, los pobres, los criminales y todos aquellos considerados como *incapacitados*, al ser considerados biológicamente inferiores y degeneradas, podían ser excluidos del cuerpo social y, por ende, de poseer un estatuto de ciudadanía.

De lo anterior surge el interés de los intelectuales y hombres de ciencia de la época por el estudio “científico” de las razas, para evaluar el atraso y, por ende, “la inferioridad” de estos grupos, así como las posibles vías para integrarlos o dejarlos fuera del espacio nacional. Fue entonces cuando a partir de ciertos postulados antropológicos, etnológicos y lingüísticos sobre las razas mexicanas, se buscó uniformar desde el punto de vista racial, cultural y educativo a los grupos heterogéneos que debían ser integrados a la nación moderna,¹⁵⁴ “civilizar” a los indígenas a través de la educación y el trabajo para hacerlos “salir de la barbarie” y separar a aquellos que por su “naturaleza degenerada”¹⁵⁵ ponían en peligro el futuro de la Nación. Con base en esto, algunos médicos e intelectuales pertenecientes a las élites criollas adoptaron y adaptaron las ideas raciales europeas y norteamericanas con la idea de legitimar y naturalizar su propia posición dominante.¹⁵⁶

¹⁵⁴ Beatriz Urías Horcasitas, “Medir y civilizar”, *Ciencias*, núms. 60-61, octubre-marzo, 2000-2001, pp. 28-36.

¹⁵⁵ Tales ideas encontraron la base de sus razonamientos en las teorías del *degeneracionismo*, propuestas por August Morel, fruto de una serie de reflexiones filosóficas y médicas que posteriormente publicaría en una obra antropológica y psiquiátrica titulada *Tratado de las degeneraciones* en el año de 1857. En ésta se planteó la noción de degeneración como una “desviación malsana de la especie”, producida conjuntamente por factores orgánicos y sociales; dicha *desviación* se consideraba un fenómeno acumulativo a través de las generaciones, lo que finalmente derivaba en imbecilidad y esterilidad. Asimismo, en 1879, César Lombroso, criminólogo y antropólogo italiano, postulaba la existencia de un *tipo criminal* como resultado de factores hereditarios y degenerativos, más que de las condiciones sociales. Véase: Jacques Postel y Claude Quéte (comp.), *Historia de la psiquiatría*, 1983, p. 353.

¹⁵⁶ Sobre las distintas posturas que adoptaron los científicos en torno al racismo biológico y el problema de la heterogeneidad étnica para el progreso y desarrollo de la Nación, se encuentra el artículo de Moisés González Navarro, “Las ideas raciales de los científicos, 1890-1910”, *Historia Mexicana*, vol. 4, núm. 37, 1988, pp. 565-583. En esta misma línea —y después de la Revolución mexicana— se desarrollaron nuevos postulados y debates entre la denominada mestizofilia y la recodificación de teorías raciales retomadas por los eugenistas mexicanos, mostrándose una cierta continuidad entre las ideas raciales positivistas del porfiriato y las de la época posrevolucionaria. Véase: Alexandra Stern, “Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México posrevolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960”, *Relaciones*, vol. 21, núm. 81, (invierno) 2000, pp. 59-91.

Dividir o clasificar a la sociedad entre los *normales* de la especie y los *degenerados*, así como su exclusión, aislamiento y hasta su muerte, quedaba científicamente justificado en la medida en que se volvían una “amenaza para la raza”, dada su “inferioridad” y “peligrosidad biológica y moral”. En relación a esto, el médico Enrique Aragón señaló: “Hay que buscar a los retrasados entre los vagabundos, separarlos [...] entrar a los Hospicios, a las Escuelas, a los Hospitales, a las Cárceles, a todos los sitios y antros y si no es suficiente, llegar a los pueblos que en la lucha universal están pendientes de los menos aptos, para destruirlos”.¹⁵⁷ Mediante teorías biologicistas, indígenas, pobres, afrodescendientes y mujeres, eran considerados seres *inferiores* y *degenerados*.

Se puede observar que dichas teorías sobre las *razas inferiores*, aunque fueron presentadas y discutidas desde distintas perspectivas¹⁵⁸, tuvieron una gran importancia en la configuración de una idea moderna de nación, y en muchas de ellas se presentaba implícita o explícitamente a la raza blanca como superior. Un ejemplo de ello es el artículo de José Ingenieros, quien hacía referencia a la inferioridad de la raza afrodescendiente:

Los negros importados a las colonias eran, con toda probabilidad [...] una oprobiosa escoria de la especie humana. Juzgando severamente, es fuerza confesar que esclavitud —como función protectora y como organización del trabajo— debería mantenerse en beneficio de estos desgraciados, de la misma manera que el derecho civil establece la tutela para todos los incapaces y con la misma generosidad con que se asila en colonias á los alienados y se protege

¹⁵⁷ Enrique Aragón, “Los retrasados mentales”, en *Obras Completas del Dr. Enrique Aragón. Mis 31 años de académicos*, 1929, p. 134.

¹⁵⁸ El debate sobre la existencia de razas superiores dividió a los positivistas desde principios de 1877. Científicos como Vicente Riva Palacio, Francisco Pimentel y Agustín Aragón rechazaron explícitamente las teorías biológicas sobre la existencia de razas superiores, por el contrario, presentaban a la raza mestiza como la combinación híbrida, viril y vigorosa del europeo con el indio. Dicha veneración de lo mestizo sería llevada a un nuevo nivel por Andrés Molina Enríquez en 1909 cuando esboza su obra *Los grandes problemas nacionales*, donde exponía lo que el autor denominaba *mestizofilia* como una doctrina para la construcción de la Nación y del nacionalismo. Estas ideas posteriormente servirían de base para fincar el culto al indio de Manuel Gamio y José Vasconcelos entre las décadas de 1920 y 1930. A pesar de dichas divergencias, los debates de Estos pensadores siguieron basándose en teorías raciales, sólo que éstas eran presentadas de manera invertida. Véase: Alexandra Stern, 2002, pp. 60-61.

a los animales [...]. Los derechos del hombre podrán ser justos para los que han alcanzado una misma etapa de evolución biológica; pero, en rigor, no basta pertenecer á la especie humana para comprender esos derechos y usar de ellos. ¿El voto de estos negros puede equivaler al de Spencer? Los hombres de las razas blancas, aun en sus grupos étnicos más inferiores, distan un abismo de estos seres, que parecen más próximos de los monos antropoides que de los blancos civilizados.¹⁵⁹

Tales afirmaciones fueron presentadas y sustentadas a través de la higiene pública¹⁶⁰ y la medicina legal, dos ramas de la medicina que vinieron a reforzar estos ideales para combatir las enfermedades físicas y “morales” de la sociedad, además de establecer una serie de normas y conceptos higiénico-morales a las que había que adaptarse para ser un pueblo sano física y mentalmente. El Estado cobraría un nuevo papel, el de protector de la integridad social, el de gestor de la pureza de una raza y de un tipo de ciudadanía basada en el ideal burgués de familia culta, blanca y sana. La obtención de esta legitimidad científica fue seguida de una serie de instituciones e instancias de salubridad, mediante las cuales se buscó supervisar, revisar y controlar a todos aquellos individuos que representaban un peligro para el resto de la sociedad; era en la sangre indígena donde se consideraba que subsistían los defectos, vicios y enfermedades propios de la raza; ubicando la delincuencia y el *degeneracionismo* en los sectores o grupos sociales más pobres.¹⁶¹

¹⁵⁹ José Ingenieros, “Las razas inferiores”, *La Escuela de Medicina*, tomo xxv, número 2, enero de 1910, p. 29.

¹⁶⁰ Es muy clara la preocupación de la clase hegemónica por conservar trabajadores sanos y fuertes, quienes eran el motor de la economía capitalista, y la muerte o enfermedad de estos, significaba una pérdida en la producción, además que los gastos para su curación los tenía que asumir el Estado. La insistencia sobre las virtudes y beneficios de la limpieza fue abrumadora al establecer una clara relación entre higiene y progreso, de ahí la importancia que se dio a los contenidos de las leyes sanitarias que buscaban regular no sólo los espacios públicos de saneamiento urbano como: las calles, los hospitales, las escuelas, los teatros, farmacias, mercados, templos, etcétera, sino también los espacios y comportamientos privados, los que había que regular a través de preceptos de higiene moral y mental —además del tipo de alimentación, vestido y vivienda— para corregir los *malos* hábitos y costumbres de las clases bajas, quienes a causa de su poca educación y pobreza, no sabían vivir más que en los excesos, de forma viciada y en condiciones insalubres. Véase: Luis Lara y Pardo, “La enseñanza de la higiene en México”, *La Escuela de Medicina*, tomo XIX, núm. 5, marzo, 1904, pp. 97-98.

¹⁶¹ Elisa Speckman Guerra, *op. cit.*, 2002, p. 93.

[...] á diario se ven mujeres sucias y harapientas portadoras de todos los parásitos conocidos y por conocer, que en tétrico desfile entran á las secciones médicas de policía, llevando consigo un bulto siniestro. Un niño muerto, en el que acaban su festín los microbios de la viruela, del sarampión, de la erisipela, de la diarrea verde, etc., y que al ser removido para quitarle las escasas ropas que le han dejado la miseria y el vicio, ensucia con líquidos putrefactos nauseabundos el cuarto donde á continuación se curará un herido importante.¹⁶²

Durante el porfiriato, la etnofobia era cultura. Los ensayistas preocupados por la nación, como Maqueo Castellanos, llegaban casi siempre a conclusiones racistas: “Si en vez de once millones de indios esparcidos en el campo y la montaña tuviéramos la misma suma de emigrantes extranjeros de todas o de cualquier nacionalidad, seríamos un país treinta veces más rico, más respetado, más fuerte. Luego, si es cierto, que sí lo es, es porque la raza indígena estorba nuestro progreso”. Las y los mexicanos “de razón” eran adiestrados en el racismo desde la escuela primaria. En *La Geografía de México* de Alberto Correa, miembro de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y director de la primaria anexa a la Normal de Profesores, leemos:

Cuatro razas distintas componen [la población]: la india o natural del país; la europea, la negra y la criolla [...] La clase llamada principal está formada por las personas más ilustradas o que poseen el elemento vital de los capitales. En los individuos de esta clase reside el ejercicio del comercio, de las profesiones científicas, de las bellas artes y la literatura, pudiendo competir por su ilustración, con los moradores del viejo continente [...] Los indios, por su carácter indolente, y más que nada por su falta de ilustración, constituyen en nuestro país un elemento casi nulo, siendo un factor insignificante en el consumo y producto de la riqueza pública [...] De la raza indígena pueden hacerse tres grandes divisiones: 1. Indios de civilización primitiva, que son inteligentes y activos, conservan intactas sus antiguas costumbres y su idioma [...] consagrándose particularmente a la agricultura y algunas manufacturas ordinarias como fabricación de sombreros, esferas, trastos de barro, etc. 2. Indios degenerados, cuyas costumbres, idiomas y hasta su constitución física ha

¹⁶² Jesús González Urueña, “Proyecto de reformas al servicio médico de policía”, *La Escuela de Medicina*, tomo XX, núm. 16, agosto de 1905, p. 362.

cambiado por completo, siendo indolentes, desaseados y de torpe inteligencia. 3. Indios bárbaros, que son pérfidos, crueles, guerreros constantes, no reconocen las autoridades y viven del pillaje.¹⁶³

La doble inferioridad

La distinción de sexos se estableció con base en la naturaleza biológica de la mujer, que se caracterizaba según el discurso médico de esa época por una serie de factores patógenos que la colocaba en un plano de inferioridad psicológica y social, estigmatizándola con el calificativo de *sexo débil*. La ley¹⁶⁴ trataba a las mujeres como menores de edad, no tenían derechos políticos pues se consideraba que biológicamente se encontraban en una escala evolutiva inferior, asimilable a lo primitivo e infantil, por lo que la impulsividad, la irritabilidad, la incapacidad para razonar, la ausencia de juicio, el espíritu crítico y la exageración de los sentimientos eran una clara muestra de su naturaleza morbosa y de su debilidad psíquica, lo que las colocaba en una escala inferior a nivel legal, laboral, social y político. Con ello, la igualdad jurídica expedida en la Constitución de 1957 las excluía de facto del ejercicio político de la ciudadanía, legitimado en gran parte por un discurso biomédico científico que definía a los dos sexos como entidades esencialmente diferentes.

Los científicos consideraban el dimorfismo sexual como la expresión morfológica de una división esencial en los seres humanos, estableciendo no sólo claras diferencias en las estructuras anatómico-funcionales de los órganos sexuales entre el varón y la hembra, sino también características fisiológicas y psicológicas que formaban la masculinidad o la feminidad desde los primeros años de la vida:

¹⁶³ Armando Bartra, “Teoría y práctica del racismo. Plantaciones y monterías en el porfiriato”, en *Revista Ciencias*, Universidad Nacional Autónoma de México, núm. 60-61, octubre 2000-marzo 2001, pp. 77-78.

¹⁶⁴ Durante la segunda mitad del siglo XIX, como parte del proyecto de modernización o del anhelo de implementar las ideas y las instituciones de tipo liberal, la elite mexicana se abocó a la tarea de promulgar códigos legales. El primero que se expidió fue la Constitución o el Código político de 1857. Las guerras civiles retrasaron la expedición del resto de los cuerpos, pero en 1870 –tras la restauración de la república–, se promulgó el civil, y un año más tarde, en 1871, el penal y el de procedimientos civiles. La tarea de codificación continuó a lo largo del porfiriato; en 1880 se redactó el de procedimientos penales; en 1884 el comercial y los nuevos códigos civil y de procedimientos civiles; en 1890 el segundo código comercial, y en 1894 el segundo de procedimientos penales. Véase: Elisa Speckman, “Las tablas de la ley en la era de la modernidad. Normas y valores en la legislación porfiriana”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman Guerra, (eds.), *La Ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, p. 241.

Compárense anatómica y fisiológicamente las diferencias de organismo que existen entre el hombre y la mujer, y se verá que tienen per se bastante influencia en nuestras determinaciones terapéuticas.

[La mujer,] alegre, ligera, —aunque concienzuda—, sensible, de estructura delicada con tendencia siempre a la morbosidad y á las líneas curvas, todo sentimiento, todo imaginación, que piensa más en un minuto que el hombre en una hora, la mujer parece y es, médica y socialmente hablando, destinada al más grande de los ministerios, la maternidad.

Y el predominio de su sistema nervioso, sobre todos los demás sistemas, hace que en el sexo hermoso sea raro caso aquel en que no se adunen, con los síntomas propios de la enfermedad, aquellos otros cuya presentación favorece un temperamento nervioso.

Además la menstruación, el embarazo, la lactancia son para la mujer causas especiales é inminentes de enfermedad, así como el parto y el puerperio. ¿Quién no conoce el inmenso número de graves accidentes que pueden sobrevenir durante la aparición y desaparición de las reglas?, ¿quién ignora los trastornos producidos por enfermedades de la matriz, que pueden simular embarazos y aun sin simularlos pueden dar lugar á fenómenos nerviosos que sólo la inspección y observación atenta puede descubrir?¹⁶⁵

Hasta aquí queda evidenciada la manera en que la ciencia fue utilizada como mecanismo de poder político, y cómo el conocimiento médico científico fue visto como elemento imprescindible en la administración del Estado y en la construcción de una nación moderna, la cual estableció una serie de elementos de dominación y subordinación que obedecieron a un sistema político y económico específico; al presentar a la ciencia como la gran abanderada del progreso, al servicio de un proyecto político de elite que mostraba como natural y legítimo un tipo de orden social patriarcal claramente androcéntrico, clasista y racista. Con la vista puesta en Europa, la clase hegemónica apostaba por una modernidad «post-hispana», que buscaba dejar atrás la barbarie representada por la época colonial. Había que acabar tanto con los miasmas pestilentes que transmitían enfermedades, entre ellas según

¹⁶⁵ Cándido Jover, “Indicaciones según el sexo”, *La Medicina Científica*, tomo IX, entrega 19, octubre de 1896, pp. 298-299.

Parra la historia de «un pasado que se aborrece» y enturbia el porvenir¹⁶⁶; como los *miasmas sociales*, que igualmente se pensaba contaminaban el gran organismo social; la raza indígena. Era necesario extirpar determinadas formas de vida y de hábitat que se contraponían al modelo de la ciudad moderna y civilizada, cuyo degeneracionismo racial y cultural constituían una especie de anti-modelo de la civilización eurocéntrica.¹⁶⁷

El papel histórico y social de las mujeres como “cuidadoras de la salud y enfermeras del hogar”

A pesar de los esfuerzos del gobierno porfirista por mejorar las condiciones sanitarias del país mediante la creación de una serie de medidas profilácticas y leyes que depositaron en manos del Estado la vigilancia de la salud pública, no se lograron ofrecer las condiciones propicias para que esto sucediera, ya que el reparto desigual de la riqueza propiciaba que la mayoría de la población pobre careciera de servicios médicos. La medicina organizada, aunque participaba en tareas sanitarias a través de algunos hospitales públicos, tenían condiciones poco favorables por lo que su atención beneficiaba solo a una minoría de la población. Los médicos eran escasos en 1910 su proporción en la República era de 1 por cada 5, 000 habitantes¹⁶⁸, y sus honorarios no eran de fácil acceso para las clases menos protegidas, pues con su salarios apenas si les alcanzaba para medio comer y vestir. Ante esta situación surge la siguiente pregunta ¿quiénes se encargaban del cuidado de la salud de la mayoría de la población en estado de pobreza? En primera instancia las madres de familia, quienes han sido histórica y socialmente las cuidadoras de la salud por excelencia, a partir de una serie de cuidados y utilizando remedios caseros, los cuales han contribuido indudablemente a salvaguardar el bienestar físico y emocional de cada miembro de su comunidad familiar. Mostrar esto cuantitativamente es un trabajo casi imposible, ante la

¹⁶⁶ Frida Gorbach, “La historia, la ciencia y la nación. Un estudio de caso en el México decimonónico”, en *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 33, núm. 1, 2013, p. 134.

¹⁶⁷ César Leyton Robinson y Rafael Huertas, Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile. La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875), en *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 32, núm. 1, 2012, pp. 27-29.

¹⁶⁸ José Antonio Rivera, *op. cit.*, p. 42.

inexistencia de fuentes que lo comprueben y aún más para este periodo de estudio, ya que dichos saberes y prácticas fueron transmitidos de forma oral de madres a hijas en el ámbito doméstico e informal. Pero no sucedió lo mismo en el México antiguo, pues existen testimonios suficientes que muestran el protagonismo, poder y saber que ejercieron las mujeres y las distintas deidades femeninas en el cuidado de la salud de la población.¹⁶⁹

Aún en el periodo decimonónico, hay evidencias que revelan el papel que las mujeres llevaron a cabo como las principales cuidadoras de la salud a lo largo de la historia, ejemplo de ello lo podemos encontrar al revisar los índices de mortandad del siglo XIX, que muestran que fueron las mujeres las más afectadas por el *cólera morbus*, ya que a pesar de que se trató de una pandemia que enfermó a un número mayor de hombres en edad adulta, mató a más mujeres. La explicación que se ha encontrado a este fenómeno, según Elsa Malvido, es que fueron las mujeres quienes se encargaron de limpiar los bacines con desperdicios de aguas negras, de asear los utensilios domésticos y de atender a los familiares enfermos, ellas inevitablemente debilitadas por el trabajo y la tensión, fallecieron con más frecuencia y rapidez que los hombres.¹⁷⁰ Era costumbre que la mayoría de la población recibiera atención médica en el ámbito privado, en sus hogares de curanderas (os), brujas (os) y parteras, quienes además gozaban de gran prestigio y respeto social por sus conocimientos en medicina herbal y doméstica. Estos saberes referentes a la práctica tradicional de la medicina, se basaron en conocimientos producto de la observación y la experiencia, y quienes se dedicaban a esta labor, lejos de buscar un beneficio económico, se concebían como seres que habían sido favorecidos e investidos de poderes y conocimientos por los dioses para ejercer dichas labores curativas en sus comunidades.

¹⁶⁹ Fray Bernardino de Sahagún, en *Historia general de las cosas de la Nueva España*, nos habla del papel que jugaron las distintas deidades femeninas en la salud de los niños y la población en general. Del mismo modo, Alfredo López Austin, en *Augurios y Abusiones*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1969, menciona a las médicas en el cuidado de la salud de la mujer preñada, antes, durante y después de haber dado a luz.

¹⁷⁰ Elsa Malvido da cuenta en este libro de forma detallada de cuadros de mortalidad diferencial por sexo producida por el *cólera morbus* de 1833 y 1850. *op. cit.*, p. 150-155.

Del mismo modo, los cuidados médicos durante la época colonial fueron otorgados por miembros de las mismas comunidades indígenas, donde los saberes de parteras y curanderas se transmitían de forma oral y clandestina a las mujeres de los sectores populares para que atendieran de algunas enfermedades y en el parto a las mujeres indígenas y mulatas. La asistencia hospitalaria y social organizada en este periodo, fue proporcionada por conquistadores, comerciantes, virreyes y clérigos bajo los preceptos cristianos de caridad y misericordia, para atender y dar amparo a aquellos indígenas que habían quedado desprotegidos al ser destruido su sistema de vida, lo mismo que a los numerosos desvalidos, indigentes y menesterosos creados por las nuevas estructuras sociales.

Algunas órdenes religiosas como los franciscanos, agustinos, dominicos y jesuitas, con el fin de convertir a los “indios” a la fe católica, se encargaron de atender a los enfermos, siendo las monjas, como el caso de las hermanas de la Inmaculada Concepción, quienes por mucho tiempo se dedicaron al cuidado de las personas enfermas durante las epidemias; y algunas mujeres españolas traídas por las tropas de Hernán Cortés y de Pánfilo de Narváez, figuraron como asistentes y parteras, auxiliadas por mujeres “indias” y mulatas de condición social y educativa baja, a quienes les estaba permitido trabajar.¹⁷¹ Estas mujeres fueron adquiriendo la destreza, experiencia y conocimientos en torno a las prácticas curativas y asistenciales, sin embargo, dicha labor fue poco valorada al tratarse de un oficio de bajo estatus jerárquico. Hasta ese momento había sido la Iglesia la principal impulsora de la obra asistencial en el periodo colonial, y gracias a su labor humanitaria se fundaron en la Ciudad de México el Hospital de la Limpia Concepción de Nuestra Señora, más tarde llamado de Jesús, establecido por Hernán Cortés en 1524; el Hospital de San Lázaro para los leprosos; el Hospital Real de Juan José de los Naturales para indígenas; el de Amor de Dios o de las Bubas; el Hospital de San Hipólito para convalecientes y posteriormente para hombres dementes; el de Nuestra Señora de los Desamparados

¹⁷¹ Maribel Ríos Everardo, *El género en la socialización profesional de enfermeras*, UNAM, México, 2001, p. 70. Estas mujeres fueron las herederas del conocimiento de las parteras aztecas.

dedicados a la atención de negros, mulatos y mestizos; y el Hospital de Montserrat para auxiliar a los apestados. También durante el siglo XVI se erigieron numerosos hospitales en diversas regiones del país, principalmente en la zona central –Puebla, Tlaxcala, Guanajuato- y en la región de Veracruz, por ser este un lugar insalubre y la puerta de entrada a la Nueva España, y en la de Michoacán, gracias a la labor de Vasco de Quiroga.¹⁷²

Durante el siglo XVII y la primera mitad del XVIII, las órdenes hospitalarias -hipólitos, antoninos, betlemitas y juaninos-, que tenían entre sus obligaciones el cuidado y atención de los enfermos y necesitados, extendieron profusamente la obra de construcción de los hospitales por todo el territorio novohispano. A partir de la segunda mitad del siglo XVIII la atención a los desprotegidos conoció un nuevo impulso al sumarse al concepto de caridad cristiana la idea ilustrada de filantropía o amor al ser humano. Bajo este nuevo principio, en el periodo borbónico se fundaron nuevos hospicios, asilos y casas de recogidos, como el Hospicio de Pobres y la Casa de Niños Expósitos en la Ciudad de México,¹⁷³ los cuales permanecerían hasta entrado el siglo XX. Los hospitales novohispanos fueron lugares donde se paliaba el dolor de algunas enfermedades, entre ellas la lepra, el mal de bubas y las epidemias, de las cuales se desconocía la etiología y el tratamiento acertado. A pesar de ello, la acción benefactora de dichos espacios asistenciales, los cuales brindaron cuidados y alimentos a la población más necesitada y vulnerable –niños y bebés abandonados-, ha sido pasada por alto en las páginas de nuestra historia, así como la labor ejercida por el grupo de mujeres civiles y religiosas¹⁷⁴ que se

¹⁷² José Félix Alonso, “De la caridad a la asistencia. Un enfoque de la pobreza y la marginación en México”, en *La atención Materno Infantil. Apuntes para su historia*, Secretaría de Salud, México, 1993, p. 11

¹⁷³ *Ibid.*, p. 13.

¹⁷⁴ El trabajo de Silvia Arrom en torno a la Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paul es uno de los pocos trabajos que muestran la gran labor asistencial de las mujeres desde 1863 hasta 1910, dicha asociación llegó a tener cerca de 10 000 socias activas en 1895 y 20 000 en vísperas de la revolución. La autora muestra el trabajo asistencial de esta organización como un verdadero activismo de mujeres que se preocuparon por resolver los problemas de la vida moderna. Las Señoras de la Caridad lograron construir una vibrante organización nacional. Se hicieron aliadas indispensables de la Iglesia en su proyecto de reforma social. Aliviaron la miseria de cientos de miles de mexicanos, ayudaron a resolver —aunque de modo parcial— los problemas de la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo y el desempleo y contribuyeron al desarrollo del sistema de educación, salud y bienestar. Véase: Silvia Marina Arrom, “Las señoras de la caridad: pioneras olvidadas de asistencia social en México, 1863, 1910”, en *Historia Mexicana*, Vol. LVII, núm. 2, octubre-diciembre, 2007, pp. 445-490.

encargaron tanto del cuidado de los enfermos como de la organización y funcionamiento de dichos establecimientos. El médico sólo hacía una visita diaria por la mañana, y dejaba instrucciones a las enfermeras¹⁷⁵ para el suministro de medicamentos, alimentos, curaciones e higiene tanto de los enfermos como de los nosocomios.¹⁷⁶

Ejemplo de lo anterior es el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, el cual cambió de nombre al de Epifanía y San Juan de Dios, en una sucesión de altibajos. La fundación de este hospital se debió al filántropo doctor Pedro López, uno de los primeros profesores de medicina en la Nueva España, quien en 1582 consiguió que las autoridades de la ciudad le donaran la ex alhóndiga pública. López estableció, con licencia del arzobispo Moya de Contreras y del virrey conde de La Coruña, una ermita a la que llamó de Nuestra Señora de los Desamparados o de la Epifanía, aledaña a los galerones que entonces se convirtieron en salas para auxiliar a los afrodescendientes, mulatos y mestizos que, enfermos y en situación de miseria deambulaban por la ciudad. El Hospital también tuvo la misión de proteger a las y los niños mestizos, hijos de uniones ilegítimas entre españoles e indígenas recién nacidos y abandonados por sus madres.¹⁷⁷ Las salas se dividieron en tres secciones, una para hombres y otra para mujeres y la tercera para niños abandonados, que eran alimentados por amas de cría, mejor conocidas como nodrizas. Aquí también es fundamental resaltar el papel ejercido por las nodrizas en el cuidado de la salud de las niñas y los niños abandonados por sus padres, ya que gracias al trabajo de estas mujeres, muchos en edad lactante recibieron el alimento de pecho tan necesario para su

¹⁷⁵ Con el nombre de enfermera (o) se denominaban las actividades que mujeres y hombres realizaban en los hospitales fundados desde el siglo XVI en la Nueva España. En la mayoría de las ordenanzas aparecen en la categoría de “sirvientes” porque además de atender a los enfermos se especificaba su ubicación laboral: “enfermera lavandera”, “enfermera cocinera”, “enfermera mandadera”. Véase: Maribel Ríos Everardo, *op. cit.*, 2001, p. 70.

¹⁷⁶ Dicha aseveración la constaté al revisar el reglamento del Hospital del Divino Salvador y la nómina de empleados, conformada principalmente por personal femenino. Por departamento se contaba con una enfermera mayor, cuatro enfermeras segundas, cuatro celadoras; como parte del personal general se encontraban, la ecónoma, una costurera, una cocinera, una planchadora. Véase: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública Sección: Establecimientos Hospitalarios Serie: Hospital del Divino Salvador, Exp. 33, caja 2, 1878.

¹⁷⁷ José Villabazo y Rogelio Vargas, “Reseña histórica del hospital de la mujer”, en *La atención Materno Infantil. Apuntes para su historia*, México, Secretaría de Salud, 1993, pp. 119-120.

sobrevivencia y buen desarrollo. Tanto en los hospitales y hospicios de la época colonial como en las del México independiente, encargados de dar amparo a las y los huérfanos, se contó con el servicio de nodrizas o chichiguas, quienes alimentaban a las y los niños desde su casa en el campo, o en la propia casa de cuna hasta su destete.

Por falta de fondos, el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados fue entregado a los hermanos juaninos en 1604, quienes construyeron un nuevo edificio en la iglesia de San Juan de Dios, donde se edificaron dos grandes enfermerías, una baja para mujeres y otra alta para hombres, con capacidad de 50 camas cada una.¹⁷⁸ El cuidado de la sala de enfermas lo impartían los frailes más viejos, mientras que las curaciones eran hechas por mujeres, quienes fungían como enfermeras, y la limpieza del hospital era realizada por servidumbre compuesta por esclavos. En 1736, azotó a la ciudad una terrible epidemia que causó cientos de muertes, a pesar de que el hospital tenía una capacidad para 100 camas, llegó a admitir 400 personas enfermas, y durante el tiempo que duró la epidemia se atendió a más de 9 000, de los cuales 6, 575 se curaron. No obstante, murieron ocho religiosos y toda la servidumbre, la mayoría muy probablemente perteneciente al género femenino.

Con los cambios políticos, la suerte de las órdenes religiosas hospitalarias quedó sellada, la Constitución de Cádiz las suprimió en 1820 y los hospitales en adelante dependerían de los ayuntamientos. Empero, para 1844, el Hospital de San Juan de Dios fue administrado por las Hermanas de la Caridad¹⁷⁹, quienes hicieron una gran labor hasta el año de 1874, cuando fueron

¹⁷⁸ *Ibid.*, pp. 121-122.

¹⁷⁹ El 10 de febrero de 1845, por acuerdo del “Superior gobierno”, el hospital del Divino Salvador fue encomendado a las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. La llegada de este grupo de religiosas “enfermeras de profesión” dio nueva vida a los hospitales como el de San Andrés, el Divino Salvador, el San Pablo y el de San Juan de Dios, entre otros, que inmediatamente fueron puestos bajo su protección y cuidado. Gracias a su labor, dichas instituciones lograron mejorar su organización, orden, limpieza y asistencia a las y los enfermos; hasta su expulsión en 1874. El lugar de las religiosas fue entonces ocupado por mujeres, cuya preparación y conocimientos en el cuidado de los enfermos era adquirido de forma empírica. Véase: Elena Mendoza Castañeda, *La asistencia hospitalaria en la ciudad de México 1845-1895*, México, Tesis inédita, Universidad Autónoma Metropolitana, 2000, p. 42.

expulsadas como consecuencia de la secularización de los hospitales.¹⁸⁰ Posteriormente el hospital quedaría en manos de José María Medina con un nuevo nombre: Hospital Morelos, cuya especialidad seguiría siendo el tratamiento de las enfermedades venéreas. A pesar de que estos hospitales, asilos y hospicios fueron fundados por clérigos y particulares varones, fueron mujeres, quienes se encargaron de la dura labor de atender a las y los enfermos, pues eran consideradas las más aptas, ante sus “virtudes naturales” de asistencia y amor al necesitado, su “espíritu de humildad y sacrificio”; además de que éstas eran las únicas actividades sociales públicas permitidas a las mujeres en ese periodo, las ligadas a la caridad, las cuales para finales del siglo XIX les permitirían el acceso a nuevas posibilidades laborales como enfermeras y obstetras profesionistas. Aunque se trataba de carreras cuyos prototipos de género se asociaron a labores exclusivas del sexo femenino, indudablemente su inserción, a pesar de su reducido número, les abriría las puertas a las universidades y hospitales y con ello, a la posibilidad de desarrollarse en una profesión respetada.

Con la expulsión de las religiosas del territorio nacional en 1874, hospitales y hospicios quedaron en una completa desorganización y en el caos, para lo cual se buscó suplir las vacantes por hombres llamados “practicones”. Este personal no contaba con la preparación y la experiencia en la atención de los enfermos, por lo que esta iniciativa derivó en un total fracaso. Fue entonces cuando se incorporaron nuevamente las mujeres en la categoría de enfermeras, quienes a pesar de no contar aún con una preparación de tipo académica, poseían un saber y un poder simbólico que por siglos habían tenido, haciéndose nuevamente merecedoras de un reconocimiento social como las expertas en el cuidado de la salud de las personas enfermas.¹⁸¹ Lo anterior puede corroborarse al revisar las nóminas de los

¹⁸⁰ Una vez instaurado el Segundo Imperio, consecuencia de la invasión francesa, Maximiliano de Habsburgo decretó en 1865 que el Hospital de San Juan de Dios se dedicara al tratamiento de enfermedades venéreas, que en este tiempo era un problema de salud pública en la ciudad de México, ya que no había control del ejercicio de la prostitución. Al restaurarse la República se continuaron algunas obras que el Imperio dejó inconclusas, y se ordenó el traslado de mujeres sífilicas del Hospital San Andrés al de San Juan de Dios, quedando éste exclusivamente para su asistencia. Véase: José Villalbazo y Rogelio Vargas, *op. cit.*, 1993, pp. 128-129.

¹⁸¹ Maribel Ríos Everardo, *op. cit.*, 2001, p. 77.

hospitales tanto de la época colonial como del México moderno; donde se observa que aunque la administración de éstos fue llevada siempre por un varón, el personal restante y de enfermería fue integrado en su gran mayoría por mujeres. Es este el caso del Hospicio de Pobres fundado en 1763 por el canónigo D. Fernando Ortiz Cortés y que más tarde amplió y dotó el Capitán D. Francisco de Zuñiga.¹⁸² Dicho establecimiento tuvo como objeto dar amparo a las personas en situación de pobreza, ancianos o a quienes padecían alguna enfermedad. Se dividió en cuatro departamentos principales: los de niños, niñas, ancianos y ancianas y en otros dos menores, uno destinado a la curación de ciegos, y el otro llamado de *partos ocultos*,¹⁸³ para asilar a mujeres españolas que no podían parir en sus casas ante los prejuicios de la época.

Una vez que llegaba una mujer a ese departamento era remitida con el Diputado –encargado del Hospicio- para examinar las circunstancias del caso. Sin que se le preguntase su nombre, estado o condición, era recibida por el *ama de confianza*, quien la dirigía a su habitación para posteriormente llevarla a examinar por el cirujano, cubierta del rostro para no ser reconocida.¹⁸⁴ El ama de confianza era la encargada de sus cuidados, así como del control de todas las parturientas, del cirujano y de la *comadrona*, a quien se llamaba una vez que los dolores anunciaban la proximidad del parto, para su atención y cuidados; de modo que la comadrona, era considerada como persona de confianza, inteligencia y secreto.¹⁸⁵ Verificado el parto, el niño o niña se pasaba a la casa Real de Expósitos, previa noticia de la madre, este era inmediatamente bautizado por el Capellán del Departamento, y en caso de no hallarse, podía ejecutar el acto el *Ama de confianza*, quien desde su nombramiento era instruida y examinada en la materia por los Capellanes.¹⁸⁶

¹⁸² Nicolás León, *op. cit.*, 1910, p. 213.

¹⁸³ Celia Mercedes Alanís, *El Hospital de Maternidad e infancia, 1861-1905. Los inicios de la medicalización de la obstetricia en la ciudad de México*, México, Tesis inédita, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2007, p. 15.

¹⁸⁴ Nicolás León, *op. cit.*, 1910.

¹⁸⁵ Celia Mercedes Alanís, *op. cit.* pp. 16-17.

¹⁸⁶ Nicolás León, *op. cit.*, 1910, p. 214.

El funcionamiento descrito de este departamento, nos muestra de manera clara el reconocimiento del saber y la práctica de las mujeres en el cuidado de la salud de las personas enfermas, los cuales les proporcionarían cierto poder en la organización y supervisión de dichas instituciones, así como el participar en un acto tan sagrado como el de otorgar el sacramento del bautismo.

Con la expulsión de las órdenes religiosas hospitalarias, ingresó un personal laico en su mayoría femenino para el cuidado y atención en los diferentes hospitales. Por ejemplo, en 1822 el Hospicio de Pobres, ya bajo la dirección del Ayuntamiento, presentaba entre sus empleadas una *doctrinera*, quien se ocupaba de enseñar el catecismo, una *refectolera* encargada del comedor, una *lectora* que enseñaba a leer a las niñas, una *lavandera*, una *ayudante general*, una *lavandera de las enfermerías*, una *enfermera*, una *untadora de la enfermería* que se encargaba de aplicar ungüentos, una *celadora de la enfermería* y una *mandadera* quien iba a la botica por los medicamentos de los enfermos y la *portera*, sin olvidar a la Rectora del Hospicio, que también era mujer.¹⁸⁷ A pesar de que la labor de enfermería fue considerada como un trabajo que podía realizar cualquier persona, al no requerir preparación especial o técnica y al considerarse un oficio cuya categoría pertenecía al de sirvientes¹⁸⁸, la participación de las mujeres en la asistencia sanitaria a simple vista parecería un hecho sin mayor relevancia, ante los estereotipos sexuales y de género que se le atribuyen al cuidado de los enfermos. Sin embargo, es necesario observar que la práctica hospitalaria fue una labor en la que se desarrolló una compleja relación entre los médicos –varones- y el demás personal femenino –parteras, enfermeras y nodrizas-, quienes tuvieron que convivir y compartir ciertos saberes y prácticas en el cuidado de los enfermos. Cada grupo contó con sus propios intereses e identidades profesionales y laborales que llevaría a una serie de tensiones, por la disputa de una misma disciplina, situación que se

¹⁸⁷ Elena Mendoza Castañeda, *op. cit.*, 2000, p. 90.

¹⁸⁸ Las actividades de tipo servil, eran realizadas por las clases más bajas, quienes se ocupaban de las tareas domésticas a cambio de un salario. Este personal doméstico estaba subordinado a quienes les pagaban, en una relación que se caracterizaba por la total dependencia personal, legitimada jurídicamente hasta entrado el siglo XIX. Véase: Carmen Sarasúa, *op. cit.*, 1994, pp. 4-10.

agravaría en el contexto de profesionalización de la práctica médica, que junto a la consolidación del modelo médico sanitario occidentalista, llevaría a importantes cambios en la organización y ejercicio de las actividades sanitarias, entre ellas la subordinación de las mujeres, así como de sus saberes terapéuticos y curativos, confrontados a los de los médicos varones. Dependencia

La profesionalización de las actividades médico-sanitarias

Las leyes de desamortización del 25 de junio de 1856, de nacionalización del 12 de junio de 1859, de secularización de hospitales y establecimientos de beneficencia del 2 de febrero de 1861 y la creación de la Beneficencia Pública el 2 de marzo de 1861, decretaron que los hospitales pasarían definitivamente a manos del Estado; con ello se buscaba que la asistencia a los enfermos dejara de ser una práctica caritativa, para convertirse en una asistencia sanitaria laica y científica. A pesar de la implementación de estas leyes, se puede percibir la persistencia de elementos que reflejaban la tradición de la caridad, lo cual indica que tras el establecimiento de la Beneficencia Pública no hubo una sustitución radical de ideas, sino que se experimentó una transición del modelo caritativo al modelo secularizado.¹⁸⁹

La mentalidad del siglo XIX asociaba una ciudad moderna a una ciudad ordenada, limpia¹⁹⁰, y a una población sana y trabajadora, lo que hasta el momento seguía siendo sólo un discurso de buenos deseos. Restaurada la República en 1867, los establecimientos de beneficencia continuaron bajo la vigilancia de las autoridades municipales hasta enero de 1877, año en que se hizo patente el estado de abandono y desorganización en la que estaban los hospitales y hospicios, para lo cual se creó la junta denominada Dirección de Beneficencia Pública, con el propósito de hacerse cargo de las instituciones que habían estado a cargo del Ayuntamiento. Se buscaba la renovación de la Beneficencia a través de

¹⁸⁹ Celia Mercedes Alanís, *op. cit.*, pp. 20-21.

¹⁹⁰ En torno a la implementación de un conjunto de políticas de salud pública y de urbanización como elementos cruciales de la legitimación simbólica del poder del Estado porfirista, véase el trabajo de Claudia Agostoni, *Monuments of progress. Modernization and public health in México City, 1876-1910*, Calgary, University of Calgary Press/University Press of Colorado/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2003.

la creación de una Dirección central, a cuyo cargo estarían personas capacitadas, hombres de ciencia que conocieran el funcionamiento de las instituciones de salud de países europeos. En 1881, la Dirección General de Beneficencia a cargo del doctor Sebastián Labastida, creó una serie de disposiciones reglamentarias como la supresión de la Junta Directiva, y la incorporó a la administración de los establecimientos de la Secretaría de Gobernación. Dichas reformas sentaron las bases de la organización de la beneficencia hasta finales del siglo XX. Con ello, las instituciones de asistencia social se clasificaron en tres clases: hospitales, hospicios y casa de corrección, existiendo entonces los siguientes:

Hospital de San Andrés, destinado al tratamiento de enfermedades agudas, médico-quirúrgicas y una sala dedicada a enfermedades sifilíticas de hombres; *Hospital Juárez*, atendía el servicio de las cárceles y contaba con una sala para el cuidado de los leprosos; *Hospital Morelos* para mujeres sifilíticas; *Maternidad e Infancia*, para mujeres embarazadas; *Hospital de Infantes*, atendía las enfermedades de los niños y *San Hipólito y Divino Salvador*, para hombres y mujeres dementes, respectivamente. Incluido en el segundo grupo se encuentran: *El Hospicio de Pobres*, que daba asilo y educación a niños y niñas y albergue y alimento a ancianos desvalidos. En la tercera clase estaban: *Escuela Industrial de Huérfanos*, donde se impartía la enseñanza primaria y de artes y oficios a jóvenes pobres y a corrigendos y *La Escuela de Educación de Agricultura Práctica*, destinado a recibir adolescentes que habían delinquido. También estaban los consultorios médicos anexos a los hospitales de *San Andrés e Infancia* para atender enfermos indigentes sin recursos, de cualquier edad y sexo, cuya enfermedad no hiciera necesario guardar cama en un hospital.¹⁹¹

A pesar de estas reformas, que buscaban mejorar la salud pública del país, los logros alcanzados en torno a la higiene y a ésta aún eran insuficientes. No obstante, a la llegada de Porfirio Díaz a la

¹⁹¹ José Félix Alonso Gutiérrez del Olmo, “De la caridad a la asistencia. Un enfoque de la pobreza y la marginación en México”, en *La atención materno infantil. Apuntes para su historia*, México, Secretaría de Salud, 1993, pp. 18-19.

presidencia los progresos en el campo de la medicina harían más evidentes, ello gracias a la estabilidad política y económica alcanzada durante su gobierno, que dotó de apoyo financiero a la medicina científica, ya que estaba convencido de la utilidad de la ciencia para el progreso del país. No dudó en escuchar la opinión de los científicos-intelectuales para la toma de decisiones importantes, dándoles un lugar significativo en los círculos de poder que gobernaban durante las últimas décadas del siglo XIX. En consecuencia, la ciencia médica tuvo una importante actuación en los asuntos políticos del país.¹⁹² En 1887, el presidente Díaz comisionó a un grupo de médicos para que fueran a Europa a estudiar “diversos asuntos de higiene pública”, pues las malas condiciones sanitarias de la Ciudad de México demandaban una política sanitaria bien organizada que atendiera la limpieza de las calles, la creación de un sistema de drenaje funcional, la ubicación correcta de comercios ambulantes y de cementerios, entre otras cuestiones. También era necesaria una asistencia hospitalaria verdaderamente científica y moderna,- la cual culminaría para principios del siglo XX con la construcción de dos nuevos edificios: el *Hospital General de México* y el *Hospital General de la Castañeda*.

La idea de crear hospitales de acuerdo a los avances de la ciencia médica y la ingeniería hospitalaria de Estados Unidos y otros países europeos, para evidenciar que México estaba a la altura de los países más civilizados en materia de higiene y salud, y así mostrar que el dogmatismo religioso, la ignorancia, la enfermedad y el atraso quedaban sepultados ante una nueva sociedad laica, racional y científica. El modelo social y político propagado por la ideología dominante durante el porfiriato se basó en la filosofía positivista, principalmente en las nociones de Comte y Spencer, con las cuales se apoyaba la idea de ver al Estado como un organismo que podía estudiarse científicamente tal como se hacía en la biología con los organismos vivos. Desde esta perspectiva se podía aplicar el método científico para combatir todos los males sociales que aquejaban al cuerpo social, desde la pobreza

¹⁹² Ana Cecilia Rodríguez Romo, “los médicos como gremio de poder en el Porfiriato”, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 5, vol. 2, 2002, pp. 4-5.

y las enfermedades hasta la inestabilidad política. De ahí surge la importancia que se le dio al conocimiento científico y a su progreso, por lo que éste se convirtió en uno de los bienes sociales más apreciables que demostraba el grado de avance de los países.¹⁹³

Se establecieron las bases para la medicalización de la política mexicana, que supuso un doble desplazamiento dentro del aparato burocrático del Estado, alterando de este modo su composición. Ahora los hombres de ciencia venían a reemplazar a los abogados y literatos de su anterior estatus en la elaboración de las políticas públicas. La medicina emergía como el paradigma de una disciplina a la vez fundada teóricamente y orientada a intervenir la práctica —y, por lo tanto, adecuada a las resoluciones de los asuntos sociales, que curaría las tan mentadas “patologías sociales y culturales” mexicanas—.¹⁹⁴ Se pensaba que sólo la ciencia podía cerrar de manera efectiva el capítulo de la anarquía instalada en México tras su independencia, lo que llevó a los médicos a la posición de simultáneos portadores de un tipo de saber indisputable y benefactores de la humanidad.¹⁹⁵

La influencia del pensamiento racional obligó a reordenar las teorías y las técnicas de la medicina a fin de consolidarse como una actividad eminentemente científica para el siglo XIX, lo que permitiría importantes avances como el descubrimiento de la célula y de la bacteria, el desarrollo de técnicas antisépticas, la integración de la física con la patología y de la patología con la terapéutica, entre otros elementos. Ello significó que la medicina, por fin, podría compartir con las ciencias el *status* de ser una de las formas más seguras de conocimiento, al otorgar mayor peso e

¹⁹³ Julio Aróstegui, “Los progresos de la ciencia, las artes y el pensamiento”, en Julio Aróstegui, Cristian Buchrucker y Jorge Saborido, *El mundo contemporáneo: historia y problemas*, España, Crítica Editorial, 2001, p. 636.

¹⁹⁴ En su búsqueda por preservar la paz y poner fin a una serie de problemas sociales, entre los que se encontraban la criminalidad, la prostitución, la vagancia, el alcoholismo y las enfermedades físicas y mentales —todos ellos males que impedían “lograr el tan anhelado progreso y la modernidad”— las clases dirigentes porfiristas buscaron, en una serie de teorías europeas, desde una mirada científica, explicarlos y solucionarlos al definirlos como verdaderas *patologías sociales*. La influencia de estas ideas europeas fue significativa en México, facilitadas por un sistema político autoritario y un gobierno absolutista, el cual se encargó de implantar una dictadura sanitaria que, aunque no tuvo la fuerza ni el alcance que tuvo en Europa, logró predominar en el discurso y en el pensamiento hegemónico, cuyo reflejo se evidenció en una serie de acciones y reglamentos sobre higiene y sanidad emitidos en la época. Véase: Pablo Piccato, “La construcción de la perspectiva científica: miradas porfirianas a la criminalidad”, en *Historia Mexicana*, XLVII: 1, pp. 133-181.

¹⁹⁵ Elías José Palti, *La invención de la legitimidad. Razón y retórica en el pensamiento mexicano del siglo XIX (un estudio sobre las formas del discurso político)*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 313.

importancia a los hospitales, los cuales contaron con laboratorios y equipos con nuevas tecnologías como los rayos X. El hospital fue desvinculándose de su larga asociación con la pobreza y la caridad para convertirse en un ámbito privilegiado de atención médica y en un espacio de educación e instrucción.¹⁹⁶

La práctica de los estudiantes de medicina en los diferentes hospitales de la Beneficencia se convertía en algo indispensable y obligatorio para mejorar sus conocimientos sobre anatomía, cirugía y obstetricia. Tal fue el caso del Hospital de Maternidad e Infancia, a donde acudían los alumnos de medicina de quinto año para hacer sus prácticas, a quienes se les exigía su presencia ‘a la cabecera del enfermo’ para observar de cerca síntomas y signos en la realización del diagnóstico. Del mismo modo, el Hospital de San Andrés adquirió un desarrollo especial como centro de investigación médica, y se convirtió en una de las instituciones más importantes. El doctor Rafael Lavista creó un museo anatomopatológico, que fue el antecesor de los modernos gabinetes de anatomopatología de México. El Hospital Juárez también fue un importante centro de investigación, pues ahí se realizó por primera vez la inoculación de la rabia, se tomó la primera radiografía con fines de diagnóstico y se aplicaron los primeros tratamientos con salvarsán¹⁹⁷ para curar la sífilis.¹⁹⁸

A lo largo del siglo XIX fue avanzando la especialización de los saberes médicos y con ello se delimitaron sus campos profesionales, que eran pautados científica y éticamente por tratados y códigos elaborados por expertos, preparados por escuelas superiores y universidades. Ante su carácter científico y como centros de enseñanza e investigación, los hospitales tendrían que haber sido atendidos por personal científico y administrativo, cuya planta debía ser aprobada primero por

¹⁹⁶ Claudia Agostoni, “El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman, *op. cit.*, 2001, p. 98-111.

¹⁹⁷ Un bacteriólogo alemán llamado Paul Ehrlich comunicó a la comunidad científica que había desarrollado, luego de experimentar con varios compuestos, todos basados en arsénico, una sustancia que era efectiva para lograr curar la sífilis. Llamada inicialmente arsfenamina, la compañía farmacéutica alemana Farbwerke-Hoechst, fabricó ingentes cantidades de este nuevo y novedoso medicamento, bautizándolo con el nombre comercial de Salvarsán, iniciando la época del uso de sustancias elaboradas en laboratorio con el objetivo de tratar diversas enfermedades. Para el año de 1910, el descubrimiento de Ehrlich había tratado diez mil casos. Véase: Luis Coello Kuon – Yeng, *Revista Médica de Nuestros Hospitales*, Guayaquil, vol. 17 núm. 4, 2011, p. 1.

¹⁹⁸ Elena Mendoza, *op. cit.*, p. 209.

la Secretaría de Gobernación. Este proceso de profesionalización de la asistencia sanitaria llevaría a la sistemática exclusión de muchas mujeres que desde la época colonial se habían dedicado al cuidado de la salud, principalmente aquellas dotadas de un conocimiento empírico no profesionalizado como las nodrizas, comadronas y enfermeras empíricas, a quienes la comunidad médica les limitó su participación, poder y saber en el campo de la medicina doméstica tradicional.

El discurso médico de este periodo, basado en una supuesta racionalidad científica pero claramente empapado de prejuicios de clase y género, llevaría al desplazamiento del conocimiento médico indígena de curanderas (os) y comadronas, quienes eran conocedoras y depositarias de todo un arsenal de hierbas y raíces de plantas imprescindibles para la provisión de cuidados de la salud de la mayoría de la población en situación de pobreza¹⁹⁹, dándose lo que Enrenreich y English denominan el proceso de transformación social que la figura de la sanadora experimentó dentro de la estructura de los cuidados; al estar la enfermería tradicionalmente ligada a los cuidados de salud de tipo doméstico y a las órdenes religiosas, la cual más tarde emergería como figura profesional dentro de la medicina institucionalizada.²⁰⁰

Esta disputa por el poder y saber del conocimiento médico tiene sus antecedentes en la época del virreinato, en la que los médicos buscaban tener el monopolio del saber curativo y obtener la exclusividad de la práctica médica. Desde 1628 el Tribunal del Protomedicato buscó controlar la salud pública en la Nueva España. Éste órgano funcionó durante una década con vida independiente, hasta su

¹⁹⁹ Bartolache, médico del siglo XVIII fue representativo de la Ilustración novohispana y Porfirio Parra, un positivista decimonónico. En el primer número del Mercurio Volante —pionero entre los periódicos médicos del país—, Bartolache catalogaba a los pueblos prehispánicos como bárbaros e ignorantes; casi un siglo después, Parra definía al imperio azteca como rara amalgama de cultura y de barbarie, que presentaba “a la par que destellos de adelanto, feroces prácticas que hacen pensar en los salvajes más ínfimos”. Si la “raza india” era inferior, automáticamente podía deducirse que su medicina también lo era. Bartolache justificaba el atraso en el que estaban las ciencias en la Nueva España señalando esa inferioridad. Por su parte, Parra negaba todo valor a la medicina indígena. Francisco Flores, en cambio, hablaba de las glorias pasadas de los pueblos indios. En su monumental obra *Historia general de la medicina en México*, publicada en 1886, reconocía el valor de los médicos de la universidad colonial y descubría a los representantes de la medicina prehispánica, especialmente la azteca. Véase: Ana María Carrillo, “Los médicos y la “degeneración de la raza indígena”, en *Revista Ciencias*, Universidad Nacional Autónoma de México, núm. 60-61, octubre 2000-marzo 2001, pp. 64-65.

²⁰⁰ Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *Witches, midwives and nurses: a History of Women Healers*, New York, Feminist Press at Cuny, 1973.

supresión en 1831 por el presidente de la República Anastasio Bustamante, quien en su lugar estableció una junta denominada Facultad Médica del Distrito Federal, que tomó a su cargo todas las atribuciones encomendadas al Protomedicato, con la obligación además de elaborar el código sanitario del país. El 4 de enero de 1841 se promulgó un ordenamiento de arreglo de los estudios médicos, exámenes de profesores y policía en el ejercicio de las facultades de medicina, y para 1844 dicho organismo reconocía legalmente en la Ciudad de México sólo a 18 médicos, 6 boticarios, 1 partera y 2 flebotomianos.²⁰¹ En 1854 la Facultad Médica fue remplazada por el Consejo Superior de Salubridad, el cual estaba compuesto por cinco miembros titulares, tres de ellos médicos, un farmacéutico y un químico, cuyas funciones de control estatal se extenderían hasta 1917. Éste presentó un nuevo proyecto de regulación de las actividades curativas de parteras, dentistas y flebotomianos, quienes para poder ejercer debían previamente notificar al público –mediante la publicación en los periódicos- de las actividades y remedios que flebotomianos, dentistas y parteras brindaban.

Quedaban claramente especificadas las prácticas permitidas y prohibidas de cada uno de ellos; por ejemplo, los flebotomianos podían extraer dientes y poner ventosas simples, únicamente con la autorización de un médico, pero no estaban autorizados para realizar sangrías y aplicar cloroformo. A los dentistas se les permitiría limpiar los dientes, limarlos, cauterizarlos, emplomarlos, enderezarlos, aproximarlos, luxarlos y extraerlos, pero no podían aplicar cloroformo a menos de que se hiciera en presencia y bajo la responsabilidad de un médico. Y por último, a las parteras les correspondía recibir a los recién nacidos, darles los primeros auxilios en caso de asfixia, cortar el cordón y advertir a los familiares en caso necesario, siempre bajo la presencia de un médico titulado; prohibiéndoles aplicar algún remedio a las madres o participar en las labores de parto, a menos que se presentaran complicaciones pre o pos-parto y que no hubiese algún médico a quien

²⁰¹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), México, *Salubridad Pública*, ejercicio de la medicina, leg. 1, exp.1, 1764, if. yleg.14, exp.31, s/f, If.

llamar. Esta regulación anexaba por parte del Consejo Superior de Salubridad su compromiso de enviar un oficio al director de la Escuela de Medicina para capacitar a las parteras.²⁰²

Estos preceptos chocaban con la política liberal, la cual formulaba la existencia de leyes que garantizaban el pleno derecho de los individuos a ejercer actividades laborales sin restricción alguna, y el respeto a la libertad para elegir el oficio, ocupación o trabajo que más conviniera a cada individuo; lo que incluía el campo de la medicina, permitiendo a cualquier persona ejercer actividades curativas sin la exigencia de una formación académica ni de la obtención de un título profesional, en tanto que la Constitución política del 5 de febrero de 1857 garantizaba una educación liberal sin llegar a determinar o reglamentar qué profesiones requerían grado académico para su ejercicio. Así en la primera sección, consagrada a los derechos del hombre, en su artículo tercero se señala que: “La enseñanza es libre”, y el artículo cuarto afirmaba que: “Todo hombre es libre para abrazar la profesión, industria o trabajo que le acomoda, siendo útil y honesto, y para aprovecharse de sus productos”.²⁰³

La ausencia de leyes reglamentarias que limitaran las actividades sanitarias provocó el enojo de la comunidad médica profesional, quienes desde una postura personal se encargaron de desprestigiar a curanderos, hierberas y parteras, calificándolos de charlatanes. En su disputa contra las parteras, aludían a su condición de género y nivel social, a “la ignorancia” y lo “detestable” de una práctica en la que consideraban que sólo ellos tenían el conocimiento y las habilidades científicas necesarias. Pero hasta el periodo independiente cuando se buscó con más ahínco subordinar y controlar a las y los sanadores, al poder médico masculino institucionalizado, por lo que en 1842 se decretó que las parteras podían presentarse a realizar examen en la Escuela de Medicina -aún sin estudios previos,- y posteriormente exigir su profesionalización. Para poder ejercer, se les exigió estudiar dos años en la Escuela de

²⁰² Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, sección: Protomedicato, “Dictamen sobre actividades de parteras, dentistas y flebotomianos”, octubre 20, 1854.

²⁰³ Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos. Sancionada y jurada por el Congreso General Constituyente el día 5 de febrero de 1857, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. <http://bib.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/ecm/35716152323148053754491/index.htm>.

Medicina, antecediendo a su ingreso una serie de requisitos, entre los que se encontraban: tener la educación primaria, aprobar un examen de comprensión de francés y aritmética, presentar dos cartas donde se afirmara que eran hijas legítimas y llevar una “vida digna moralmente”, acta de bautizo, solicitud al director y tener por lo menos dieciocho años de edad. Cumplir tales requisitos excluía a la mayoría de las parteras tradicionales por su condición social y económica, pues se trataba de mujeres cuya instrucción se limitaba a conocimientos médicos empíricos, los cuales habían aprendido de sus abuelas o madres; difícilmente sabían leer y muchos menos en francés. Tales exigencias nos permiten deducir que las mujeres que lograban ingresar a la Escuela de Medicina pertenecieron a una clase más o menos privilegiada, lo que reducía la oportunidad de la mayoría de las parteras pertenecientes a estratos sociales bajos, en tanto que la finalidad era retirar poco a poco el cuidado del alumbramiento de sus manos para convertirlo en una práctica médica que sólo pudiera ser realizada o supervisada por un facultativo varón.²⁰⁴

En un contexto en el que el Estado sabía que “poblar era gobernar”, se percató del importante valor que tenían las madres como “reproductoras” de los futuros ciudadanos y de la clase trabajadora, por lo que decidió tomar en sus manos el cuidado de los embarazos, el parto, el amamantamiento y el cuidado de los niños, sucesos que anteriormente correspondían a la vida doméstica de las mujeres y que ahora debían ser realizados exclusivamente por el grupo hegemónico de médicos profesionistas. A pesar de esto, para finales de siglo XIX y principios del XX, las parteras, nodrizas y enfermeras empíricas, seguían figurando como las principales protagonistas de dichas labores, pues la mayoría de las mujeres de todas clases sociales, tal vez por costumbre o por pudor, frecuentemente recurrían a las comadronas para ser atendidas en sus partos. Lo mismo sucedía con la contratación de las nodrizas para cuidar y amamantar a los recién nacidos, el cual siguió siendo un hecho común entre aquellas

²⁰⁴ *Ibid.*, p .201.

madres que por alguna razón no podían alimentar a sus hijos, sabiendo de antemano lo imprescindible que era dotarlas de leche materna.

Esta falta de autoridad para controlar y regular la labor ejercida por estas mujeres propició que el Estado emitiera una serie de reglamentos que exigían a las parteras su profesionalización, y a las nodrizas, a someterse a revisiones médicas rigurosas por parte de las autoridades sanitarias. Para ello, los médicos comenzaron a definir el parto, el embarazo y la alimentación de los infantes como fenómenos complejos, especializados y científicos, que debían quedar bajo la esfera del servicio profesional para justificar su intervención en un campo hasta entonces reservado a las curanderas, pues los médicos buscaban tener el control de las actividades de parteras y nodrizas, argumentando que tras su ignorancia académica, no tenían la capacidad para participar en dichos procesos,²⁰⁵ y las acusaban directamente de ser las culpables de los altos índices de mortandad infantil que aquejaban al país.

Los médicos denunciaban abiertamente las prácticas de las parteras como perniciosas: el uso de plantas ocitólicas, el baño de temazcal, las posturas verticales o inclinadas en el parto o la expulsión de las secundinas, y las versiones externas del feto,²⁰⁶ pues según ellos se trataba de prácticas que ponían en peligro la vida de la madre y de la criatura. Afirmaban que los casos de muerte de la madre o el infante atendidos por parteras, se debían a la ignorancia de éstas, mientras que en los de muertes atendidos por médicos, eran la fuerza de la naturaleza o las limitaciones de la ciencia las responsables. En torno a la labor de las amas de cría, la profesión médica empezó a calificarlas de tiránicas y peligrosas, y las describió como mujeres “siempre inmorales” que quitaban a sus hijos el alimento al que tenían derecho para entregarse a su “vergonzoso comercio”, que laboraban sin importar el estado de salud en el que se encontraban, y la mayoría de las veces más que hacer un bien, eran las causantes

²⁰⁵ Ana María Carrillo, “La alimentación “racional” de los infantes: maternidad “científica”, control de las nodrizas y la lactancia artificial”, en Julia Tuñón, *Enjaular los cuerpos. Normatividades decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México, 2008, pp. 229-231.

²⁰⁶ Ana María Carrillo, “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, en *Dynamis*, núm. 19, 1999, p. 183.

de transmitirles a las y los pequeños numerosas enfermedades, de las cuales difícilmente se salvaban. De modo que la elección de una nodriza dejaba de ser un asunto individual y familiar para convertirse en una cuestión de higiene social y de salud pública, que debía estar sujeto a la inspección de las autoridades sanitarias.²⁰⁷

Conforme fue creciendo la participación de los médicos en los cuidados del embarazo y el parto, la obstetricia primero y la ginecología después llegaron a ser especialidades de la medicina académica, la cual debía estar reservada a la capacidad y conocimientos que sólo los hombres podían tener. Con la finalidad de despojar a la mujer de su saber sobre la reproducción, empezaron a tratar estos procesos como asuntos técnicos y especializados, los cuales pasaron de ser fenómenos sociales, a convertirse en hechos biológicos -médicos y patológicos-²⁰⁸, y por tanto exclusivos de ser atendidos por la ciencia médica. A partir de entonces comenzaron a aparecer un sinnúmero de artículos, tesis e investigaciones en torno a la obstetricia moderna y a la pediatría. Detrás de la supuesta evolución de ambas especialidades médicas, se establecieron las bases de la masculinización del arte de encargarse de los partos y de los cuidados de los niños, y la subordinación de las matronas y nodrizas a la nueva clase médica profesionalizada. A las primeras se les obligó a lo largo del siglo XIX a cubrir planes de estudio, realizar prácticas, aprobar exámenes y aceptar la superioridad de los médicos. Su práctica se redujo a tareas menores como desinfectarse y desinfectar a la parturienta, avisar al médico si no salía completa la placenta o si la madre tenía fiebre. El termómetro y una sonda para el cateterismo uretral eran los únicos instrumentos que estaban autorizadas a emplear, salvo en casos de emergencia.²⁰⁹ A las nodrizas se les trató de remplazar por la alimentación artificial, la cual, según algunos médicos, estaba científicamente controlada.

²⁰⁷ Ana María Carrillo, *op. cit.*, 2008, p. 250.

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 172.

²⁰⁹ Anna Staples, “El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al conocimiento médico”, en Julia Tuñón, *Enjaular los cuerpos. Normatividades decimonónicas y feminidad en México*, México, *op. cit.*, p. 218.

Estas disposiciones causaron la indignación de las parteras, quienes no tardaron en defender su saber y sus conocimientos, ante largos años de experiencia en la práctica, la cual rebasaba por mucho los conocimientos teóricos de los médicos aprendidos en la universidad. Desde que en 1833 se creó el Establecimiento de Ciencias Médicas en lugar de la Antigua Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad, hubo una cátedra de obstetricia, pero los médicos no recibían en ella práctica alguna, y no fue sino hasta 1867, con la inauguración de la primera clínica de obstetricia que comenzarían a recibir enseñanza práctica. Antes de esa época, los médicos no recibieron ninguna enseñanza práctica en la atención a mujeres embarazadas, parturientas y puérperas; y a pesar de tales limitaciones se consideraban superiores a las parteras. Hasta principios del siglo XX, no podía ocultarse la poca práctica de los médicos en materias relacionadas con la ginecología, quienes llegaron a provocar multitud de accidentes; de ahí que fueran comunes los casos de médicos de gran prestigio que al utilizar la anestesia quirúrgica y la anestesia obstétrica inadecuadamente, causaran la muerte de las pacientes, pues no pocas veces recurrían a prácticas nocivas e irracionales para la madre y su producto, como oprimir el vientre, hacer exploraciones imprudentes y repetidas que llevaban a inutilizar las contracciones. Estas descripciones son una muestra evidente de la falta de experiencia y conocimientos que los médicos tenían del cuerpo femenino, el cual hasta entonces había sido ocultado y reservado sólo a la vista y exploración de otras mujeres: la curandera o partera.

Lo anterior llevó a que los médicos aprendieran más de las parteras que viceversa, prueba de ello fue que en el estado de Oaxaca la ley les exigía a éstas que instruyeran al médico; por lo que muchos de ellos, conscientes de sus limitantes, llegaron a contratarlas como ayudantes en sus consultorios particulares. Un caso conocido salió en la prensa, donde se afirmaba que: “Dolores Román –india pura y primera partera en jefe de la Casa de Maternidad de la Ciudad de México. Quien había sido la primera en haber hecho la versión por maniobras externas del feto en un hospital”. A pesar de esto, la prensa médica propagó después la noticia, de que dicha intervención quirúrgica la había realizado

“bajo la dirección” del médico Martínez del Río, e incluso se atribuyó a los tocólogos mexicanos la “invención” de esa maniobra.²¹⁰ Era obvio que la medicina institucionalizada -de dominio masculino-, no podía aceptar la superioridad en conocimientos de aquellas mujeres, quienes a pesar de los obstáculos de tipo institucional impuestos, lograron sobresalir con base en sus capacidades y saberes.

Aunque los médicos, consideraban a las mujeres dedicadas a la labor curativa un peligro para la población, su reemplazo y desaparición no sería nada sencilla, si se considera que aún con su aumento en números de 2.280 en 1895 a 3.019 en 1910, sólo correspondía de 1.80 a 1.99 médicos por cada 1000 habitantes, y si a eso le suma su mala distribución, ya que la mayoría se concentraban en las capitales, mientras que en muchos municipios no existía ninguno. Eran las poblaciones de menores recursos las que más resentían esta falta de atención, pues a los pocos existentes difícilmente les podían pagar sus altos honorarios.²¹¹ Entonces, a donde acudía la mayoría de las personas en situación de pobreza cuando enfermaban o iba a dar a luz, justamente con estas mujeres en su calidad de parteras, curanderas, hierberas, nodrizas, quienes seguían siendo las encargadas de cuidar la salud de la comunidad. Ejercían un trabajo muy valioso en términos económicos, políticos y sociales, pues se trataba de la preservación de la salud, bienestar y vida, tanto individual y colectiva, de las y los trabajadores que conformaban la nación mexicana porfirista.

El papel de las mujeres en el desarrollo del Estado porfirista

La idea de movilizar a las mujeres para el desarrollo nacional, apunta Silvia Arrom, se remonta a finales del periodo colonial, cuando los funcionarios borbónicos vieron en las mujeres una pieza clave para el desarrollo social y nacional. Éstos, deseosos de consolidar su poder y promover la riqueza colonial, impulsaron la educación de las mujeres y su incorporación a la fuerza de trabajo.

²¹⁰ Ana María Carillo, *op. cit.* 1999, p. 174.

²¹¹ Moisés González Navarro, *El Porfiriato. La vida social*, en Daniel Cosío Villegas, *Historia Moderna de México*, México/Buenos Aires, Editorial Hermes, 3ª edición, 1973, p.115.

En sus proyectos incluían a las mujeres, no tanto porque se propusieran mejorar su situación, sino porque consideraban que la cooperación femenina era esencial para el progreso y la prosperidad. Tal visión continuaría hasta las guerras independentistas, pues tanto los realistas como los insurgentes trataron de arrastrar a las mujeres a la lucha; y después de la independencia los dirigentes mexicanos, enfrentados a los infortunios que tocaron a la joven república, continuaron reclutando a sus compatriotas femeninas.²¹²

A su vez la modernidad porfiriana, señala Carmen Ramos Escandón, establecería nuevos parámetros en las relaciones de género y en el modelo femenino; siendo en los últimos años del siglo XIX mexicano cuando se profundizaría la discusión sobre el deber ser femenino. Y es que para la mayoría de los intelectuales positivistas de la época, el siglo XIX era el siglo del progreso, en donde la sociedad en su conjunto podía ser objeto de un perfeccionamiento progresivo prácticamente sin límites. Este perfeccionamiento incluía tanto a los hombres como a las mujeres, ya que cada uno de los individuos que conformaban el aparato social tenían una función específica en el desarrollo de la nación.²¹³ El Estado porfirista sabía que en el contexto del nuevo orden político y económico capitalista, el papel de las mujeres, en relación a su compromiso con el desarrollo de la nación, inevitablemente tenía que ser incluyente y participativo. Es entonces cuando se replantea el papel de “la nueva mujer” en el contexto de una perspectiva más amplia sobre la sociedad mexicana en su conjunto; en un momento en el que es necesario incorporar a las mujeres a las nuevas formas de vida urbana y a la creciente fuerza de trabajo en forma masiva²¹⁴, y qué mejor que éstas pudieran servir a su nación como educadoras y preservadoras de la vida y salud de las y los ciudadanos, con carácter

²¹² Silvia Arrom, *Las mujeres de la ciudad de México, 1790-1857*, México, Siglo Veintiuno, 1988, pp. 28-29.

²¹³ Carmen Ramos Escandón, “Mujeres positivas. Los retos de la modernidad en las relaciones de género y la construcción del parámetro femenino en el fin de siglo mexicano, 1880-1910”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (eds.), *Modernidad, Tradición y Alteridad. La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, p. 293.

²¹⁴ *Ibid.*, p. 294.

“amoroso, gracioso, dulce y espíritu de sacrificio”, lo que las convertía en los seres ideales para enseñar a los niños, y cuidar de los miles de personas enfermeras del país.

Esta idea de incorporar a las mujeres al desarrollo social y nacional jamás tuvo como objetivo apoyar su emancipación. Pero al acceder al trabajo asalariado, a cierto grado de educación e instrucción pública, a espacios laborales que antes tenían restringidos y a los que sólo aceptaban a los varones, les permitiría importantes transformaciones en relación a su antigua situación social. Esta inclusión a espacios más amplios y públicos, vendría a redefinir los antiguos parámetros y estereotipos genéricos.²¹⁵ La situación descrita, junto a las ideas del movimiento feminista de Europa y Estados Unidos, permitieron que en México se dejaran escuchar las primeras voces feministas de mujeres como Laureana Wright de Kleinhaus, considerada una de las precursoras del feminismo en México por su labor en pro de los derechos de la mujer, quien entre muchas de sus acciones fundó la revista semanal *Violetas de Anáhuac*, desde donde se plateaban la demanda del sufragio para la mujer y la igualdad de oportunidades para ambos sexos.²¹⁶

También se comenzó a cuestionar el derecho a la educación de las mujeres y su desarrollo en el ámbito profesional; ejemplo de ello son las ideas del filósofo inglés John Stuart Mill, que en 1869 publicaba su libro *Subjection of Women*, convertido en uno de los clásicos de la literatura feminista. En él se pedía para la mujer, quizá por primera vez, igualdad práctica, igualdad de retribución, libre acceso a todo tipo de educación e igualdad jurídica y política. En ese mismo año, en Estados Unidos, Elizabeth Cady Stanton y Susan B. Anthony fundaron *La Asociación Nacional para el Sufragio Femenino*, cuyo principal objetivo fue obtener una enmienda a la Constitución federal que garantizara el voto para las mujeres.²¹⁷ Tales ideas, en boga sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XIX, no tardaron en hacerse escuchar dentro de la sociedad mexicana; ante las condiciones de desigualdad

²¹⁵ *Ibid.*, p. 295

²¹⁶ Lourdes Alvarado, *El siglo XIX ante el feminismo. Una interpretación positiva*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1991, p. 14.

²¹⁷ *Ibid.*, p.11.

de derechos y oportunidades que, aunados al sometimiento de que eran víctimas las mujeres en esa época, conformaron un terreno fértil donde aunque con múltiples obstáculos, tarde o temprano germinaría la semilla feminista.

Desde el periodo colonial mexicano la justificación de las diferencias entre los géneros se apoyaba en una fundamentación religiosa, y el deber ser de las conductas masculinas y femeninas se implementó sobre todo a través de la iglesia. Pero a mediados del siglo XIX, con la puesta en duda por parte del Estado del derecho eclesiástico para normar las relaciones interpersonales y junto a la creación del registro civil, la hegemonía ideológica de la Iglesia deja de ser apoyada por el Estado. A pesar de tales transformaciones, la situación jurídica de las mujeres poco cambiaría, pues se dio una continuidad respecto al derecho vigente en la etapa colonial. Al igual que la legislación hispana, el código civil establecía como obligación del varón proteger a la esposa, mientras que consideraba un deber de la mujer obedecer a su marido en lo doméstico, en la educación de las y los hijos y en la administración de los bienes. La mujer debía acatar las decisiones del marido respecto a los hijos, pues éste detentaba la patria potestad, de modo que ella no tenía capacidad legal para decidir sobre el futuro de sus descendientes ni siquiera cuando enviudaba, pues el padre podía nombrar a consultores en su testamento y la viuda quedaba obligada a obedecer sus determinaciones. Como se puede observar, la mujer casada era considerada una menor de edad a nivel jurídico, en tanto que el derecho civil establecía que el marido era su representante legítimo y que ella no podía comparecer sin su permiso. En la vida económica también siguió restringida, como se observa en el derecho comercial, pues necesitaba la autorización del marido para comerciar y éste podía retirarla de sus negocios en cualquier momento.²¹⁸

²¹⁸ Elisa Speckman Guerra, “Las tablas de la Ley en la era de la modernidad. Normas y valores en la Legislación porfiriana”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (editoras), *Modernidad, Tradición y Alteridad. La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, pp. 251-259.

Ante esta situación, algunos juristas mexicanos e intelectuales comprometidos con las ideas del liberalismo y del individualismo, abogaban por adecuar la realidad social, jurídica y política de la mujer mexicana al principio de igualdad; entre ellos estaba Ignacio Ramírez quien criticaba a sus colegas por haber olvidado los derechos sociales de la mujer en la Carta Magna. Aunque sus reflexiones sólo se referían al matrimonio, ésta sería la primera afirmación a nivel institucional. Del mismo modo, Genaro García hace una crítica al aparato legal, al Código Civil, Penal, de Comercio y de Procedimientos Civiles, pues según afirmaba, era ahí en donde se perpetuaban y reforzaban las diferencias genéricas.²¹⁹ Tales ideas propiciaban constantes discusiones y contradicciones en torno al lugar asignado a la mujer en una sociedad que, a pesar de que se calificaba como “moderna” y liberal, no aceptaba la igualdad de éstas respecto a los varones. Por un lado, los liberales sabían lo imprescindible de la participación femenina ya no sólo en los ámbitos de la casa y la familia, sino como maestras, trabajadoras, enfermeras, intelectuales, etc.-. Pero la idea de una mujer activa en asuntos públicos con pleno goce de derechos ciudadanos resultaba algo inaceptable y peligroso para el “orden social” patriarcal, de ahí la constante preocupación de la clase hegemónica predominantemente masculina por delimitar sus derechos y obligaciones al menos en el ámbito legal.

La concepción positivista de la mujer buscaba preservar este orden social, el cual asegurara el papel de ésta como miembro de la institución básica sobre la cual se apoyaba el aparato estatal: la familia. En cuanto parte constitutiva de la familia, se conceptualizaba y se discutía sobre la mujer en relación a otros integrantes de esa unidad; de modo que se le seguía definiendo a partir de su relación con los otros, desde su constitución como hija, hermana, esposa y madre; por ello, sus derechos eran redefinidos en los códigos civiles de 1870 y 1884 a partir de su rol de esposa y madre; así como desde su posición y rol en el cuerpo social, el cual estaba determinado y limitado dentro de la institución familiar. Sus funciones concretas se apoyaban en las diferencias biológicas y en la división sexual del

²¹⁹ Genaro García, *Apuntes sobre la condición de la mujer*, p. 43

trabajo, siendo, la reproducción su tarea específica. Pero ante los requerimientos de los nuevos tiempos que redefinían una mayor participación de éstas en los proyectos “modernos” del Estado porfirista, los ideales a acatar en la vida práctica de las mujeres se volvían cada vez más complicados y contradictorios.²²⁰

En el contexto del desarrollo de la economía capitalista industrial y la incesante lucha por encaminar a la nación al progreso y la modernidad, el trabajo femenino asalariado sería un elemento indispensable para alcanzar dicho desarrollo. Además, el hecho de que las mujeres dejaran el hogar para salir a trabajar y contribuir al gasto familiar no era una situación nueva, desde 1811 en la Ciudad de México, una tercera parte de la fuerza de trabajo la constituían las mujeres, sobre todo las pertenecientes a las clases pobres. Alrededor de 20 mil 500 mujeres trabajaban fuera del hogar, lo que significaba que más de un cuarto de toda la población femenina urbana de más de 15 años tenía una ocupación²²¹ en las fábricas de tabaco, en pequeños talleres textiles, en las prisiones, hospitales, orfanatorios y asilos; todo ello sin contar a las trabajadoras ilegales como las prostitutas, lavanderas, costureras, meseras de pulquerías o mesones, las que llevaban a su casa ropa para coser y lavar, salar cueros, lavar e hilar algodón, bordar, hacer encajes, cintas e incluso zapatos, o aquellas que entraban diariamente a la ciudad de los pueblos vecinos a vender comestibles de todo tipo.²²²

A mediados del siglo XIX, de acuerdo con el Padrón de 1842, el número de mujeres superaba 64 mil, lo que correspondía a 54.5% de la población total. De ellas, más de la mitad había nacido en la Ciudad de México, pues las migrantes sumaban poco menos de 43%. Independientemente de su origen, la población femenina estaba compuesta en su mayoría por mujeres jóvenes en edad de trabajar, y la proporción de las que estaban casadas era bastante menor a la de los hombres. Entre el sector femenino había un mayor número de viudas y solteras respecto del que se observa para la

²²⁰ Carmen Ramos, *op. cit.*, 2001, pp. 295-296.

²²¹ Silvia Arrom, *op. cit.*, 1988, pp. 123-130.

²²² Fernanda Nuñez, “Mujer y trabajo en el siglo XIX: el ángel del hogar VS. La prostituta”, en María de Lourdes Herrera, *Estudios históricos sobre las mujeres en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2006, p. 168.

población masculina,²²³ quienes regularmente no dependían de un varón para su sustento económico, sino de su propio trabajo personal. Lo anterior permite reconocer que a pesar de la existencia de un arsenal de códigos de conducta y valores normativos establecido para “el bello sexo”, en la práctica muchos de estos fueron realizables sólo para un pequeño número de mujeres pertenecientes a la clase burguesa, en tanto que la mayoría de la población femenina capitalina de las clases populares trabajaban para subsistir y poder alimentar a sus hijas e hijos, cuyo esposo y padre la mayoría de las veces se negaba a hacerse responsable de la manutención de su descendencia²²⁴. Esta situación señala que la existencia de la familia, como forma de vida primaria en común y como institución que asegurará cierto tipo de relaciones internas como garantía del orden social, se trató más de un ideal del pensamiento burgués, que poco tuvo que ver con la vida real de la mayoría de los hombres y mujeres que conformaban la sociedad de finales de siglo XIX y principios del XX.

En el transcurso del siglo XIX, las mujeres pertenecientes a los sectores medios comenzaron a ocupar empleos de “cuello blanco”²²⁵, los cuales cubrían todo un mosaico laboral en oficinas gubernamentales, empresas, compañías de correo, teléfono y telégrafo, tiendas, almacenes, hospitales, escuelas y oficios que, a pesar de ser identificados según el análisis de Joan W. Scott como “trabajo de mujeres”, indudablemente lograron abrir nuevas oportunidades profesionales y laborales a las mujeres de clase media jóvenes y solteras, quienes encontraron alternativas de vida más amplias que las del reducido espacio doméstico, pues el hecho de tener un trabajo remunerado las dotaba de cierta independencia personal y de un reconocimiento social para seguir superándose. Esta creciente participación femenina en el campo laboral, generó una gran polémica y crítica de

²²³ Sonia Pérez Toledo, *Población y estructura social de la Ciudad de México, 1790-1842*, México, Biblioteca de Signos, 2004, p. 211

²²⁴ En torno al estudio de las madres solteras, pobres y abandonadas en la Ciudad de México durante el siglo XIX y su necesidad de trabajar para subsistir, vendiendo en las calles o en los mercados, como sirvientas y toda una multitud de autoempleos, se encuentra el trabajo de Ana Lidia García Peña, “Madres Solteras, pobres y abandonadas: Ciudad de México, siglo XIX”, en *Historia Mexicana*, Vol. LIII, enero-marzo, número 3, El Colegio de México, 2004, pp.647-692.

²²⁵ Joan W. Scott, “La mujer trabajadora en el siglo XIX”, en Genevière Fraisse y Michelle Perrot, *Historia de las mujeres en Occidente*, Tomo 4, España, Siglo XXI/ Taurus, 1993, p. 413.

los sectores más conservadores, quienes en lugar de valorar las cualidades y capacidades de las mujeres, afirmaban que se estaba cayendo en la “inmoralidad y egoísmo de los empresarios”, quienes estaban “corrompiendo a las mujeres”, “debilitando los hogares”, favoreciendo el egoísmo e irresponsabilidad de muchos hombres que se beneficiaban con el trabajo de ellas, todo por la ambición de lucro del sector capitalista.²²⁶

El discurso político estaba dividido, la clase política más progresista del país se interesaba por preparar a las mujeres para que pudieran ganarse la vida dignamente, ampliar sus perspectivas educativas, pues dentro de las exigencias del proyecto de la nueva nación estaba enrolarse en aras de la modernidad e integrarse al ritmo del desarrollo económico e industrial de países como Estados Unidos, Francia, España e Inglaterra; lo que exigía instruir a la población, educarla y capacitarla para que estuviera acorde con los requerimientos que la base empresarial demandaba, en la generación de obreros y obreras técnicas, así como empleados y empleadas en el ramo de los servicios, incluyendo a la naciente élite profesionista que justo en este periodo alcanzó un significativo grado de consolidación y diversificación,²²⁷ en el que ya algunas mujeres también comenzaban a integrarse.

Así, la escuela de artes y oficios se fue saturando ante las demandas que el país exigía de desarrollo y modernización. Al fundarse dicha escuela, la inscripción había sido de 510 alumnas, y una década después la cifra se había duplicado. La educación técnica impartida en ella, a través de sus distintos talleres, se proponía hacer de las mujeres participantes activas del progreso, enaltecer su función de seres humanas que trabajan y que se mantienen a sí mismas, y despertar en ellas el sentimiento del amor al estudio y al trabajo. Estos conceptos provenían, sobre todo, de varias normalistas, telegrafistas, escritoras y profesionistas que exhortaban a las mujeres mexicanas a que abandonaran “la rutina, la vida monótona” a la que por siglos habían estado sujetas y que

²²⁶ Lourdes Alvarado, *op. cit.*, 1991, p. 25.

²²⁷ *Ibid.*, pp. 209-210.

participaran en el camino de la industrialización.²²⁸ A pesar de las críticas el gobierno nacional, convencido de que en gran medida el futuro del progreso del país dependería de su educación, finalmente les brindó la oportunidad de acceder al mundo profesional mediante la apertura de escuelas secundarias o preparatorias, condición indispensable para aspirar a niveles superiores, ofreciéndoles posibilidades reales para desarrollarse intelectualmente y convertirse en ciudadanas útiles para la patria.²²⁹

Tales posturas indudablemente vendrían a modificar los arraigados patrones culturales de la sociedad mexicana respecto al tradicional papel social de la mujer, pues aunque el discurso dejaba muy en claro que dicha instrucción tenía como finalidad sólo crear mejores madres y esposas, con base en su “natural labor de procreadoras y formadoras de los futuros ciudadanos”, también debía estar a la altura de los requerimientos de los nuevos tiempos y preparar a este sector de la población para ampliar sus alternativas académicas y laborales. Todos estos cambios que exigía el porfiriato vendrían a abrir una importante brecha que permitiría a un reducido grupo de mujeres como bien señala Lourdes Alvarado, contra viento y marea abrirse paso en las escuelas superiores e ingresar a aquellas profesiones consideradas “masculinas”²³⁰; cuyos retos comenzaban una vez que ingresaba a la escuela y continuarían en el momento de desarrollarse laboralmente, en espacios como el hospitalario, cuya autoridad, poder y saber eran monopolizados por los médicos varones.

Las mujeres en el cuidado de los enfermos a finales de siglo XIX y principios del XX

A pesar del proceso de profesionalización de las actividades sanitarias que exigían tener un nivel de preparación universitaria para poder ejercerlas, la figura femenina siguió sobresaliendo a lo largo del siglo XIX en el cuidado de la salud a través de las parteras y enfermeras. Por ejemplo, el Hospital de

²²⁸ Mílada Bazant, *Historia de la educación durante el porfiriato*, México, El Colegio de México, 2006, p. 119.

²²⁹ María de Lourdes Alvarado, *La educación superior femenina en el México del siglo XIX. Demanda social y reto gubernamental*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, p. 77.

²³⁰ Ma. de Lourdes Alvarado y Elizabeth Becerril Guzmán, “Mujeres y educación superior en el México del siglo XIX”, en *Publicaciones digitales dgsca*, 3 de marzo de 2007.

http://biblioweb.dgsca.unam.mx/diccionario/htm/articulos/sec:_10.htm

Maternidad e Infancia, que fue el primero en ser instalado por la Beneficencia Pública, tuvo como primer director al doctor Manuel Alfaro y a la partera en jefe Dolores Román, quien después del Director y el Prefecto, era la que ocupaba jerárquicamente la autoridad administrativa. Asimismo, al analizar los reglamentos de los hospitales en los que se especifican las actividades de cada empleada y empleado del Hospital, se puede ver que en la práctica médica, parteras y médicos compartieron los saberes de la época con los cuales atendieron a mujeres embarazadas.²³¹

La creación del Hospital de Maternidad e Infancia, fue promovido por los gobiernos liberales con el fin de que las mujeres acudieran para tener allí a sus hijas e hijos, y sustituir la costumbre de parir en un espacio privado con el auxilio de las parteras. A lo largo de las cuatro décadas de existencia del Hospital, sólo unas cuantas miles de ellas acudieron a la Maternidad, las demás siguieron pariendo en sus casas, ya que no asimilaban con facilidad la idea de que sus cuerpos fueran explorados medicamente²³² por un hombre; lo que explica en parte por qué muchas siguieron atendiéndose por parteras empíricas aún entrado el siglo XX. Este Hospital se dividió en dos departamentos, uno dedicado exclusivamente a la atención de las mujeres próximas al parto, en cuyo espacio siguió predominando la labor de las parteras, y otro dedicado a la atención de infantes menores de dos años. Este último departamento se creó cuando el servicio de niños enfermos del Hospital de San Andrés pasó a un local adjunto de la Casa de Maternidad e Infancia. Dicho departamento se dividió a su vez en dos salas: una destinada a los niños y otra a las niñas; pero también existió una sala adjunta en la que se asistía a los niños y niñas aquejados por alguna enfermedad contagiosa,²³³ quienes eran atendidos por mujeres.

²³¹ Celia Mercedes Alanís Rufino, *El Hospital de Maternidad e Infancia, 1861-1905. Los inicios de la medicalización de la obstetricia en la ciudad de México*, México, tesis inédita, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2007, p. 6.

²³² *Ibid.*, p. 8.

²³³ Margarito Crispín Castellanos, "Hospital de Maternidad e Infancia. Perspectiva histórica de un centro de beneficencia pública de finales de siglo XIX", en *La atención Materno Infantil. Apuntes para su historia*, México, Secretaría de Salud, 1993, p. 100.

Como ya se ha señalado, uno de los principales problemas socio-sanitarios de la agenda del gobierno eran los altos índices de mortandad infantil, en un contexto en el que la niñez fue vista y valorada como el futuro de la nación y de la raza, en su papel de productor, reproductor, ciudadano y soldado del día de mañana. Aunado a la mortandad infantil estaba otro problema, el de las y los niños huérfanos y abandonados²³⁴ que iba en aumento, pues la mortalidad materna dejaba a un incalculable número de niñas y niños desamparados, sin haber podido recibir los cuidados y la alimentación más indispensables del seno materno. Su destino inmediato sería también muchas veces la muerte. A causa de esto, el Departamento de Infantes se encargó no sólo de dar consultas a las/los niños de escasos recursos, sino que brindó a estas criaturas la alimentación y los cuidados que requerían. Fueron varios los casos de mujeres que llegaban al Hospital en muy malas condiciones de salud, anémicas y que inevitablemente morían en el parto, dejando en el desamparo a su recién nacido y, al no ser reclamado por ningún familiar, era trasladado al Departamento de Infantes, donde una nodriza se encargaba de alimentarlo y cuidarlo; lo que ampliaba por mucho las posibilidades de su sobrevivencia. Gracias a la labor de estas nodrizas, quienes sin duda alguna estaban contribuyendo a las políticas de natalidad que tanto urgían a la nación, estas niñas y niños podían llegar a la edad adulta y convertirse en ciudadanos trabajadores.

Las enfermedades más comunes que aquejaban a los infantes al llegar al hospital eran del aparato digestivo y respiratorio, siendo la desnutrición crónica una de las principales causas de los elevados niveles de mortalidad infantil. Para solucionar esto, el Estado se planteó como tarea urgente combatir la desnutrición y la insalubridad, y así lograr el bienestar de sus futuros ciudadanos; y en ambas tareas, las mujeres tuvieron una gran contribución, al dotar de alimento y cuidados a estos pequeños, ya que el método de lactancia artificial –utilizado sólo como último recurso- , se encontraba a prueba ante sus

²³⁴ El abandono por parte de los padres tenía un trasfondo socioeconómico que, según Moisés González Navarro, obedecía a que la mayoría de las uniones eran ilegítimas; 65% en el D.F y 43% en el resto de la República, y el 60% de los hijos naturales no eran reconocidos por ninguno de los dos progenitores; por lo que gran cantidad de infantes eran abandonados en las instalaciones del hospital. Véase: *Ibid.*, p. 102.

muchas desventajas, pues a pesar de que se trataba de leche esterilizada y diluida, los niños sometidos a este tipo de alimentación se mostraban pálidos, con abdomen voluminoso, tenían evacuaciones verdes, vomitaban la leche y perdían peso rápidamente, y aunque en otros aumentaban de peso, luego se mostraban pálidos y estreñidos, se les necesitaba suministrar lavativas para defecar, tras lo cual padecían fuertes diarreas que ponían en peligro su vida; de tal modo que, aún en contra de la voluntad de algunos médicos, estos niños necesitaban ser cuidados y alimentados por una nodriza o morían.²³⁵

Servir como ama de cría significaba además una oportunidad laboral ante la difícil situación de muchas mujeres migrantes, en su mayoría madres solteras o viudas, que recién llegadas a la ciudad en busca de mejores oportunidades de vida, se les dificultaba encontrar alguna oportunidad laboral ante su situación de clase y género, lo que las colocaba en una situación marginal. Así, contratarse como nodrizas, les permitía tener un trabajo remunerado que les ayudaría a sobrellevar su difícil situación económica. La contratación de este servicio fue muy común entre las mujeres, principalmente de clase alta, tanto en Europa como en nuestro país, a fin de evitar los problemas que implicaba la lactancia natural y el deterioro de la figura femenina; de tal modo que pronto se fue extendiendo entre las mujeres de clase baja, quienes también se vieron en la necesidad de contratarlas, al integrarse al trabajo asalariado de las fábricas, una nodriza era una buena opción para que además de alimentar a sus pequeños, también se encargaran de atenderles en sus demás necesidades de higiene, cuidados y salud en general.

La nodriza y la partera proporcionaron por mucho tiempo todos los cuidados que requería la pequeña o el pequeño, convirtiéndose en las especialistas por excelencia en torno a los cuidados y salud infantil, pues la pediatría en México aún no figuraba como una especialidad médica. Eran reconocidas y estimadas como verdaderas profesionales y muchas veces la gente venía de muy lejos para consultarlas. A pesar de la campaña de desprestigio a la que fueron sometidas estas mujeres

²³⁵ Ana María Carrillo, *op. cit.*, 2008, p. 269.

por parte de la comunidad médica profesional, la labor de partera, nodriza y enfermera realizada en los distintos hospitales del porfiriato logró ofrecerles ciertos márgenes de autonomía personal y económica. Aunque el número de mujeres que comenzaron a integrarse a la Escuela de Medicina para estudiar obstetricia y enfermería fue reducido, ellas representaron un verdadero cambio en la situación social de la mujer. La universidad, espacio reservado anteriormente para los hombres, ahora era compartido por mujeres, quienes representaban los cambios hacia una sociedad moderna.

Situación similar vivieron las enfermeras empíricas en México a finales del siglo XIX y principios del XX, cuyo trabajo tampoco había sido valorado en su justa dimensión. A pesar de que formaron la mayor parte del personal de atención a la salud en los distintos hospitales del porfiriato, poco o nada se ha estudiado sobre su labor, ¿quiénes eran? ¿de dónde venían? ¿cómo llegaron a laborar en estos hospitales? ¿cómo fue su decisión de dedicarse al cuidado de los enfermos? y en torno a sus saberes y conocimientos sobre atención a la salud tampoco existe testimonio alguno, pues el discurso oficial de la medicina moderna institucionalizada, muestra como los únicos protagonistas del saber médico-sanitario a una pequeña comunidad de médicos varones.

En el proceso de profesionalización de las prácticas médico-sanitarias, el de la enfermería no quedaría exento, pues desde 1898 se estableció la primera escuela práctica y gratuita de enfermeros en el Hospital de Maternidad e Infancia.²³⁶ Pero sería hasta el año 1900 cuando se comenzaron a capacitar a las enfermeras del Hospital de San Andrés, con un grupo muy reducido de mujeres, quienes vieron la oportunidad de iniciarse en un trabajo reconocido y profesionalizado. Posteriormente el doctor Eduardo Liceaga, influenciado por los avances del movimiento Nigthingale en Europa y Norteamérica, se propuso fundar la enfermería profesional en México y trajo enfermeras del extranjero, quienes apoyarían la educación de la nueva profesión a fin de preparar al personal de

²³⁶ “100 años de Enfermería en México”, en *Salud. Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud*, número 55, febrero, 2007, p. 3.

enfermería que trabajaría en el moderno Hospital General. Dos años más tarde, en ese mismo nosocomio, el 9 de febrero de 1907, fundó la Escuela de Enfermería, y sus aspirantes debían cursar la Escuela Normal o Estudios de Obstetricia.²³⁷

Como parte del proceso de profesionalización y especialización de las prácticas medico-sanitarias, la atención del embarazo, parto y puerperio pasarían a ser atendidos exclusivamente por el médico especialista varón, mientras que la labor de enfermera se constituía como un trabajo exclusivo de las mujeres, ya que sólo éstas contaban con los “atributos naturales” necesarios: dulzura, abnegación, comprensión, sacrificio y obediencia, que las hacía “más aptas” para el desarrollo de dicha profesión. Debían desarrollarse en una carrera cuya estructura organizativa, para su correcta funcionalidad, debían estar bajo el estricto control y vigilancia de los médicos; quienes poco a poco lograrían excluirlas de sus antiguos espacios de poder y saber en la atención a las personas enfermas. De este modo, cada especialidad fue adquiriendo una identidad sexuada²³⁸, sobre la cual se estableció una clara división sexual del trabajo y a partir de ello, una nueva jerarquización, valoración social y económica; donde las desarrolladas por las mujeres serían las menos reconocidas y remuneradas.

Significado de la profesionalización de la partería y la obstetricia para las mujeres

La profesionalización de la enfermería y la obstetricia tenía como finalidad excluir y deslegitimar de su antigua labor de sanadoras tradicionales a aquellas mujeres cuya condición económica y social no les permitió ingresar a la Escuela de Medicina, es decir, la institucionalización de las prácticas sanitarias establecían a su vez una nueva jerarquización, valoración y diferenciación de la partera y enfermera titulada en relación a aquellas que atendían de forma empírica. Es importante

²³⁷ Luz Pérez Loredó, “Momentos históricos de la enfermería en México”, en *Revista Higiene*, núm. 38, vol. 2, Sociedad Mexicana de Salud Pública, p. 8.

²³⁸ La identidad sexuada determina un rango distinto para hombres y mujeres y prescribe un rol sexual, en el que unos y otros, desempeñan diferentes tareas y ocupan esferas distintas en la sociedad. Véase: Alicia H. Puleo, “Patriarcado”, en Celia Amóros (coord.) *Diez palabras clave sobre mujer*, México, Editorial Verbo Divino, 1995, p. 25.

señalar que se trató de un proceso que ejerció un mecanismo doble de exclusión/inclusión de las mujeres a ciertas profesiones; ya que mientras por un lado la exigencia de su profesionalización excluía todas aquellas prácticas sanitarias empíricas y domésticas por el otro se establecía un mecanismo de inclusión y legitimación para las mujeres que cursaban las carreras de obstetras y enfermeras en la Escuela de Medicina. A pesar de que dichas profesiones se estereotiparon y limitaron como exclusivas del género femenino, no podemos pasar por alto el hecho de que también permitieron el reconocimiento en otros espacios laborales para las mujeres dentro del sector médico-sanitario, a partir de las cuales podrían desarrollar alternativas de vida y trabajo más amplios fuera del doméstico y familiar. Además, en el terreno ideológico esta inclusión significó la puesta en cuestión del predominio masculino en espacios cuyos accesos estaban cerrados a ellas, -la universidad, la práctica clínica dentro del hospital-; pues el orden de género prevaleciente señalaba que la mujer debía permanecer en la esfera privada de su hogar, lejos de los espacios públicos y sujeta al varón, quien era el responsable de proveerle todas sus necesidades.

La profesionalización de las mujeres en las áreas de la salud no sólo vino a abrirles las puertas de la universidad, sino que les permitiría redefinir su papel en la sociedad de finales del siglo XIX y principios del XX. Desgraciadamente no se tiene suficiente información que nos permita rastrear en torno a lo que sucedió después de su trayectoria profesional y a partir de ella, la manera en que cambió su vida familiar y personal, ¿y los otros obstáculos a los que tuvieron que enfrentarse laboral y socialmente. Pero lo que sí podemos afirmar es que en las áreas de la salud las mujeres irían incursionando cada vez más.²³⁹ Es importante mencionar los casos conocidos y emblemáticos de Matilde Montoya Lafragua, la primera médica mexicana titulada en 1887, Columba Rívera

²³⁹ Sonia C. Flores Gutiérrez y Mariblanca Ramos R., “La mujer y las ciencias de la salud, durante el Siglo XIX”, en *Revista de la Facultad de Medicina*, Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 43 núm. 6, noviembre-diciembre, 2000.

quien presentó el examen profesional de médica cirujana y obstetra en 1900, Guadalupe Sánchez en 1903, Soledad de Régules Iglesias en 1907 y Antonia Ursúa en 1908. La primera odontóloga titulada por la Escuela de Medicina fue Margarita Chorné y Salazar en 1886. Es necesario reconocer la labor y valentía de aquellas otras mujeres que también rompieron los roles establecidos de género en la época en la que vivieron para estudiar carreras como las de farmacia, enfermería y obstetricia, pues tuvieron claridad en enfocarse en el proyecto profesional, social y de vida al que deseaban acceder, ya que muchas de ellas venían laborando como ayudantes de enfermeras, ecónomas y comadronas, en los distintos hospitales de la época; y ante la oportunidad de acceder a un título profesional, lograron hacer frente a un sinnúmero de obstáculos administrativos, académicos, familiares y sociales que a lo largo de su preparación y desarrollo profesional encontraron, con la idea de superarse profesionalmente.

Hasta aquí hemos podido ver que desde el México antiguo y aún en el colonial, la población estaba acostumbrada a enfrentar sus problemas de enfermedad dentro de su propia familia o de su comunidad local, a pesar de que para el periodo de independencia, la profesionalización de la atención médica comenzaba a ser un requisito para ejercerla. La intervención de esta nueva comunidad médica formada en las universidades no fue inmediata ni fácilmente recibida por una población cuyos usos y costumbres por muchos años había sido ser atendidos y curados por la abuela, la curandera o la partera a través de la medicina doméstica.²⁴⁰ A partir de la profesionalización de la medicina y sus demás ramas -obstetricia, ginecología, pediatría, entre otras, la figura de la mujer como la especialista en el cuidado de los enfermos experimentó el desprestigio y la subordinación de quienes afirmaban ser los únicos instruidos en el campo de la salud y la enfermedad; los médicos profesionistas varones, quienes sentarían las bases del llamado modelo médico hegemónico occidental.

²⁴⁰ Paul Starr, *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*, México, Secretaría de Salud/ Fondo de Cultura Económica, 1991, p. 47.

A pesar de lo anterior, las curanderas, parteras y nodrizas seguían siendo las más solicitadas no sólo por las clases bajas, sino también por las familias adineradas;²⁴¹ y es que la figura del médico como especialista del cuidado de la salud, fue una construcción histórico social característica de la modernidad de finales del siglo XIX y principios del XX, de modo que no sería inmediatamente aceptada por la sociedad.²⁴² Esto nos invita a reflexionar y replantear la importante labor que a lo largo de la historia han realizado las mujeres con su trabajo y conocimientos en torno al cuidado de la salud pública, y su contribución en la creación de una nación más sana y fuerte.

²⁴¹ Anna Staples, “El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al conocimiento médico”, en Julia Tuñon, *Enjaular los cuerpos. Normatividades decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México, 2008, pp. 193-194.

²⁴² En torno a la construcción del poder médico en el siglo XIX, se encuentra el trabajo de Paul, Starr, “*La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*”, México, Fondo de Cultura Económica, 1991.

Capítulo III

Las nodrizas: alimentando a la nación y a sus futuros ciudadanos

Este capítulo expone la importancia de las nodrizas en su labor por preservar la vida y salud de los lactantes en un periodo histórico en el que la mortandad infantil²⁴³ alcanzaba cifras alarmantes, lo que significaba el estancamiento económico de la nación ante la pérdida de sus trabajadores y futuros ciudadanos. El Estado colocó este problema como una de sus prioridades políticas a resolver, al tratarse de un asunto que afectaba gravemente la salud pública de la nación; por lo que encomendó a la comunidad médica estudiar a fondo las causas de dicha mortandad para disminuirla. En ese trabajo de procurar la salud y bienestar de la niñez, es necesario resaltar el papel que jugaron las mujeres dedicadas a la labor de amamantar infantes, mejor conocidas como nodrizas, quienes gracias a su leche y cuidados, lograron extender la posibilidad de vida de muchas niñas y niños víctimas del hambre y el abandono.

Expongo la práctica de “ama de cría” como una actividad exclusiva de las mujeres, pero no por ello gratuita, en tanto que ésta fue en muchos casos asalariada, además de que se desarrolló no sólo en ámbito doméstico y/o privado, sino también en el público, pues muchas de ellas prestaron sus servicios en casas particulares, y otras tantas en los distintos hospitales y hospicios públicos y privados de la época. Sin duda con su trabajo contribuyeron con las políticas poblacionistas del estado liberal al dotar de alimento y dar mayores expectativas de vida a la nación porfiriana. Es importante resaltar la creciente demanda y reconocimiento que la sociedad concedió a las nodrizas. En el México antiguo y aún en el Colonial habían sido las poseedoras del poder y saber en torno a la crianza, cuidados, salud y alimentación de los infantes. Pero la posición protagónica de estas mujeres en el

²⁴³ Durante el año de 1893 se registraron 673 nacimientos, de los cuales 363 niños murieron, siendo aún menores de cinco años. Estas cifras muestran la muerte de más de la mitad de las niñas y niños registrados. Véase: Manuel. S. Iglesias, “Breves consideraciones acerca de la mortalidad infantil”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XXXV, núm. 19, 1898, p. 382.

campo de la asistencia infantil llegaría a su fin con el desarrollo de la medicina científica, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, la cual vino a patologizar y a medicalizar la alimentación y los cuidados de la niñez, para colocarlas en manos exclusivas de los especialistas médicos varones. La exclusión de éstas no sería sencilla ni inmediata, por la costumbre tan arraigada de la sociedad en la contratación de las nodrizas, no sólo para alimentar a sus hijas e hijos, sino para cuidarlos y educarlos.

Estas resistencias provocaron el disgusto de la naciente comunidad médica profesionalista, quienes se presentaban como los “únicos” expertos en asuntos de salud infantil, por lo que crearon un discurso de desprestigio en contra de las nodrizas al exponerlas como seres enfermos y peligrosos, cuya ignorancia en torno a las medidas higiénicas y de salud que debían tener a la hora de amamantar y cuidar a un pequeño, más que un beneficio, representaban un riesgo para la salud y vida de los niños. Por tal motivo sólo el médico “legitimado” por el saber científico debía regular, examinar y vigilar a las nodrizas, a quienes se les exigió el cumplimiento de una serie de requisitos físicos y morales para poder ejercer su labor. Dichas exigencias rebasaron las medidas estrictamente medicas y científicas, al transgredir la intimidad de sus vidas privadas y de sus cuerpos, y ser tratadas como simple mercancía, como veremos en esta investigación.

El poco reconocimiento y desprestigio que sufrió la labor de las nodrizas por parte de la comunidad médica en este periodo, es reflejo de una pugna más compleja donde intervinieron razones de clase, raza y género; pues los argumentos para deslegitimar a estas mujeres se basó en su situación social de pobreza y en su condición de género, lo que las colocaba dentro del grupo de los “seres biológicamente peligrosos, sucios, enfermos y degenerados”; a quienes había que eliminar; ya que representaban aquel pasado que había que borrar: al México indígena formado por hombres y mujeres pobres cuyos hábitos, costumbres y formas de vida representada en la figura de la nodriza, no tenían cabida en el México moderno y civilizado, formado por una clase burguesa fuertemente clasista, racista y sexista.

Políticas poblacionistas y de salud del estado liberal

Una idea arraigada en las elites políticas mexicanas del siglo XIX fue que el país contaba con un vasto territorio sin poblar y con inmensos recursos naturales sin explotar. Con el fin de incorporar esas tierras y recursos a la producción y emprender el desarrollo económico de la nación, los diversos gobiernos reformistas²⁴⁴, acorde con el pensamiento demográfico prevaleciente en ese tiempo, postulaban que una población abundante reflejaba la fortaleza de una nación. No obstante, los altos índices de mortandad que desde la Colonia se presentaban como una problemática urgente por resolver por parte de los gobiernos ilustrados; para el periodo porfirista esa situación poco había cambiado, en tanto que las cifras de mortalidad entre la población eran aún muy altas. Se trataba de un verdadero problema nacional, ya que el número de enfermedades y epidemias deterioraban y frenaban el crecimiento de una sociedad cuyo país se encontraba en plena reconstrucción. Fue entonces cuando la protección de la salud y la vida de la sociedad y principalmente la de la población infantil, adquirieron un valor político y económico que se van a enmarcar dentro del discurso médico, al darle una nueva valoración científica al cuerpo ante las pérdidas económicas que cuerpos débiles y enfermos significan, como señalaba en el año 1895 el doctor Adrián de Garay:

²⁴⁴ A la caída del imperio de Maximiliano, las metas a seguir en la reconstrucción de la República y en el diseño de un nuevo país es asumida por un grupo de liberales cultos, quienes resolvieron que para homogeneizar a México y ponerlo a la altura de las grandes naciones del mundo contemporáneo, eran necesarias una serie de transformaciones en el orden político: la práctica de la Constitución liberal de 1857, la pacificación del país, el debilitamiento del ejército y la vigorización de la hacienda pública; en el orden social: la inmigración, el parvifundio y las libertades de asociación y trabajo; en el orden económico: la construcción de caminos, la atracción de capital extranjero, el ejercicio de nuevas siembras y métodos de labranza, el desarrollo de la manufactura y la conversión de México en un puente mercantil entre Europa y el remoto Oriente y en el orden cultural: la libertad de credo y prensa, el exterminio de lo indígena, la educación que dotaría a todo México de un “tesoro nacional común” y el nacionalismo en las letras y en las artes. Este nuevo orden se basó en el principio poblacionista en el que “gobernar era poblar”; y es que México era el ombligo del mundo, su clima, sus producciones, su situación geográfica no necesitaba encomio; sólo era urgente nutrir a la patria con los brazos necesarios para explotar todas sus riquezas y defenderla contra cualquier irrupción foránea. En suma, se propuso destruir una tradición cultural intolerante, acientífica y colonialista, romper con el pasado lleno de errores; para los liberales existía un indomable antagonismo entre los antecedentes históricos de México y su engrandecimiento futuro, de modo que había que cambiar radicalmente aquel pasado para lanzarse por una nación nueva. Véase: Luis González, “El liberalismo triunfante”, en *Historia General de México*, México, El Colegio de México, 10ª reimpr., 2009, pp. 641-643.

La conservación y perfección de la salud, y con ella la prolongación de la vida humana, son el beneficio más grande que puede recibir el hombre y la Patria. El individuo enfermo es un ser que sufre, que no trabaja y que consume; es un capital paralizado y la familia y la nación tiene esos brazos menos que la sirvan. Con el individuo muerto, muere también el trabajo y el capital personal que representaba. La vida de un hombre significa, pues, una riqueza para el país y la familia, ya social, ya económicamente considerado [...].²⁴⁵

Es evidente la preocupación de la clase hegemónica²⁴⁶ por conservar trabajadores sanos y fuertes, al ser éstos el motor principal de una economía capitalista industrial. La muerte o enfermedad de uno de ellos significaba una verdadera pérdida para la producción, mientras que el mantenimiento e inversión que desde la Beneficencia Pública el gobierno realizaba para su curación era visto como una pérdida económica para el Estado. Por ello era urgente entender las causas colectivas de las enfermedades y así poder controlarlas e impedir la decadencia de la “raza mexicana”.²⁴⁷ Fue a través

²⁴⁵ Adrián de Garay, “Los microorganismos del suelo en relación con la Higiene”, en *Gaceta Médica de México*, vol. XXXII, núm. 12, 1895, p. 254.

²⁴⁶ Cuando hablo de clase hegemónica me refiero a la clase política y tecnócrata que ostentaba el poder del Estado porfirista. Dentro de esta nueva clase política se incluyó a un grupo de médicos e higienistas quienes jugaron un papel fundamental en la vida política y científica de México, y se convirtieron en los receptores y divulgadores más importantes de las ideas positivistas, higienistas y en gran medida liberales en el México decimonónico. En el periodo porfirista cuya paz propició la conservación de sus asociaciones profesionales, las cuales funcionaban como centros de sociabilidad científica y política, y para finales de los años ochentas del siglo XIX se habían ganado el reconocimiento del Estado, y una vez que el grupo de los “científicos” se consolidó en la década de 1890 se confundieron con la élite política y económica, una posición que conservarían durante las dos primeras décadas del siglo XX. De ahí que el número de médicos e higienistas influyentes permaneciera bastante estable durante el porfiriato, lo que revela que una pequeña y cerrada élite controlaba el influyente papel político de la profesión. Estos miembros de la élite médica habían formado lazos tan directos con el gobierno —en términos del control de la Escuela de Medicina, contratos de ingeniería sanitaria y contratos personales con los políticos—, que los demás médicos se quejaban de una malsana centralización. Un ejemplo de ello es el papel de Eduardo Liceaga, quien además de haber sido director del Consejo de Salubridad durante casi todo el porfiriato, fue también el representante de México en las más importantes conferencias internacionales sobre salubridad; y para los primeros años del siglo XX se le consideraba el maestro de la higiene en México; repartió entre sus colegas y amigos las obras para proyectos sanitarios del país. De ahí que no pocas veces fue criticado por su actitud servil respecto a la reelección de Porfirio Díaz y su perpetua jefatura en el Consejo Superior de Salubridad. Véase: Mauricio Tenorio Trillo, *Artifugio de la Nación moderna. México en las exposiciones universales, 1886-1930*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998, pp. 213-215.

²⁴⁷ Tales ideas encontraron la base de sus razonamientos en las teorías del *degeneracionismo* propuestas por August Morel, fruto de una serie de reflexiones filosóficas y médicas que posteriormente publicaría en una obra antropológica y psiquiátrica titulada *Tratado de las degeneraciones* en el año de 1857. En ésta se planteó la noción de degeneración como una “desviación malsana de la especie”, producida conjuntamente por factores orgánicos y sociales; dicha *desviación* se consideraba un fenómeno acumulativo a través de las generaciones, lo que finalmente derivaba en imbecilidad y esterilidad. Asimismo, en 1879 César Lombroso, criminólogo y antropólogo italiano, postulaba la existencia de un *tipo criminal* como resultado de factores hereditarios y degenerativos, más que de las condiciones sociales. Con base en estas teorías se crean los argumentos que explicaban la constitución degenerativa de las clases indígenas, cuyas costumbres y formas de vida, como la embriaguez, su alimentación deficiente, la miseria en la que vivían, el hacinamiento de personas y animales, su ingreso temprano a la sexualidad, el incesto, el descuido de sus hijos

de las estadísticas que un número importante de médicos higienistas encontró un camino para, con el rigor de los números, convertir la higiene en una ciencia capaz de curar las enfermedades del “cuerpo nacional”. En 1833 se fundó la sociedad Mexicana de Geografía y Estadística (SMGyE), pero fue hasta 1880 cuando el gobierno de Porfirio Díaz atendió la demanda de crear una Dirección General de Estadística (DGE) que se ocupara de sistematizar y depurar los datos de la República. El objetivo era que a través de la estadística médica se recolectara y clasificaran las frecuencias de muertes y nacimientos según enfermedades, temperaturas, climas, sexos, costumbres; esto es, crear cálculos con los cuales se pudieran medir y comparar promedios de mortalidad de diferentes enfermedades.²⁴⁸

Uno de los asuntos de vital importancia para el higienista, es indudablemente el que se refiere al aumento ó disminución del número de habitantes de una localidad, debiendo investigar las causas que acrecientan y favorecen la mortalidad, así como las que entorpecen ó disminuyen los nacimientos, para proponer las medidas adecuadas á fin de aminorar [...] , así como de favorecer por cuantos medios estén á su alcance el crecimiento y desarrollo físico del sér vivo, y proporcionarle, por medio de sus consejos, todo lo que tienda á la prolongación de su existencia, dándole la aptitud necesaria para emprender ventajosamente la lucha por ella. [Y] contribuir poderosamente á formar una población vigorosa [...].²⁴⁹

Gracias a estos estudios, los médicos higienistas se dieron cuenta de que la población mexicana padecía una alta mortalidad especialmente infantil²⁵⁰. Sólo durante el año 1892, de 728 niñas y

durante el embarazo, la crianza inadecuada de los recién nacidos, etcétera, serían heredados por sus hijos hasta la cuarta generación. A pesar de que la Sociedad Mexicana de Eugenesia no se constituyó hasta la década de 1930, muchos políticos y médicos del siglo XIX sostuvieron las ideas eugenistas, tratando de influir con ellas las políticas públicas de salud. Véase: Ana María Carrillo, “Los médicos y la ‘degeneración de la raza indígena’”, *op. cit.*, pp. 64-70.

²⁴⁸ Laura Cházaro, “Reproducción y muerte de la población mexicana: cálculos estadísticos y preceptos higiénicos a fines de siglo diecinueve”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckamn, *op. cit.*, 2005, p. 56.

²⁴⁹ Manuel. S. Iglesias., “Breves consideraciones acerca de la mortalidad infantil”, en *Gaceta Médica de México*, vol. XXXV, núm. 19, 1898, p. 381.

²⁵⁰ En torno al surgimiento de una visión moderna de la niñez en México, en el cambio del siglo XIX al XX, a partir de la construcción de una mirada especializada en torno a la infancia, desde la medicina-pediátrica, nos habla Alberto Castillo Troncoso, quien plantea cómo por primera vez en la historia del México Independiente, la etapa de la infancia se toma como un asunto político-cultural que debía ser regulado por el Estado. Véase el trabajo de Alberto Castillo Troncoso, quien plantea cómo por primera vez en la historia del México Independiente, la etapa de la infancia se toma como un asunto político-cultural que debía ser regulado por el Estado. Véase el trabajo de Alberto Castillo Troncoso, “Imágenes y representaciones de la niñez en México en el cambio del siglo XIX al XX. Algunas consideraciones en

niños registrados en la Oficina del Registro Civil, se anotaron 343 defunciones de menores de 5 años, y para el año de 1893, de 673 nacimientos se registraron 363 defunciones, lo que producía la enorme proporción del 48.48% defunciones por cada 100 nacimientos correspondientes al año de 1892. Para 1893 la alarmante cifra porcentual era del 53.89%; esto es, que fallecían más de la mitad de los infantes nacidos, tomando en cuenta que sólo una minoría era presentadas ante el Juez Civil.²⁵¹ Así que era una tarea urgente no sólo propiciar la salud de los futuros ciudadanos, sino velar por el desarrollo económico del país frente a la idea de que las naciones progresan por el crecimiento de su población²⁵². Esta situación se dio en un contexto en el que México comenzaba a conectarse con la economía mundial capitalista a través del proceso de industrialización, el cual requería cuerpos sanos, bien alimentados, disciplinados y dispuestos para el trabajo; para lo anterior, el Estado necesitaba implementar una serie de medidas de control de tipo biopolítico, enfocadas a una sana reproducción; lo que significaba regular y vigilar la vida reproductiva de hombres y mujeres; desde sus hábitos sexuales, cuidados en el embarazo, formas de parir, de criar a las hijas e hijos, así como la alimentación, la higiene, los hábitos y costumbres, etc.; esto es, todo aquello que involucraba el cuidado y preservación de la salud física y moral de quienes formarían la futura ciudadanía, incluso desde antes de nacer:

Preocupada nuestra Academia Nacional de Medicina [...] por nuestra entidad moral como nación civilizada, para que por su desarrollo y vigor físico, moral e intelectual, figure al nivel de las naciones de primer orden, y deseando contribuir en la esfera de sus facultades á alcanzar este fin, ha propuesto [...] cuestiones que afectan de una manera directa e importante a las fuerzas vivas de la nacionalidad, á su crecimiento y desarrollo por el número de sus habitantes, obteniendo de este modo el aumento de su población. [Para ello debemos] I.-Fomentar y proteger la natalidad, evitando hasta donde sea posible los abortos, nacimientos prematuros, y la mortalidad en el

torno a la construcción de una historia cultural”, en *Cuicuilco*, México, septiembre-diciembre, vol. 10, núm. 29, 2003, pp. 1-28.

²⁵¹ Manuel. S. Iglesias, Breves consideraciones acerca de la mortalidad infantil, en *Gaceta Médica de México*, Octubre, núm. 19, 1898, p. 382.

²⁵² Manuel. S. Iglesias, “Medidas que deben adoptarse para disminuir el número de fallecimientos en los cinco primeros años de la vida”, en *Gaceta Médica de México*, tomo 3, núm. 22, 1903, p. 327.

momento de verificarse el alumbramiento. II.-Disminuir la mortalidad después del nacimiento, á fin de alargar la existencia de la vida humana.²⁵³

En la búsqueda de posibles explicaciones en torno a los altos índices de mortandad infantil tanto durante el embarazo como después del nacimiento que afectaban las políticas poblacionistas de la época, la comunidad médica centraría su atención en la regulación y vigilancia de una *reproducción* física y “moralmente” “sana”. En primera instancia, se consideraba el factor hereditario, o dicho en términos médicos, *la herencia morbosa*, uno de los generadores que causaban innumerables “patologías” y muertes prematuras entre la población, principalmente infantil:

Varias son las enfermedades cuyas causas ofrecen el desconsolador privilegio de transmitirse en forma de predisposición de los progenitores á sus descendientes, legando así un sello patológico que se comunica sucesivamente y se perpetúa en las generaciones.²⁵⁴

Era necesario regular las prácticas sexuales de la población hacia una sexualidad higiénica y sana, la cual debía limitarse al ámbito matrimonial²⁵⁵ cuyo único fin era la reproducción de la especie, y todo acto contrario a este fin debía considerarse una conducta mórbida, así como toda emoción,

²⁵³ Manuel. S. Iglesias, “El número de fallecimientos en los cinco primeros años de vida”, en *Gaceta Médica de México*, vol. III, núm. 22, 1903, p. 327.

²⁵⁴ Criado y Aguilar, “La herencia morbosa y los niños”, en *La Medicina Científica*, tomo VII, número 15, 1894, pp.235-236. Sobre la importancia de la herencia de padres a hijos, Véase: “Herencia Médica”, en *Crónica Médica Mexicana*, tomo II, núm. 7, 1899, pp. 186-188, y tomo II, núm. 5, 1898, pp. 129-133.

²⁵⁵ De ahí la difusión de una serie de manuales y libros médicos dirigidos a los recién casados, como las de Felipe Monlau, (1865) *Higiene del matrimonio*, y Amancio Peratoner (1903), *Fisiología de la noche de bodas*, en los que se ofrecen consejos relacionados con la frecuencia del coito y los peligros que podía acarrear a la salud si se infringían las disposiciones higiénicas regidas por criterios como la edad, la geografía, la ocupación, el sexo, el horario y la alimentación. Véase: Olivia López Sánchez, “La medicina higienista del siglo XIX y la regulación de la sexualidad”, en Edith Yesenia Peña, Lilia Hernández y Francisco Ortiz (coords.), *La construcción de las sexualidades*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2009, pp. 35-45. En torno al mismo tema véase: Fernanda Nuñez B., *Los secretos para un feliz matrimonio. Género y sexualidades la segunda mitad del siglo XIX*”, en *Estudios de Historia moderna y contemporánea de México*, México, núm. 33, enero-junio, 2007, pp. 5-32.

tendencia ó sentimiento que no estuviese vinculado a este objetivo.²⁵⁶ La reproducción de una nación fuerte y sana equivalía a la práctica de una sexualidad ejercida bajo los límites legales del matrimonio, única institución que dotaba a las mujeres de la gracia más elevada: la maternidad, y a los hombres los convertía en rectores de la familia.²⁵⁷ Ante la lógica de la política estatal natalista y en su interés económico por la vida, el discurso médico higienista, impregnado de una serie de normas morales de la época y ante la prioridad de crear un ascenso poblacional, mostraba al matrimonio como la única institución higiénica a través de la cual se podía conservar la salud y prolongar la vida. Inclusive algunos médicos afirmaban, con base en estudios estadísticos, que el número de defunciones era más común entre las personas célibes que entre aquellas que habían contraído matrimonio, en tanto que quienes se casaban alcanzaban una edad más avanzada que las personas solteras.²⁵⁸ Otra serie de teorías médicas señalaba que los efectos de las pasiones sexuales no eran más que transgresiones higiénicas que acarrearaban terribles enfermedades físicas y psíquicas por causa de la lujuria.²⁵⁹ El médico, como sustituto del clérigo y representante moral de una sociedad laica, exhortaba desde un discurso moralista “científico” a reconocer que todo abuso del acto sexual, cuyo fin no era la reproducción, iba no sólo contra las leyes divinas, sino también contra las leyes fisiológicas y jurídicas de la nación, al poner en peligro el crecimiento y la salud de la población mediante actos “patológicos”, en los cuales se “engendraban niños enfermos y degenerados”:²⁶⁰

²⁵⁶ José Ingenieros, “Patología de las funciones psicosexuales. Nueva clasificación genérica”, en *La Escuela de Medicina*, tomo XXV, núm. 12, 1910, pp. 278-284.

²⁵⁷ Se entiende el concepto de familia “moderna”, como aquella institución política y social que regula jurídica y moralmente el orden social. Con el fortalecimiento de los Estados nacionales hacia la segunda mitad del siglos XIX, la familia se convirtió en la institución educativa por excelencia, donde se aprendían los valores cívicos y morales, desde ésta se reguló la vida sexual, reproductiva y de género que aseguraría el orden privado y público.

²⁵⁸ Porfirio Parra, “Algunas consideraciones sobre la estadística médica”, en *Gaceta Médica de México*, vol. V, núm. 12, 1910, p. 527.

²⁵⁹ Luis M. Cowley, “Cátedra de Higiene”, en *La Escuela de Medicina*, Tomo XXIV, núm. 28, 1909, p. 584.

²⁶⁰ Laura Cházaro, “Reproducción y muerte de la población mexicana: cálculos estadísticos y preceptos higiénicos a fines de siglo diecinueve”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckamn (eds.), *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, p. 69.

El abuso de los placeres venéreos, [...] debilita de tal naturaleza el organismo, y destruye a tal grado las energías vitales [...], [al engendrar] seres débiles, enfermizos, raquíticos, degenerados físicamente, verdaderas miserias fisiológicas, con exiguas apariencias de vida, destinadas á extinguirse al menor soplo y que no pasarán más allá de la infancia.²⁶¹

Para preservar la salud y vida de los infantes, la comunidad médica señalaba que era necesario erradicar muchos de los hábitos y costumbres de la mayoría de la población, principalmente de aquellas pertenecientes a las clases bajas y de las madres que ante su “ignorancia y condiciones de pobreza material e intelectual”, exponían a sus hijos a una serie de accidentes y enfermedades que, al no ser supervisados y atendidos de manera adecuada por los “hombres de ciencia”, en la mayoría de los casos eran acechados por una muerte prematura. De modo que se consideraba que eran los excesos en los hábitos sexuales y la incorrecta crianza que las madres, nanas y nodrizas daban a sus pequeños, las “principales causas de degeneración y muerte infantil”; por lo que era urgente que el ejercicio de la maternidad y el cuidado de la niñez fueran regulados y vigilados por los médicos profesionistas, quienes a través de tratados de higiene infantil de tipo divulgativo, buscaron eliminar los remedios populares que por siglos las madres, abuelas, curanderas, parteras y nodrizas practicaban, los cuales según estos, sólo causaban “problemas físicos y morales” en los pequeños e inclusive hasta la muerte. Había que remplazar todo saber doméstico y popular por un ideal de maternidad científica, a través del riguroso seguimiento de una serie de normatividades médicas científicas específicas, indispensables para preservar la vida y la salud de los futuros ciudadanos:

Es de lamentar que en esta materia como en tantas otras se desatiendan los consejos de los hombres de ciencia, y en un asunto de tan vital importancia, se proceda con un empirismo de fatales resultados [...] Desde el más rico hasta el más pobre, unos por ignorancia, otros por falta de recursos [...], hacen todo lo posible por favorecer el desarrollo de las enfermedades en sus tiernos hijos, exponiéndoles a una muerte segura.²⁶²

²⁶¹ Manuel. S. Iglesias., *op. cit.*, 1903, p. 333.

²⁶² Manuel. S. Iglesias., *op. cit.* 1903, pp. 331-332.

A pesar de que la comunidad médica se presentaba como la única experta y por ende la salvadora de la salud de la población, en la práctica se sabe que las experiencias de la salud, la sexualidad y la maternidad femenina, fueron vivencias mucho más diversas y complejas, las cuales no eran vividas del mismo modo todas las mujeres y madres mexicanas del siglo XIX, ya que éstas variaban según la clase social, el estado civil y la etnia a la que pertenecían.²⁶³ Quienes más conocían de estas prácticas indudablemente eran aquellas que fungían como parteras, hierberas y curanderas dentro de cada comunidad. La mayoría de las mujeres enfrentaban enormes dificultades para criar a sus hijas e hijos en soltería o en condiciones de pobreza extrema, y cada una vivía de distinto modo su sexualidad, fertilidad, embarazos, partos, así como la crianza de sus hijos. Pero una vez que el Estado liberal se dio cuenta de la importancia de la función reproductiva de las mujeres como madres de la futura clase trabajadora, la comunidad médica comenzó a definir y controlar la sexualidad femenina, el parto y la crianza de los niños como fenómenos homogéneos, los cuales debían estar estrictamente bajo sus cuidados y vigilancia. Este proceso llevaría a la institucionalización de la atención médica infantil, y para principios del siglo XX, a la aparición de la especialización médica pediátrica. Hasta entonces, la comunidad médica basándose en la supuesta superioridad de sus conocimientos científicos y profesionales, responsabilizaba de los altos índices de mortandad infantil a la “ignorancia de las mujeres, madres, parteras, curanderas y nodrizas”, por carecer de dicha preparación universitaria en torno a los principios de higiene física y moral, tan elementales para una saludable crianza de las y los niños.

²⁶³ Ana María Carrillo, “La alimentación ‘racional’ de los infantes: maternidad ‘científica’, control de las nodrizas y lactancia artificial”, en Julia Tuñón (comp.), *op. cit.*, 2008, p. 229.

El ideal era eliminar cualquier otro modo de conocimiento, experiencia y saberes en torno al cuidado de la salud de las niñez, que no viniera de la medicina científica²⁶⁴; por lo que todas las formas tradicionales de cuidar y curar a los infantes de madres, curanderas, parteras o nodrizas, tenían que ser remplazados por los que postulaba la moderna higiene materno-infantil. Los médicos, como poseedores del saber científico, prepararían a las familias, especialmente a las madres, para prevenir enfermedades y muertes prematuras en las y los niños, enseñarles a criar y educarlos sanos, robustos y vigorosos, tanto física como moralmente. Incluso se planteó la necesidad de establecer médicos inspectores de la infancia destinados exclusivamente a visitar periódicamente los hogares para que de manera gratuita aconsejaran y combatieran en el seno de las familias las “malsanas consejas empíricas y las tradiciones rutinarias”, para remplazarlas por una serie de imperativos médicos, desde los cuales se señalaba la manera “correcta” en que debían conducirse las madres y los padres desde el embarazo, así como las precauciones que debían de tomar en el alumbramiento, incluyendo los cuidados que se habían de impartir tanto a la madre como al recién nacido después del parto, la manera en que se debía

²⁶⁴ La medicina, como práctica destinada a la sanación de hombres y mujeres ya existía en Mesoamérica desde antes de la llegada de los españoles, el uso de hierbas en forma de emplastes, vapores y brebajes era básicamente la manera de conseguir la curación de los enfermos. Con la invasión española, la práctica médica mesoamericana no sufrió grandes cambios, incluso la medicina española guardó el monopolio respecto a Europa, sobre todo a finales del siglo XVIII; pero para la primera década del siglo XIX, los médicos mexicanos recibieron la influencia de médicos como Brown, de Lavoissier, de Fourcroy y de Bichat, los trabajos de Pinel, el tratado de las flegmasías crónicas, el examen de Broussais y los trabajos de Claude Bernard, sintiéndose la influencia médica europea. No obstante, la enseñanza de la medicina aún carecía de un sustento teórico y académico serio. Una vez disuelto el Protomedicato en el año de 1833, el Poder Legislativo autorizó al gobierno la organización de la enseñanza pública. El presidente Valentín Gómez Farías, dispuso la supresión de la Universidad y estableció una Dirección General de Instrucción Pública, apareciendo por vez primera la facultad de Ciencias Médicas; pero a la llegada de Santa Anna al poder, desaprobó las reformas de instrucción pública y restableció la Universidad el 31 de diciembre de 1854. Sería hasta la creación de las Leyes de Reforma cuando la Instrucción Pública fue reformada y el gobierno juarista crea de forma definitiva la Junta Directiva encargada de regir los destinos de la enseñanza en el Distrito Federal. Aún para la segunda mitad del siglo XIX, la producción científica del país había sido escasa, no había académicos o grupos científicos organizados, sería hasta el último tercio del siglo XIX cuando México aceleraría su producción científica, que se perfilaba de acuerdo a los cánones científicos positivistas europeos. Ejemplo de ello fue la publicación en 1864 de la *La Gaceta Médica de México*, órgano de difusión de la Academia Nacional de Medicina, cuya creación mostraba el interés por parte de los médicos mexicanos por crear una ciencia médica a la altura de Europa. Para el año de 1873, el médico Lauro María Jiménez invitó a sus colegas a fortalecer la Sociedad Médica de la Escuela Nacional de Medicina, aumentando el número de socios, con el fin de construir una red informativa de datos acerca del clima, flora y fauna de todas partes de la nación, y sobre las enfermedades padecidas por la población. Tales acciones, se trataban de un esfuerzo por renovar los conocimientos curativos, con el fin de contar con elementos teóricos sólidos para responder a las demandas de vida y salud de la población. Véase: Oliva López Sánchez, *op. cit.*, 1998, pp. 31-36.

de alimentar, vestir y cuidar a la pequeña o al pequeño, la época y edad en que debía hacerse el destete, las medidas de higiene a observar conforme iba creciendo y desarrollándose, así como la imposición obligatoria de la vacuna, etc.²⁶⁵

De este modo, los médicos centraron su atención de manera especial en la alimentación infantil, pues un pueblo desnutrido no podía sino generar “personas ociosas, con tendencia a la imbecilidad y el cretinismo”. Niños y adolescentes con una constitución física endeble serían toda la vida “seres débiles, mentalmente subdesarrollados e incapaces de mostrar el temple” que demandaba el progreso económico del país. Este proceso de revalorización de la vida infantil por parte del Estado liberal vendría a modificar tanto la construcción simbólica de la maternidad como el propio ejercicio de ésta. A pesar de que históricamente la maternidad se había constituido como parte central y exclusiva de la feminidad, ahora se convertía en asunto de salud pública, por lo que debía ser regulada y vigilada por el Estado. Y fue a través del proceso de patologización y medicalización de la *reproducción* y de la *maternidad* que los médicos legitimaron su poder y saber, para intervenir sobre el cuerpo individual y social de las mujeres, normalizar y vigilar la sexualidad femenina, el embarazo, parto y puerperio, así como todo lo relacionado a la crianza; desde tipos y horarios de alimentación, vestimenta, baño, horas de sueño, etc., ya que al ostentar el modelo médico científico occidental se autonombraron los únicos especialistas, legítimamente aptos para atender y cuidar a los infantes.²⁶⁶

²⁶⁵ Manuel. S. Iglesias, *op. cit.*, 1903, pp. 336-337.

²⁶⁶ En torno al proceso de medicalización de la lactancia se encuentra el trabajo de Ana María Carrillo, quien la define como el intento de los profesionales de la salud de expropiar el poder de las madres para determinar el patrón de alimentación que seguirán, así como la intervención sistemática de éstos en la vigilancia de la salud de los infantes, y en el control del cuerpo y comportamiento de las madres lactantes y de las amas de cría. Ana María Carillo, “La alimentación ‘racional’ de los infantes: Maternidad ‘científica’, control de las nodrizas y lactancia artificial”, en Julia Tuñon (comp.), *op. cit.*, 2008, p. 231.

Cuidando la salud de los futuros ciudadanos

Salud, cuidados, protección y educación al niño, han dicho en coro las naciones civilizadas, y fundándose en este principio de humanidad, y de adelanto social, nuestros ilustrados gobernantes de hoy, infatigables guardianes del progreso de todos los ramos de la administración, han puesto los medios para obtener una y otra.²⁶⁷

¿Cómo alcanzar el tan anhelado progreso de la nación?, si lo impedía el hecho de que una parte mayoritaria de la población se encontraba inmersa en la pobreza, la ignorancia y la enfermedad, siendo los infantes los más vulnerables, acechados por el hambre, el abandono y la muerte prematura. La preocupación por la infancia que se genera desde el siglo XVIII y más puntualmente en el mundo ilustrado haría eco en España, y por ende en la Nueva España a través de las Reformas Borbónicas, que vieron en su cuidado y buena salud, las características que les permitirían en un futuro llegar a ser adultos aptos para el progreso de su gobierno.²⁶⁸ Como bien señala Alberto del Castillo Troncoso, fue a partir de este periodo cuando se comienza a dar la consolidación y difusión de una serie de saberes y disciplinas médico modernas, entre las que destacan la pediatría, la pedagogía, la antropometría y la psicología infantil. Todas ellas fueron utilizadas por el Estado mexicano a partir de una red de dispositivos institucionales como el hospital y la escuela, desde las cuales se establecerían las bases para de lo que sería una nueva conceptualización sobre la infancia.²⁶⁹

No es casualidad que a partir de la revolución industrial se haya dado el proceso de infantilización²⁷⁰ de la niñez, al considerar a la niña y el niño vulnerables, como seres con carácter

²⁶⁷ Morales Pereira, Samuel, “Algunas consideraciones sobre las causas que motivan la gran mortalidad de la primera infancia”, México, Tesis inédita, 1888, p. 6.

²⁶⁸ Celia Mercedes Alanís Rufino, *op. cit.*, 2010, p. 42.

²⁶⁹ Alberto del Castillo Troncoso, “Imágenes y representaciones de la niñez en México en el cambio del siglo XIX al XX. Algunas consideraciones en torno a la construcción de una historia cultural”, en *Cuicuilco*, México, septiembre-diciembre, vol. 10, núm. 29, 2003.

²⁷⁰ Es importante señalar los trabajos realizados por María Eugenia Sánchez y Delia Salazar, donde plantean que la niñez no es estática, sino que se ha venido modificando a lo largo de la historia. Por ejemplo, antes del XVIII, a la niña y al niño se le consideraba como, un “adulto chiquito”, quien se podía valer por sí mismo, y debía trabajar para ayudar a la economía familiar. Sería a partir de la revolución industrial cuando se dio un proceso de infantilización de la niñez, al considerar al niño vulnerable, como un ente “frágil e inocente”, y se produce la internalización de la protección a la infancia tratándose de una construcción cultural del mundo occidental en la época moderna, que junto al

“frágil, inocente y enfermizo, quienes necesitan estar en constante vigilancia, bajo el ojo de un grupo de profesionales, especialistas en torno al cuidado y buen crecimiento de la niñez: el médico, el pedagogo, el psicólogo, etc. Una vez que las y los infantes son vistos por el Estado como una inversión clave para el desarrollo económico del país, fomentará todo un aparato de beneficencia pública, focalizada principalmente de los sectores pobres, ya que se les dejaba en la pobreza, el abandono, la enfermedad, la criminalidad, la niñez que creciera en este contexto sería un verdadero peligro y carga para la sociedad. A través de los hospitales, escuelas y hospicios se buscaba criar y moralizar a la futura ciudadanía, cuyo fin fue crear individuos útiles, obedientes, "buenos obreros", en concordancia con el aparato productivo y el tipo de orden social burgués.

Tales ideales pronto se plasmaron en la creación de la Casa de Niños Expósitos de la Ciudad de México, con el fin de proteger y educar a aquellos niños abandonados, a quienes había que convertir en seres útiles para la sociedad cuando llegaran a ser adultos. A pesar de que la piedad y la misericordia funcionaron como elementos de motivación para el establecimiento de esta Casa, prevaleció la idea de que gracias a la ilustración el niño podría, con el tiempo, lograr su integración a la sociedad. Fue en el año de 1767 cuando el arzobispo de México, Lorenzana y Buitrón, tomó en arrendamiento una casa en la plazuela del Carmen para dar alojamiento a los niños expósitos²⁷¹ y huérfanos de madre o hijos de aquellas cuya pobreza les impedía cuidarlos. En 1771 Lorenzana se vio obligado a partir a España, dejando en manos del arzobispo Alonso Núñez de Haro y Peralta la

surgimiento de la pediatría y de ideas como el cuidado y la crianza una vez entrado el siglo XIX, también vendría a hacer obligatoria la educación. En las leyes, a los menores de edad que delinquen ya no se les considera delincuentes, sino transgresores. Véase: María Eugenia Sánchez y Delia Salazar (coords.), *Los niños: su imagen en la historia*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2006, *Niños y adolescentes: normas y trasgresiones en México, siglos XVII-XX*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2008.

²⁷¹ Expósitos eran los niños de padres desconocidos y se consideraban como los hijos legítimos de la Cuna, de quienes podía disponerse en caso de que alguien deseara “prohijarlos”. Los amparados eran los que se admitían justificando la excusa del padre o madre para “servirles de apoyo a la vida”. Por último los pensionistas eran los que ingresaban bajo contrato celebrado por sus padres o parientes con el director de la Casa; entre éstos había un grupo de “distinguidos” que pagaban cuotas mayores. Véase: Xóchitl Martínez Barbosa, “La Casa de los Niños Expósitos”, en *La atención Materno Infantil. Apuntes para su historia*, Secretaría de Salud, México, 1993, p. 58.

continuación de su obra. Éste, con su esfuerzo, reunió donativos y limosnas que permitieron el traslado de la Casa a Puente de la Merced. En 1774 se aprobó la fundación de la Congregación de la Caridad, junto con sus Constituciones, y fue el arzobispo el Rector de la Casa y un capellán el administrador.²⁷² En 1874 la Casa estuvo dirigida por Manuel Payno, quien se separó de su dirección dejando a cargo al Pbro. D Francisco Higareda, quien a su vez colocó como rectora a Da María de los Reyes Quintana, por su profunda práctica en el cuidado y dirección de las y los niños.

La finalidad de la Casa era proteger a los quienes eran abandonados por sus padres. Entre las causas del abandono se pueden mencionar las siguientes: la censura moral que la sociedad hacía a las madres solteras por haber parido fuera del matrimonio; la enfermedad de la madre o del propio niño abandonado, así como el que éste tuviera algún defecto físico; la situación de pobreza sobre todo en épocas de escasez y carestía, a quienes madres se les dificultaba criar a sus hijas e hijos en soltería.²⁷³ Dentro de la casa, a las niñas se les enseñaba lectura, escritura, aritmética, gramática, costura, bordado, fábrica de flores, geografía y música, y a los niños todo lo concerniente a la enseñanza primaria, y cuando ya estaban en condiciones para ello, se les enseñaba algún oficio y un instrumento de música. El objetivo del establecimiento era recoger a los recién nacidos, naturales o abandonados por sus padres o a los que éstos no podían tener a su lado, proporcionándoles la Casa, las nodrizas respectivas para su crianza y atendiéndoles en sus principales y más urgentes necesidades. A la llegada de una nueva niña o niño a la Casa, éste era recibido por una nodriza que nunca faltaba en el establecimiento, porque su administración siempre tenía cuatro que se llamaban recibidoras; ahí se le alimentaba, cuidaba, curaba y vestía, y cuando llegaban a una edad mayor ya no se les permitía permanecer en el establecimiento según el reglamento, se les llevaba al hospicio o a alguna familia

²⁷² R. Carrillo, “La Cuna: su pasado, su presente, su porvenir”, en *Gaceta Médica de México*, pp. 320-321.

²⁷³ Ana María Carillo, “La alimentación ‘racional’ de los infantes: maternidad “científica”, control de las nodrizas y la lactancia artificial”, en Julia Tuñón (comp) *op. cit.*, 2008, p. 246.

que quisiera adoptarlo.²⁷⁴ El objetivo era tratar de otorgar los elementos indispensables al expósito para que en un futuro tuviera las herramientas indispensables que hicieran de él un hombre o mujer productivos para su nación. En esta gran tarea, las nodrizas y un importante número de personal femenino²⁷⁵ fueron fundamentales, pues se encargaron de cuidar, alimentar y educar a los niños abandonados, aumentando así sus expectativas de vida:

Si los niños abandonados fueran únicamente una desheredación social y un gran gasto público, habría lugar para resignarse á esos inconvenientes; pero son además una desgracia para la humanidad y una pérdida considerable para la población. Estas pobres criaturas, nacidas frecuentemente de la alianza del vicio y de la miseria, traen, al llegar á la vida, el germen de la muerte. Privadas de la leche y de los cuidados maternos, perecen bien pronto, y ni la ciencia ni la dedicación de sus bienhechores consiguen darles las mismas posibilidades de vida que obtienen los otros niños. [Los que llegan a esta Casa] siempre ascienden a doscientos, cuando no, pasa de esa cifra, [estos niños] se crían en el campo bajo los cuidados de nodrizas que ofrecen toda clase de garantías y que están siempre muy vigiladas.²⁷⁶

Para esta fecha, 1874, existían 220 criaturas asiladas. Se establecieron dos grupos en lactancia: los niños criados con nodrizas en la misma Casa y los de nodrizas fuera de la Casa en el campo (comúnmente de las poblaciones cercanas a la capital) con la condición de ser recomendadas por su honradez y buenas costumbres. A éstas se les daba las y los niños de mayor edad, dejando a los más pequeños en la Casa y cuando era necesario, un ama podía criar a dos de los más pequeñitos. El tiempo que debía durar la lactancia era de no menos de dieciséis meses para no quebrantar la salud de la criatura. Después del destete podían ser criados fuera de la Casa por amas escogidas por el

²⁷⁴ Nicolás León, *La Obstetricia en México. Notas bibliográficas, étnicas, históricas, documentarias y críticas, de los orígenes históricos hasta el año 1910*, Partes II, Tip. de la Vda de F. Díaz de León, Sucre, México, 1910, p.630.

²⁷⁵ La planta de empleados de la casa estaba integrado de la siguiente manera: Director, Facultativo, Interventor, Maestro de la escuela, maestro de carpintería, cobrador y vigilante. La Rectora, maestra de la amiga, Ayudante de la *idem*, Maestra de labor, Ayudante de *idem*, Maestra de bordado, Dispensera, Enfermera, Cuidadora de nodrizas, Cuidadora de niños pequeños, cuidadora de niñas pequeñas. Criados: cocinera, galopina, mandadera, tres mozas, dos lavanderas, cuatro nodrizas receptoras. Nótese que la mayoría del personal era femenino, sin contar a las nodrizas, quienes eran registradas de manera aparte. Véase: Nicolás León, *op. cit.*, p.630.

²⁷⁶ *Ibid.*, p. 629.

Administrador. El reglamento señalaba la paga que debían tener según su clase, y las reglas que debían observar al dejar a los infantess en la Casa,²⁷⁷ mientras que el cuidado de los expósitos era ejercida por las religiosas, generalmente las Hermanas de la caridad.

La importante labor de amamantar se remonta a tiempos más antiguos, así como también la existencia de nodrizas, quienes lactaban a los hijos de madres de una clase social más alta que no querían hacerlo por el desgaste físico que producía, labor que con el tiempo fue convirtiéndose en un trabajo remunerado. Entre otras causas de la proliferación del uso de nodrizas se encuentran las enfermedades que aquejaban a las madres que las incapacitaba para lactar, la necesidad de quedar nuevamente embarazada y la elevada tasa de mortalidad de las mujeres en la labor de parto entre las clases más acomodadas, debido principalmente al matrimonio precoz. En Roma por ejemplo, la lactancia era asociada al envejecimiento prematuro al desgaste y a la dilatación de los senos. En Egipto, se consideraba un honor practicar la lactancia, la nodriza era elegida por el faraón y gozaba de muchos privilegios, al punto de obtener altos rangos en la corte. Estos breves ejemplos muestran el importante papel atribuido a las nodrizas y el poder que ejercieron en muchas culturas a través de la lactancia, la cual no sólo permitió el desarrollo de un tipo de economía femenina, sino que se convirtió en un modo de subsistencia nutricional.²⁷⁸

Tanto en Europa como en nuestro país, muchas mujeres empleaban a otras para que amamantaran a sus hijas e hijos, principalmente las de clase acomodada, quienes desde el nacimiento confiaban a sus niños a una nodriza, quien además se encargaba de gran parte de la educación de las y los pequeños. Así, el ama de cría era la que se ocupaba de la pequeña o el pequeño en la primera infancia, con ella aprendían a hablar y a dar sus primeros pasos, le atendían en todas sus necesidades, y sanaban cuando algún mal les aquejaba; lo que indudablemente creaba lazos afectivos entre las y los niños y sus

²⁷⁷ *Idem.*,

²⁷⁸ Eduardo Hernández Gamboa, “Genealogía Histórica de la Lactancia Materna”, en *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, Septiembre-Marzo, núm. 15, 2009, p. 3.

nodrizas, quienes en muchas ocasiones los acompañaban a lo largo de su existencia. Era costumbre que cuando una joven iba a casarse, conjuntamente la madre y la nodriza acudieran ante el futuro esposo para aconsejarle. Pero conforme avanzó el siglo XIX, las mujeres de clase alta fueron abandonando la práctica de emplear amas de cría, siendo las más pobres de las zonas urbanas que trabajaban fuera de casa quienes comenzaron a emplearlas cada vez en mayor número.²⁷⁹

De manera similar a lo que sucedía en Francia, la “industria de la nodriza” iba en aumento, y para finales del siglo XVIII los estratos sociales modestos de las ciudades comenzaron a recurrir a ellas, en un contexto en el que la primera revolución industrial hacía pagar a los artesanos por la creciente competencia de los talleres mecánicos. Las esposas de los éstos, obligadas a trabajar en las fábricas para ayudar a sus maridos, ya no tenían tiempo para ocuparse de sus hijas e hijos. Amamantaban al primero o a los primeros y confiaban los siguientes a otras mujeres que vivían en la misma ciudad o en el suburbio próximo. La mayoría de las amas de cría cuidaban a las y los niños en su propia casa y las madres pagaban por sus servicios, quienes además de otorgar la leche necesaria, también ofrecían todos los cuidados vigilantes de una madre. Por lo anterior las nodrizas eran vistas con respeto y no se dudaba de su competencia y gran devoción en el cuidado que realizaban, por el contrario, eran reconocidas y estimadas como verdaderas profesionales ante su experiencia, incluyendo todo lo concerniente a la salud de los pequeños, y muchas veces la gente venía de lejos para consultarlas.²⁸⁰

Desde el periodo previo a la industrialización, las mujeres han desempeñado una amplia gama de actividades dentro y fuera del espacio doméstico, en busca de salarios que aportaran ingresos adicionales para su subsistencia. Entre dichas labores está el de nodrizas, cuyos atributos laborales se han reconocido como parte de su identidad de género, restándole la importancia, valor social y

²⁷⁹ Silvia Tubert (ed.), *Figuras de la madre*, Madrid, Editorial Feminismos, 1996, pp. 106-107.

²⁸⁰ *Ibidem*.

económico que realmente merecen. Como señala María de Lourdes Herrera, a pesar de esta presencia invisible en actividades correspondientes a la sanidad y la asistencia social que justificaban la soledad y el anonimato, a pesar de la inmensa energía femenina que estas prácticas exigían, los efectos sociales y económicos son difíciles de medir; pues por su condición de género no debían esperar ningún tipo de reconocimiento ni retribución al realizar este “trabajo de amor” en el cuidado de la salud de los más desprotegidos.²⁸¹ No por eso estas mujeres lograron ocupar una posición diferenciada al realizar labores de asistencia social tan relevantes para cualquier nación en reconstrucción, a pesar de que gracias a ellas se pudo incrementar la posibilidad de supervivencia y salud de los infantes. Sería a partir de la reorganización del ramo de la beneficencia, promovida por los regímenes liberales, que estas actividades serían controladas y subordinadas por los nuevos administradores de la asistencia social, los médicos varones.

El discurso médico tenía que justificar su importancia y veracidad en torno a la manera científica en que debía cuidarse y criarse a las niñas y los niños. En la década de 1860, Jean Baptiste Fonsagrives (1823-1884) –médico y profesor de higiene y de clínica de niños de la Universidad de Montpellier-, comenzó a escribir diversas recomendaciones a las madres para que observaran atentamente la salud de sus niños,²⁸² lo que llevaría al proceso de construcción de una mirada especializada en torno a la salud y el bienestar de los infantes desde el discurso médico-científico, el cual atribuía los altos índices de mortandad infantil a las perjudiciales “prácticas maternas tradicionales”, causantes de todo tipo de enfermedades en los niños de muy temprana edad, los cuales

²⁸¹ María de Lourdes Herrera Fera, “Huérfanas, nodrizas y profesoras poblanas a finales del siglo XIX”, en María de Lourdes Herrera Fera, *Estudios históricos sobre las mujeres en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2006, p. 257 y 259.

²⁸² Jean Baptiste Fonsagrives se encuentra entre los expertos franceses en la higiene alimenticia que más influyeron en el pensamiento de los médicos mexicanos, pues era uno de los autores más referidos y consultados por los médicos y estudiantes de la Escuela Nacional de Medicina. Véase: Celia Mercedes Alanís Rufino, *En el niño está el porvenir de la patria. La institucionalización de la atención médica infantil, ciudad de México 1920-1943*, tesis inédita, Instituto de Investigaciones Históricas Dr. José María Luis Mora, 2010, p. 45.

había que remplazar por una serie de “prácticas maternas científicas” guiadas y supervisadas por los médicos varones; quienes no pocas veces acusaban a las madres de dejarse llevar por la superstición popular, al acudir a curanderas, parteras y nodrizas, en lugar de consultar al médico especialista.

Es importante resaltar que no todos los médicos descalificaron rotundamente los cuidados y métodos de sanación doméstica utilizados por las madres. Tal fue el caso del doctor Miguel Jiménez, quien además de reconocer el saber y experiencia de estas en el cuidado del bienestar y salud de sus hijas e hijos, admitía la necesidad de aprender algunas de sus técnicas curativas:

Las madres, pocas veces se equivocan en el diagnóstico del empacho, y sobre este punto, con mucha razón ha dicho el Sr. D. Miguel Jiménez á la Sociedad Familiar de Medicina, en la sesión de 11 de Septiembre de 1871, entre otras cosas lo siguiente: “Las madres, con su hábito de observación profunda, nos han enseñado el camino: ellas sienten, aun en el olor de los vientos, cuando sustancias indigestas causan el empacho: administran una cucharada de manteca con tequezquite, que hace el oficio de purgante, y sale el empacho, como ellas dicen. No cabe duda que las madres [mexicanas] son más observadoras que nosotros, y mejores médicos, algunas veces, para sus hijos: ellas son las que de ordinario nos ponen en la vía de la enfermedad, y como decía ántes, nos enseñan [...]. El remedio que usan más generalmente, es la manteca con una pequeñísima cantidad de tequezquite. Los señores D. Juan María Rodríguez y D. Manuel Domínguez lo usan siempre con buen éxito. El Sr. Liceaga usa simplemente la manteca.”²⁸³

En la realidad, buena parte de las mujeres se ocupaban de los cuidados y salud de sus criaturas siguiendo las pautas tradicionales aprendidas de otras mujeres: sus madres, abuelas, hermanas o vecinas, quienes sabían muy bien cómo curar a sus pequeños de: “empacho”, “mal de ojo”, “susto”, “caída de mollera”, etc. Era lógico que en un contexto en el que la ciencia médica aún se encontraba en desarrollo y consolidación, el nuevo saber médico necesitaba legitimarse y reafirmar su autoridad científica y moral frente a este saber popular al que criticaban y descalificaban por tratarse de prácticas no científicas basadas en la “ignorancia” y “superstición” de las clases bajas,

²⁸³ Vargas Gregorio, ¿Existe el empacho en los niños?, México, 1873, p. 47.

pues al confiar en este grupo de “mujeres y charlatanes”, se creía que causaban la muerte de la población capitalina y representaban además un grave “perjuicio a la honorabilidad del gremio”. A pesar de que durante muchos años habían sido las madres, nodrizas, parteras y curanderas las encargadas del cuidado de la alimentación y salud de las y los pequeños, ahora eran presentadas como incompetentes por carecer de estudios, de un título expedido por la Escuela Nacional de Medicina o de ambos. Dado que no contaban con conocimientos científicos, “sólo causaban accidentes, y su práctica dirigida a los pequeños, constituía un verdadero crimen”²⁸⁴:

El descuido en la alimentación, el cual no sólo palpamos en la masa ignorante de nuestro pueblo, sino aún en la que se vanagloria de poseer cierta ilustración, y que no sólo consiste en la mala elección que se hace de los alimentos que se deben dar al niño, á quien se le proporcionan de toda clase, sino también en la mala distribución de ellos, pues se les dan á la hora que su capricho los pide, y frecuentemente, para callarle su llanto, atribuyendo á hambre lo que es debido a multitud de causas diferentes y muchas veces á la plenitud exagerada de su estómago. Viene en seguida por orden de frecuencia la mortalidad producida por los nacidos muertos [...] las que están próximas á ser madres, por un pudor mal entendido y por la ignorancia de los peligros á que se exponen, no acuden a los médicos, cual debieran, sino que llaman á las parteras [...] Otra de las causas que producen una mortalidad digna de fijar la atención es el tétano[...], [causado por] la mala asistencia de la herida umbilical [...] sin tomar ninguna precaución aséptica ni antiséptica [...]”²⁸⁵.

La comunidad médica representaba una cultura racional, educada e instruida en la “única” y “verdadera” cultura científica. A partir de dicha legitimidad, no sólo podían, sino que debían normalizar y vigilar el cuidado infantil; para ello, los médicos elaboraron y publicaron diversos libros, folletos, consejos, guías y catecismos con principios de higiene dirigidos a las mujeres de

²⁸⁴ La falta de respeto y de credibilidad a las que se enfrentaban los médicos en la ciudad de México durante el Porfiriato. ante la población capitalina, hacía que fuera muy difícil trazar una frontera precisa entre un médico calificado y un charlatán; de ahí la serie de estrategias utilizadas por la comunidad médica para distanciarse de prácticas calificadas como no científicas. Este tema ha sido estudiado por Claudia Agostoni, “Médicos científicos y médicos ilícitos en la Ciudad de México durante el porfiriato”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, México, vol. 19, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 1999, pp. 13-31.

²⁸⁵ Manuel S. Iglesias, “Higiene. Breves consideraciones acerca de la mortalidad infantil”, en *op. cit.*, 1898, pp. 383-386.

clases media y alta,²⁸⁶ en los que se exigía acatar estrictamente un régimen alimenticio y una serie de nociones generales de higiene correspondientes a la habitación, cuna, sueño, limpieza, vestido, paseos, marcha del bebé y hasta modos de hacer la sopas.²⁸⁷ Aunque se seguía viendo a la madre como la principal responsable del cuidado infantil, ésta debía ser supervisada y dirigida por un médico varón o por las autoridades sanitarias y gubernamentales, quienes preocupadas por cuidar la vida y salud de los futuros ciudadanos, buscaron instaurar lo que Rima Apple ha denominado “maternidad científica”.²⁸⁸ En la práctica estas medidas eran un tanto absurdas, pues por muchos años habían sido las mujeres las especialistas en el cuidado de los niños, ya que contaban con la experiencia de la cual carecían los médicos por mucho que hubieran estudiado. Como parte del proceso de profesionalización de la medicina y la consecuente especialización del cuidado infantil mediante la pediatría, se llevaría a la construcción de un modelo de maternidad desde la esfera médica masculina, del cual muchas mujeres se irían apropiando paulatinamente pero seguramente también hubo otras tantas que lo debieron rechazar.

Maternidad científica y control de las nodrizas

Bajo esta lógica de control y supervisión de los médicos profesionistas en todos los ramos de la sanidad, que incluía el cuidado de los infantes, se exigió la inspección y vigilancia de las nodrizas, argumentando como una de las principales causas de la mortalidad infantil, la incorrecta crianza de las criaturas a cargo de amas de cría, las que además de carecer de una lógica racional fundada en conocimientos médicos objetivos y científicos, por su “condición de género y clase”, regularmente “padecían una serie de enfermedades” que contagiaban al pequeño. Este tema abrió un amplio debate entre la clase médica en torno a la necesidad de reglamentar dicho oficio; ya que uno de los

²⁸⁶ *Ibid.*, p. 48

²⁸⁷ *Crónica Médica Mexicana*, vol. VII, num.12, 1904, p. 322.

²⁸⁸ Rima D. Apple, “Constructing mothers. Scientific motherhood in the nineteenth and twentieth centuries”, *Social History of Medicine*, núm. 8, 1995, p. 161-178.

factores que más enfermedades ocasionaban en las y los niños era el de la mala alimentación, cuando no se hacía bajo las indicaciones de la ciencia médica:

[...] aunado por la esperanza de salvar á muchos niños de una muerte prematura, aconsejándoles á las madres de familia las principales reglas á que deben sujetarse para llenar completamente las obligaciones que les impone la naturaleza, de alimentar y cuidar á sus tiernos hijos, y sobre todo, cuando no puedan hacerlo personalmente y se vean en el caso de recurrir á una nodriza, advertirlas de los abusos de éstas, si no consiguiendo, al menos iniciando su reglamentación [...] convencido de los grandes prejuicios que ocasiona á la sociedad el poco cuidado de su elección, y sobre todo, hacer pesar en la balanza de la consideración de nuestros legisladores la necesidad urgente de reglamentar este ramo, para poner término á los incalificables abusos que cometen, engreídas por la importancia de sus funciones en la casa que les paga [...] ²⁸⁹

A pesar de la mala opinión que este médico tenía de las amas de cría, muchos otros llegaron a aceptar que se trataba de una labor que respondía a una necesidad que la sociedad no podía evadir tan fácilmente, pues ello significaría sacrificar la vida de las niñas y niños cuyas madres por alguna imposibilidad física o moral no podían amamantar a sus infantes. Dada la importancia de la alimentación durante la primera infancia al tratarse de uno de los factores que más influía en el crecimiento y desarrollo de los pequeños pues les protegía de innumerables enfermedades y aseguraba su porvenir; los médicos planteaban cuatro posibilidades de alimentar a la niña o al niño durante la infancia: la primera y más conveniente era la leche materna, una segunda posibilidad y sólo en caso de que la madre por alguna razón mayor no pudiera realizar la anterior, había que recurrir a una nodriza y en los últimos de los casos podía utilizarse tanto la alimentación mixta como la artificial.²⁹⁰ A pesar de la existencia de estas cuatro posibilidades, la mayoría de los médicos aseguraban que el mejor medio de nutrición era la leche materna, pues además de asegurar la buena salud física y emocional de las y

²⁸⁹ Ignacio Fernández Ortigoza, *Apuntes sobre la alimentación en la primera edad*, tesis para el examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, México, 1884, pp. 10-11.

²⁹⁰ Agustín Navarro y Cardona, *Apuntes sobre la alimentación en la primera infancia*, tesis inédita, Escuela N. de Medicina de México, México, 1883.

los recién nacidos, reforzaba el modelo de maternidad, y con esto, el comportamiento femenino de las madres, quienes debían ocuparse primero de “otorgar los cuidados y amor a sus hijos y familia, antes que cualquier otra actividad”. Por otra parte, los médicos afirmaban que existían muchas madres “egoístas y desnaturalizadas” que, a pesar de poseer la salud adecuada para amamantar a sus hijos, principalmente aquellas pertenecientes a una posición social elevada, preferían contratar una nodriza a fin de evitar los problemas que implicaba la lactancia natural y el deterioro de la figura femenina.

Ante esta situación, los médicos insistían en que la contratación de la nodriza o *chichiguas* – palabra náhuatl para referirse a las nodrizas con buena leche- como también eran llamadas, sólo debía realizarse cuando por alguna circunstancia extrema la madre estaba imposibilitada para alimentar a su hijo. Por lo anterior, descalificaban rotundamente a aquellas mujeres que por cuidar su figura y ante la preferencia del disfrute de la vida social y matrimonial, o por dedicarse al trabajo fuera del hogar, “se olvidaban de cumplir con su sagrada labor maternal”, y entregaban a sus hijas e hijos a una nodriza los primeros años de su vida. Las y los niños permanecían en las casas de las nodrizas entre dos y cinco años, costumbre que persistió en Inglaterra hasta el siglo XVIII, en Francia hasta el XIX y en Alemania hasta bien entrado el siglo XX. El predominio en la contratación de nodrizas por tiempo prolongase debió a su buen funcionamiento tanto para las madres como para las nodrizas; pero los médicos, como representantes de la cultura patriarcal, buscaban implantar un nuevo modelo de crianza, en el que la lactancia materna se convirtiera en algo obligatorio e intrínseco a la “naturaleza” femenina. En realidad, detrás de esto lo que se buscaba era asegurar la subordinación de la mujer y la permanencia de su rol social, en el que la feminidad quedaba reducida a su función maternal desarrollada exclusivamente en el ámbito privado y a una identidad basada en el amor incondicional, la abnegación absoluta y un espíritu de sacrificio para la crianza y atención a la familia.

Dicho modelo imperativo de maternidad poco tenía que ver con la realidad social en la que vivían la mayoría de las mujeres que por una u otra razón no podían amamantar a sus hijas e hijos.

Debido a esta situación los médicos se dieron a la tarea de buscar otras alternativas de alimentación infantil, entre las que se planteaban la alimentación mixta (alternar la leche materna con la de vaca o burra) y la artificial (fórmula). Esta última opción, fue desechada por varios médicos quienes mostraban, a través de varios estudios estadísticos, los altos índices de mortandad en niñas y niños que se habían alimentado por este método; lo que llevó a inmensos debates tanto en México como en Europa y Estados Unidos en torno al mejor método de alimentación. Así se comenzó a experimentar darle leche de vaca diluida en agua y con azúcar; luego fueron agregándosele otros ingredientes, como harina o bicarbonato (para el caso mexicano, cebada perla). La insistencia en buscar alternativas se explica también por el interés económico que algunas compañías encontraron en la alimentación con biberón un negocio rentable, pues para el último tercio del siglo XIX, ya se producían comercialmente fórmulas basadas en leche de vaca, siendo Liebig la primera marca introducida en 1867, seguida de Allenbury, Bereger y otras. En 1870 el comerciante suizo Nestlé ya exportaba su fórmula a Europa, Australia y Estados Unidos; mientras que la fórmula A.V. Meigs, creada en 1884, se convertía rápidamente en la más popular.²⁹¹

A pesar de los intereses económicos que representaba la alimentación artificial, algunos médicos criticaron duramente esta forma de alimentación, la cual ocasionaba enfermedades gastrointestinales graves en los infantes, que derivaban en la muerte. Bajo esta problemática y sin poder dejar de lado que uno de los principales problemas que aquejaba a la infancia del país era la desnutrición y las enfermedades gastrointestinales causadas por la introducción de alimentos que aún no podían ser digeribles para los bebés, los médicos tuvieron que reconocer el valor e importancia de la alimentación por la nodriza, ya que sólo la leche otorgada por la madre o por la mujer sustituta, contaba con los elementos nutricionales y digestivos adecuados para preservar la salud y vida de los recién nacidos.

²⁹¹ Ana María Carrillo, *op.cit.*, 2008, p. 259.

[...] si la madre puede criar, esto es lo mejor, y que si no, debe buscar una nodriza de buena salud, con leche buena y abundante, de buen carácter, etc., y que solo en circunstancias excepcionales, y siempre con riesgo de comprometer la vida del niño, se recurrirá á la alimentación artificial, con la leche de burra, de cabra ó de vaca.²⁹²

El doctor José María Reyes escribió varios artículos en los que criticó ampliamente los funestos resultados de la alimentación artificial, mixta o a base de cualquiera de las leches y harinas (atoles) que se usaban. Incluso el doctor Reyes presentó un estudio de mortandad de niñas y niños en Berlín, según la alimentación; basado en datos estadísticos en el que probaba que quienes eran alimentados con fórmula, eran acechados por la muerte, a diferencia de aquellos que habían ingerido leche materna por parte de su madre o nodriza. De 1,000 bebés de hasta un año de edad amamantados por sus madres murieron 8,8, y de los alimentados por nodrizas sólo hubo 5,7 decesos. De estos 1,000 que fueron criados con leche de vacas ó cabras, no sobrevivieron 45,6, mientras que de aquellos que ingirieron compuestos artificiales, murieron 76,5, y de los que recibieron alimentación mezclada, se registraron 110 muertes, sobre 1,000.²⁹³ A partir de este estudio, el doctor Reyes concluyó que:

[...] lo racional es abandonar idea tan peligrosa y atenerse á los resultados de la experiencia, la cual enseña que la única alimentación adecuada á la naturaleza de los niños de pecho consiste en la lactancia materna, y en defecto de ésta, la de una buena nodriza[...]²⁹⁴

No obstante, en muchas revistas médicas comenzaron a aparecer anuncios publicitarios en los que se hablaba de los beneficios en el desarrollo y crecimiento en las y los niños que recibían alimentación artificial:

²⁹² J.R.Icaza, “Algunas consideraciones sobre la lactancia. Inanición en los niños recién nacidos por la alimentación insuficiente”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XIX, núm. 12, 1884 p. 257.

²⁹³ José María Reyes, “Mortalidad de la niñez”, en *Gaceta Médica de México*, Tomo XIII, vol. 20, 1878, p. 377-385.

²⁹⁴ José María Reyes, “Estadística de mortandad de niños en Berlín, según la alimentación”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XXII, núm.2, 1887, p. 40.

Cuando un buen sustituto de leche es adoptado por primera vez, se ve en la familia un sano y colorado niño. El tiempo ha llegado en que la comida artificial de los niños esté considerada no solamente benéfica á niños pequeños á su desarrollo y crecimiento, sino que naciones enteras se regocijan de que un sustituto propio para la leche materna haya sido descubierto [...] y por su uso podemos celebrar con alegría la permanencia entre nosotros de hombres y mujeres fuertes y saludables. “El Alimento de Wagner para los niños” ha probado que es el sustituto mejor de la leche materna [...]”²⁹⁵.

Para los médicos que estaban a favor de la alimentación artificial, al referirse a las formas de alimentación infantil, la correspondiente a la otorgada por las nodrizas dejó de ser mencionada, ni aún como un “mal necesario”. Basados en los avances de la pasteurización, la leche animal se convertía, según ellos, en una mejor opción, siempre y cuando se tomaran las medidas adecuadas. La leche no debía darse cruda si antes las vacas no eran sometidas a la prueba de la tuberculina, junto a la seguridad de que no se hubieran contaminado en el acto o después de ser ordeñadas; para lo cual era sometida a la acción del calor que, aunque modificaba en alguna medida su composición, no la convertía en un alimento indigesto ni poco nutritivo. Además existían tres métodos de tratamiento de la leche por el calor: la ebullición (la menos efectiva), la esterilización y la pasteurización, Estas dos últimas, aseguraban los médicos, dejaban fuera de peligro a las y los niño de contraer alguna enfermedad gastro-intestinal. Antes de que Pasteur estudiara la leche desde el punto de vista bacteriológico y aun después, la mortalidad de los infantes menores de un año que eran alimentados con leche de vaca tal y como venía de los establos, causó una mortalidad asombrosa que se atribuyó puramente al líquido nutritivo. Aún así, en México fueron contados los médicos que se manifestaron radicalmente en contra de las leches artificiales,²⁹⁶ a diferencia de la leche suministrada por las nodrizas.

²⁹⁵ “Alimento de Wagner para los niños. El mejor sustituto de leche materna”, en *La Escuela de Medicina*, Mayo 1, núm. 13, tomo XI, México, 1891, pp. 285-286.

²⁹⁶ Ana María Carrillo, *op. cit.*, 2008, p. 255.

Una gran mayoría de la población perteneciente a distintas clases sociales, daba preferencia a la leche de la nodriza, tal vez por razones económicas, ante los altos costos de la leche artificial, pero aún más, por la prevalencia de la costumbre o tradición. Por esto, la idea de prohibir la *lactancia mercenaria*, como comúnmente le denominaban los médicos, se trataba de una medida hasta cierto punto inútil, por lo que no quedaba más que regular bajo preceptos médicos e higiénicos la contratación de éstas. Además de alimentar con su leche a los bebés, la nodriza también se encargaba de sus cuidados y educación en los primeros años de vida, lo que extendía la regulación y vigilancia más allá de las propiedades trasmisibles de la leche, ante la influencia del tipo de educación y “moral” que estas mujeres transmitían a las y los niños. Para ilustrar la importancia del tema, el doctor Ortigoza citó el caso de la nodriza Blanca de Castilla, al apuntar: “No fue la leche la que formó el carácter de Luis XI, sino sus virtudes y sus consejos”.²⁹⁷

En este sentido, el facultativo establecía una clara diferencia entre este tipo de nodrizas, que estaban comprometidas y guiadas por su “natural amor materno”, al dotar de vida a un bebé y a aquellas que calificaba de *mercenarias*, quienes poco o nada tenían que ver con la labor de aquellas “nobles” mujeres que no ponían precio a su trabajo, y que siendo ajenas de parentesco a las niñas y niños, se encargaban de su crianza sólo por compasión y la caridad. Este tipo de nodriza gratuita, señalaba el doctor Ortigoza, era la única que contaba con las “virtudes de una verdadera madre”, a quienes les daba toda su “aprobación moral” para ejecutar dicha misión. Desafortunadamente, señala el médico Ortigoza, sobresalían las de la segunda clase, “las mercenarias”. En torno a la nodriza mercenaria que otorgaba sus servicios en la casa de los padres de la niña o el niño, existían tres modalidades, las que criaban única y exclusivamente a la hija o hijo de sus amos, las que cuidaban al mismo tiempo a éste y a su propio hijo y las que sólo concurrían a la casa de sus patrones algunas

²⁹⁷ Ignacio Fernández Ortigoza, *op. cit.*, 1884, p. 115.

veces durante el día para amamantar al bebé en cuestión. A la primera de éstas se le denominaba nodriza completa o de leche entera, a la segunda de media leche y a la tercera nodriza auxiliar.²⁹⁸

El tipo de nodriza más duramente criticado era la denominada de media leche, al tratarse de mujeres que repartían su leche entre su hijo y el ajeno, pues se resaltaba el poco provecho que obtendría éste, quien tenía que esperar alimento de una mujer que daba preferencia al suyo y por lo tanto no alimentaban de manera completa a uno ni a otro. Esta situación provocó la fuerte crítica de la comunidad médica, quien comenzó a calificarlas como mujeres “tiránicas y hasta peligrosas”, al describirlas como inmorales, que quitaban a su hijo el alimento al que tenían derecho, para entregarse a su “vergonzoso comercio”.²⁹⁹ Por otra parte, reprochaban a las madres que al tener poca leche habían tenido que recurrir a una mujer contratada bajo estas bases, quienes finalmente terminaban lamentando las graves consecuencias de esta preferencia; pues en la mayoría de los casos, era evidente la necesidad de alimento por no haber sido suficiente la que le proporcionaba la nodriza durante el día.

A pesar de estas variantes en el tipo de contratación de las nodrizas, el más común no era la que se llevaba al bebé a su domicilio; pues como señalaba la clase médica, lo más común era que los padres buscaran una mujer honrada, bien retribuida, a quien contrataban para vivir en su casa, con la idea de poder vigilarla en la marcha de la crianza y el trato que ésta le daría a sus hijas e hijos.³⁰⁰ De modo que la costumbre de mandar a éstos al campo en poder total de la nodriza era una situación más bien particular que se utilizó en la Casa de Cuna desde su fundación en tiempos del Virrey Lorenzana por la falta de espacio, para evitar los graves inconvenientes de la aglomeración, dado el número tan alto de nodrizas y niñas/niños. Quienes por conducto de esta Casa eran lactados en el campo, estaban sujetos a este régimen sólo hasta que cumplían dieciocho meses, y aunque

²⁹⁸ *Ibid.*, cpp. 67-69.

²⁹⁹ Ana María Carrillo, *op. cit.*, 2008, p. 250.

³⁰⁰ Santiago D. Renté, *Algunas consideraciones sobre la importancia del reconocimiento de las nodrizas*, México, 1900, p. 30.

posteriormente permanecían a lado de su nodriza hasta cumplir tres años, lo hacían dentro de la Casa, para posteriormente ser trasladados a un departamento especial.³⁰¹

Además, las mujeres que se llevaban a las niñas y niños a su domicilio, debían cumplir una serie de requisitos médicos y morales o de conducta, cuyas especificaciones estaban con lujo de detalle en el reglamento de la Casa. En primer lugar debían presentar una fianza de su conducta y honradez, por lo que era evidente que las autoridades del establecimiento tenía mucho cuidado en su elección, se aseguraban de contratar mujeres que se comprometía a vivir con el bebé, y a sujetarse a una vigilancia escrupulosa para poder dar cuenta de la marcha de cada crianza, la cual debía ser de calidad. Por lo anterior les estaba estrictamente prohibido lactar al mismo tiempo a dos infantes ó hacer uso de la alimentación artificial. Y si por alguna circunstancia una niña o niño llegaba a sufrir alguna enfermedad, la nodriza estaba obligada a llevarlo a la capital desde el primer momento en que notara esto e informar de la situación a la Casa de Expósitos. Las responsabilidades adquiridas por la nodriza contratada, así como la estricta vigilancia que de ésta se hacía, estaban especificadas en el Reglamento interior de la Casa de Niños en su Capítulo cuarto, correspondiente a la parte de *Lactancia y Destete de los Asilados*.

En este documento se señalaba que los pensionistas y pensionados, después de quince días de haber ingresado a la Casa, se iban al campo con sus nodrizas, a quienes se les daba la total responsabilidad para criar de manera adecuada y en el tiempo correspondiente. Debían presentarlos cada mes al establecimiento para su revista, y si quien realizaba dicha revisión notaba alguna enfermedad en el bebé, inmediatamente debía trasladarlo a la enfermería para que fuera atendido, mientras la nodriza permanecía a su lado y cuando se curaba por completo podían ambos volver al campo. Para ver que dichos cuidados se llevaran a cabo, estaban vigiladas por las fiadoras; ello sin olvidar que antes de ser

³⁰¹ Reglamento interior de la Casa de Niños Expósitos, capítulo 4º “Lactancia y destete de los asilados”, en Nicolás León, *op. cit.*, pp .697-699.

contratadas eran examinadas escrupulosamente por el médico del establecimiento y sometidas a una serie de exámenes que no sólo verificaban su salud física, sino también su vida moral. Como ya se ha mencionado, las amas de cría no sólo se encargaban de alimentar a los infantes, sino que en sus manos quedaban los cuidados, educación y crianza, aún después del destete, continuaban con su nodriza hasta la edad de tres años para ser colocados en los departamentos que les correspondía, donde se les daban alimentos sólidos, se les incitaba a realizar ejercicios corporales para su desarrollo, así como seguir su “educación moral”.³⁰²

El reglamento de la Casa de Niños Expósitos y la descripción que hace el médico Ignacio Fernández de las distintas formas de contratación de las nodrizas, nos permite observar que existía una estricta vigilancia de estas mujeres, tanto por parte de los padres de los bebés, como de las autoridades médicas de la Casa; lo que garantizaba una adecuada alimentación, lo que se afirma en los registros de la Casa, en los que se apuntó que gracias al amamantamiento de estas mujeres, y cuando no imperaba epidemia alguna, el máximo de mortalidad anual llegaba a diez o doce infantes, siendo el número de los mismos por término medio de 160 a 200.³⁰³ Otro ejemplo de los beneficios obtenidos de la labor de las nodrizas en una casa de cuna ubicada en Tepozotlan, es mencionado por el médico José María Reyes en un estudio publicado en la *Gaceta Médica de México*, titulado “Mortalidad de la niñez”, en el que refiere que los niños criados por sus nodrizas se caracterizaban por tener una buena salud, a diferencia de quienes eran cuidados en la Ciudad:

[...] en la Capital la proporción en los primeros diez años de vida es de 43% sobre la total, Cuautitlan representa un 58.4 y Tepozotlan un 38.26; Teloyucan un 78.12; Tequizqueac un 47.58; Coyotepec un 78.94; Jaltenco un 78. Sumando todas las mortalidades de estos pueblos y sacando la proporción de niños, tendremos un 49.30%, cifra muy superior á la que nos da la Capital. El campo sin duda tiene á su favor el aire más libre, menos aglomeración de gente, mejores costumbres en las madres y nodrizas; pero en el Valle de México [se] lucha con las condiciones del suelo, la mala alimentación, la falta completa de higiene privada, la de todas las comodidades de la vida, y el descuido consiguiente á la mala educación de sus moradores. [Sin

³⁰² Nicolás León, *op. cit.*, pp.697-699.

³⁰³ Ignacio Fernández Ortigoza, *op. cit.*, 1884, p. 70.

embargo] en las estadísticas de los pueblos Tepozotlan me da una verdadera garantía de salud para los niños [...], puesto que allí se hallan los expósitos de la Cuna, que amantan sus nodrizas, [por lo que] debía suponerse mayor mortalidad infantil; sin embargo, sucede lo contrario.³⁰⁴

Más elementos que abonan a la tesis de que gracias a la labor de las nodrizas muchas niñas y niños lograron salvar sus vidas en situaciones en las que por falta de alimento casi perdían la vida, se encuentran en publicaciones periódicas escritas por algunos médicos, donde describían las experiencias de sus casos clínicos, los retos que tenían que enfrentar de manera cotidiana y las diferentes técnicas y maniobras utilizadas. En este caso, se describe cómo gracias al trabajo de una nodriza se obtuvo un final exitoso, al haberse salvado la vida de un bebé. El doctor J.R Icaza, en su artículo “Algunas consideraciones sobre la lactancia. Inanición en los niños recién nacidos, por la alimentación insuficiente”, afirma lo siguiente:

[...] me llamaron violentamente para que asistiera á un niño, [...] el que se me dijo tenía un ataque muy grave. Fui a verlo y lo encontré flaco, sumamente pálido, con las extremidades y las narices frías, sin pulso en las radiales, inmóvil é insensible; parecía un cadáver [...].

[...]lo criaba la madre creyendo tener leche abundante; pero no estando bien conformados los pezones, daba de mamar al niño usando un tira [...].

[El niño] se cansaba de mamar, y así llegaron hasta el día citado en que ya el niño no pudo hacer el menor esfuerzo para extraer la leche, y se puso en la grave situación en que lo encontraba. Dispuse que se le hicieran fricciones excitantes con tinturas de mostaza, y yo mismo le di en la boca algunas gotas de vino Jerez, y algunas cucharaditas de la leche de una mujer sana y robusta que afortunadamente se consiguió en aquellos momentos. Al otro día, hallé al niño casi en el mismo estado [...].

Me ocurrió entonces hacer el cateterismo del esófago con una gruesa sonda de goma, de las usadas para la uretra, para introducir por ella la leche hasta el estómago [...] hasta ocho cucharadas grandes de otra mujer. Esta operación se hacía muy rápidamente, pues dos nodrizas se exprimían á un

³⁰⁴ José María Reyes, “Mortalidad de la niñez”, en *op. cit.*, 1878, p. 377-385.

tiempo la leche en cucharas, que cuando estaban llenas pasaban á mis manos, y de éstas al estómago del niño por medio de la sonda.

[Para] la noche era notable la mejoría; el pulso, aunque filiforme, era bien perceptible; había dado el niño algunos débiles gritos; había hecho algunos movimientos con la boca, y se logró que pasara algunas cucharadas de leche.

Terminaré diciendo, aunque parezca inútil, que una buena nodriza debe complementar la obra después que el médico haya salvado la situación aflictiva del momento.³⁰⁵

Gracias a la descripción detallada que el doctor Icaza hace de este caso clínico, se puede constatar que sin la intervención de las nodrizas, de nada hubiera valido la injerencia del facultativo. Posteriormente una nodriza dotaría de alimento al bebé hasta la edad del destete para asegurar su sano desarrollo. Otro ejemplo similar es el que expone el doctor Fernando Altamirano en su artículo titulado “El método hídrico”, en el que se muestra que gracias a la leche suministrada por una nodriza un niño logró sobrevivir a los funestos resultados de la leche de vaca:

Antonio H., de seis meses de edad nació en México y fue trasladado a los dos meses de nacido á una hacienda próxima a Chalco. Nació bien constituido [...] Lo criaba la mama, que aunque primípara tenía leche en abundancia y buena; el niño mamaba bien pero con cierta dificultad por lo corto de los pezones [...]. Al mes la leche de la madre comenzó á ser insuficiente para satisfacer al niño [...] fué preciso que ayudase en la crianza una nodriza. Pero como pasa frecuentemente la nodriza se separó, hubo dificultades para procurarse otra oportunamente y se recurrió a la leche de vaca para alimentar al niño [...].

Nuestro niño presentaba con frecuencia vómitos alimenticios de olor agrio, meteorismo constante, y sobre todo evacuaciones intestinales frecuentes, fétidas, amarillas y verdes, más ó menos líquidas y con grumos. Así llegó el niño a los cinco meses sin que desaparecieran los síntomas [...]. Más un día amaneció vomitando, llorón, sin hambre y con deposiciones frecuentes. El niño se puso lívido, con los ojos hundidos, los párpados á medio abrir y la mirada opaca [...].

Mis primeras disposiciones al verlo fue que no volviera á tomar ningún alimento y que tomara agua [...] Entre tanto se había conseguido una nodriza; prohibí estrictamente que tomase la leche de burra [...] y á las doce de la noche [a la llegada de la nodriza] se le concedió mamar ligeramente.

³⁰⁵ J.R.Icaza, “Algunas consideraciones sobre la lactancia. Inanición en los niños recién nacidos, por la alimentación insuficiente”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XIX, núm. 12, 1884 p. 257-261.

No rehusó tomar el pecho [...] las deposiciones líquidas se suprimieron y el niño se reformó rápidamente [...]. Se había salvado del cólera y sólo le quedaba su enteritis crónica ligera. [Señalé] que no tome más alimento que la leche de la nodriza.³⁰⁶

El control de las nodrizas. Una lucha de clase, raza y género

A pesar de las constantes críticas por parte de los médicos hacia las nodrizas, era innegable que gracias a la labor ejercida por éstas los índices de mortandad infantil se lograban reducir en gran medida; pero una vez que los profesionistas de la salud comenzaron a figurar como los representantes de la cultura racional, los portadores de la verdad científica y los defensores del orden social eminentemente patriarcal, siguieron manifestando su indignación y desaprobación ante el trabajo hasta entonces realizado por las nodrizas, argumentando que transmitían una serie de enfermedades a los niños a través de su leche. Ante la ausencia de un sistema de inspección sanitario eficaz, el cual asegurara que la mujer contratada no representaba ningún peligro a la salud física y moral del infante que iba a amamantar, la contratación se hacía de manera informal, en algunos casos, a través de agencias particulares y en la mayoría por recomendación entre conocidos. Ejemplo de ello fue el caso de Atzacapotzalco, en el que una mujer que se desempeñaba como partera clandestina ofrecía a sus clientes los servicios de las nodrizas para encargarse del cuidado y alimentación de los recién nacidos. Esta práctica llevada a cabo en las distintas actividades sanitarias, era un asunto organizado y dirigido exclusivamente por mujeres desde el ámbito doméstico. Pero una vez que se separa el saber académico del saber popular y se limita el acceso al conocimiento científico a través de la institucionalización de los estudios médicos, la comunidad médica sanitaria buscó controlar y excluir a las mujeres -en su mayoría indígenas- de sus antiguas prácticas asistenciales, pues afirmaban que sólo ellos tenían el poder y saber para vigilar y controlar, legitimar o deslegitimar, autorizar o desautorizar tanto al personal como las labores relacionadas a la asistencia curativa y alimentaria de las y los niños.

³⁰⁶ Fernando Altamirano, "El método hídrico", en *Gaceta Médica de México*, tomo XXIV, núm. 11. 1891, pp. 212-213.

Es importante reconocer que detrás de esta problemática en torno a la inspección y control de las nodrizas, que tuvo como plataforma tomar medidas de prevención higiénico-sanitarias que pudieran vigilar la salud de las mujeres dedicadas a este trabajo, también estuvo la construcción de la autoridad médica moderna. La institución médica se volvió un espacio de prestigio y autoridad social, impregnada de fuertes prejuicios de clase, raza y género, cuya lógica determinaba un orden y jerarquía social “natural” detrás del cual tenía que estar un hombre con cierto estatus –atribuido a su clase y profesión-, quien debía encargarse de cuidar la salud de la nación, con lo que se justificaba su permanencia en la regulación de la estructura y organización social, así como su poder para evaluar la condición moral y física de las nodrizas.

En una sociedad altamente clasista, racista y sexista, no era casualidad que un médico debiera satisfacer las siguientes condiciones para poder ejercer su profesión: ser español o criollo; probar su limpieza de sangre y de herejía” por cinco generaciones; haber cumplido con las materias, con la práctica médica, haber hecho el examen profesional y tener licencia médica. A pesar de que el segundo requisito, "probar pureza de sangre" desapareció al ser abolidas las castas, el sentimiento nacionalista que durante el transcurso de ese siglo fue manifestándose de manera más pronunciada, pudo quizá ser sustituido por el de ser mexicano³⁰⁷, basado en el ideal burgués de hombre culto, blanco y sano. Además, es importante tomar en cuenta que durante las últimas décadas del siglo XIX el ejercicio de la medicina se caracterizó por su orientación positivista, que desde la que los médicos mexicanos, seguidores del positivismo comtiano y portavoces de la ideología dominante, hicieron eco de las corrientes científicas en boga al afirmar que dentro del organismo social existía la superioridad y mayores “aptitudes naturales” de algunos individuos quienes por su mejor capacidad de adaptación en la lucha por la supervivencia social y política, eran los encargados de

³⁰⁷ Claudia Agostoni, *op. cit.*, 1999, pp. 13-31.

poner fin a los males sociales que acogía a la sociedad,³⁰⁸ y dentro de ellos había que erradicar el incivilizado hábito o costumbre de contratar nodrizas o *chichiguas*.

De ahí que los exámenes médicos a los que fueron sometidas estas mujeres, transgredieron de manera evidente las cuestiones puramente médicas y fisiológicas, pues se indagaba desde su estado civil, -en tanto que se consideraba que las mujeres casadas aseguraban su honradez-; hasta su lugar de residencia, ya que los médicos preferían a las mujeres del campo. Por lo regular los pueblos a los que se llevaban a los niños para su crianza, eran Tacuba, Tlalnepantla, Tacubaya, San Angel y Mixcoac.³⁰⁹ Y de las poblaciones inmediatas a la capital eran Tacuba, Atzapozalco y Tlalnepantla principalmente. También se daba preferencia a aquellas que vivían en el valle de México sobre las que vivían en la ciudad ya que estas últimas, desde la percepción de los médicos, estaban plagadas de defectos como la mala fe y poca humanidad, entre otros.³¹⁰ El examen comprendía la influencia de su constitución, el aspecto físico, el color de la piel y el cabello -las mujeres de piel blanca y cabello claro o rojos eran consideradas poseedoras de una leche de poca calidad, mal sabor y agria³¹¹-, edad de ellas y la de su leche³¹², influencia de la alimentación, “impresiones morales”, permanencia de la leche en los senos, reposo y ejercicio, calor y frío, hábitos en su vida sexual, de los embarazos anteriores, inteligencia, carácter y de la alegría, influencia de la reaparición de la menstruación, de la preñez;

³⁰⁸ William D. Raat, *El positivismo durante el porfiriato*, México, Secretaría de Educación Pública, 1975, p. 57.

³⁰⁹ Ignacio Fernández Ortigoza, *Apuntes sobre la alimentación en la primera edad*, tesis inédita, México, 1884, p.

70.

³¹⁰ Morales Pereira, Samuel, *Algunas consideraciones sobre las causas que motivan la gran mortalidad de la primera infancia*, México, 1888, p. 30.

³¹¹ Eran en mayor número mujeres indígenas inmigrantes las que se dedicaban a la labor de nodrizas, profesión que fue vista como una opción para integrarse al reducido mercado de trabajo urbano. Aunque era un trabajo asalariado, este formaba parte de los trabajos realizados por la servidumbre, por lo que la contratación de una nodriza por parte de las familias adineradas, representaba su opulencia. Aunque también se dedicaron a esta labor las mujeres de la ciudad, se creía que las mejores nodrizas se encontraban entre las mujeres indígenas, quienes por su buena condición física, fortaleza, acostumbradas al trabajo pesado y de constitución robusta, regularmente producían abundante leche. Ello explica la concentración de la inepción médica en el color de piel, cabello, constitución física, y el por qué se daba prioridad a las mujeres cuyas características físicas y raciales se identificaban con a la raza indígena.

³¹² Según los médicos de la época la leche debía tener una edad igual a la del niño que se iba a criar. Con la idea de prevenir que no fuera escasa o de mala calidad, y fuera de fácil digestión para el bebé. Generalmente una leche debía de ser de 2 a 4 meses -una vez aparecida en la madre-, aunque una leche de más edad también daba buenos resultados. Véase: Daniel Herrera, *La alimentación de los niños*, Tesis inédita, México, 1889, p.42.

antecedentes patológicos y terapéuticos.³¹³ Lo que en apariencia un examen inofensivo que sólo buscaba asegurar la salud de los infantes, en la práctica la inspección de sus cuerpos y hasta de su vida privada se convirtieron en exigencias que rebasaron los principios de la higiene médica moderna, al ser el reflejo de un sistema de dominación clasista, racista y androcéntrico, elementos antagónicos todos ellos de un supuesto Estado liberal y democrático:

[...] hay que *ver* y *tocar* todo lo que se pueda, y *con método*, para no omitir en lo posible el examen de ningún aparato importante [...]. Para perder el menor tiempo posible conviene hacer desfilar rápidamente [a] todas las nodrizas, examinando simplemente su talla, color, etc., quedándose sólo con tres ó cuatro de éstas para examinarlas luego detenidamente. Un vistazo sobre el color de *pelo* y de las *carnes* basta [...]. Deben examinarse los *párpados* [...]. Mucho más importante es el examen de la *nariz* [...]. La *boca* y la *garganta* merecen atento examen. El estado de los *dientes* es muy importante [...]. Las *mamas* voluminosas, adiposas, no suministran leche abundante, las mejores nodrizas tiene pecho de mediano volumen, en forma de peras, con gran desarrollo de venas y dando a la palpación una sensación de nudosidades. Deben examinarse las dos *mamas*. Los pezones deben ser blandos, fáciles de coger, exentos de pupas, gritis o induraciones. [...]. La *edad de la leche*, deberán tener ménos de tres meses y más de cuatro semanas [...] la auscultación del *corazón* [...]. El *estómago* no debe estar doloroso a la precisión, ni dar gorgoteo muy extenso [...] el *hígado* no debe ser demasiado grande ni demasiado sensible á la presión [...] las regiones hipogástricas y ováricas, donde la palpación podrá hacer sospechar alguna afección del útero o de sus anjeos (que confirmarán el tacto vaginal), ni las regiones inguinales [...]. Tampoco es inútil atender a los estigmas histéricos, pues una nodriza histérica puede dar mucha guerra en una casa [...].³¹⁴

A pesar de su larga tradición que data de la época colonial, la labor de las nodrizas fue considerada un oficio de servidumbre y esclavitud, propio de una clase y raza étnica inferior³¹⁵, de ahí la nula

³¹³ Ignacio Fernández Ortigoza, *op. cit.*, 1884, pp. 72-73.

³¹⁴ R. Serret, "Elección de nodrizas", en *La Escuela de Medicina*, Octubre 15 de 1888, núm.19, tomo IX, pp. 409-410.

³¹⁵ El fraile español Francisco de Ajofrín, durante su estancia en nuestro país en el siglo XVIII escribió: "La crianza de los hijos en la gente principal es como corresponde a su carácter, aunque nunca calificaré por acertado el estilo de entregarlos a mulatas o mulatos...". El testimonio del fraile capuchino muestra que el empleo de amas de leche de raza negra para el cuidado de los hijos de familias españolas, criollas, y en algunos casos mestizas, era algo muy común para las madres del México colonial. Véase: Luis Ernesto Hernández Morales, "Criar hijos ajenos: Las nodrizas en México

consideración y respeto en torno al pudor del cuerpo de estas mujeres, regularmente de origen indígena, pues socialmente era más importante velar por la salud e integridad de las y los hijos de familias pertenecientes a una clase social superior. Por esta razón el facultativo, legitimado por “el poder de la ciencia” y por su “noble misión” de velar por la salud de la futura ciudadanía, no sólo tenía permitido, sino que estaba obligado a auscultar sin ningún límite el cuerpo de la nodriza, desde el color de su cabello, “sus carnes”, como se les denominaba de manera despectiva hasta sus senos, pezones y órganos sexuales mediante el tacto vaginal, ya que ante la necesidad de trabajar como amas de cría, tenían que soportar estos abusivos exámenes, quien con un simple vistazo, elegían sólo a tres o cuatro, a las que consideraba “les servirían”, para ser sometidas a una segunda inspección más minuciosa, en la cual se exploraría además de sus demás órganos, su carácter, estado emocional e inteligencia, en tanto que su condición femenina, las predisponía a enfermedades propias de su sexo, como la histeria, patología no convenía a quienes la iban a contratar. Era indispensable, según el médico Daniel Herrera, observar que estas mujeres fueran de buen carácter y hasta cierto punto... inteligentes con objeto de que cuide bien al niño que se le confía”.³¹⁶ Aunado a su condición sexual, estaba la étnica indígena y la de clase social baja, ya que eran consideradas personas ignorantes con poca capacidad intelectual. Según el discurso médico, había que tener cuidado con esa “gente semisalvaje y abyecta”, no tanto por su propio bienestar sino para proteger la salud del resto de los habitantes.³¹⁷

La manera despectiva en que la clase médica se expresaba de las nodrizas obedeció en gran parte a la definición científica de las mujeres, que por su “naturaleza biológica y escala evolutiva inferior”, fueron vistas como seres defectuosos e incompletos, predisuestos a la impulsividad e irritabilidad.

durante los siglos XVIII y XIX”, en *Revista Bicentenario*, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México, núm. 14, 2011, p. 3.

³¹⁶ Daniel Herrera, *op. cit.*, 1889, p. 42.

³¹⁷ José Olvera, en Daniel Cosío Villegas, *Historia Moderna de México*, México, Hermes, 1990, p. 83.

Además, su exageración al mostrar sus sentimientos las hacía incapaz de razonar, las volvía carentes de juicio y espíritu crítico, tendiente a la morbosidad y a la debilidad psíquica. Este “estado biológico” justificaba según la mirada médica, su posición social menor a nivel legal, laboral, político y moral.³¹⁸ Estas concepciones de la mujer se hacían más extensivas al referirse a las nodrizas, quienes además de ejercer una labor “indigna y mercenaria”, su condición sexual femenina las hacía seres degenerados, peligrosos y vulnerables a nivel físico y moral:

Se cree, bajo el punto de vista moral, que la nodriza casada y con familia, presta mayores garantías que la nodriza soltera, que por una debilidad ó por víctima de un engaño, se hizo embarazada, sin la autorización de la ley. [Sean] solteras, viudas ó casadas, la nodriza es una mujer, y por lo mismo, está sujeta á las mismas tentaciones y deseos, y expuesta á los mismos peligros [...] en un caso será el marido, en otro será el amante, la diferencia real sólo es un acta de matrimonio, archivada en un juzgado de lo civil, [...] muchas veces una conversación puede ser el prelude de un comercio sexual, que pueda pasar desapercibido por los padres, y si tiene consecuencias como es probable, altamente perjudicial para el niño [...].

Cualquiera que sea, pues, el estado civil de una nodriza mercenaria, se necesita que tenga un alma bastante tranquila, una voluntad bastante firme, para que pueda estar al abrigo y resistir los funestos consejos de sus pasiones [...].

No creo tampoco que influya en nada su estado civil, bajo el punto de vista de los frecuentes abusos que ponen en práctica, y sus exigencias para conseguir un aumento de salario, es la condición humana y especialmente la condición de las nodrizas, con tal de obtener ventajas, nada les importa [...].³¹⁹

Se puede observar que además de las razones de género, el discurso médico discriminatorio incluyó razones de clase y etnia, pues desde esta mirada, las mejores nodrizas se encontraban entre la raza indígena, cuyas costumbres –menor predisposición a la prostitución- y una buena constitución

³¹⁸ Betzabé Arreola, *¿Locura o disidencia? Las mujeres locas del Manicomio General de La Castañeda (1886-1920)*, México, Editorial Académica Española, 2011, p. 80.

³¹⁹ Agustín Navarro y Cardona, *op. cit.*, 1883, pp. 74-75.

física –acostumbradas como estaban al trabajo duro del campo- las hacía más adecuadas para ejercer este tipo de servicios “inferiores”:

[...] se prefieren las nodrizas de una pequeña población, llamada Capultitlan, las mujeres que de allí se toman son en general de buena constitución y sobre todo de una extrema limpieza, tal vez esto justifica la preferencia que por ellas existe. Yo creo que de la raza indígena que vive en el campo podrán sacarse buenas nodrizas, su constitución es generalmente buena, están sujetas á fuertes trabajos que ejecutan al aire libre (cuya composición no está viciada), la prostitución en los campos nunca está á la altura que en las ciudades [...] las diferencias en el género de vida, naturalmente influyen sobre el estado del organismo, [...] que me hacen creer que entre la gente del campo se encontrarán las mujeres más apropiadas.³²⁰

A pesar de las críticas de la comunidad médica contra las nodrizas, éstas eran reconocidas y respetadas entre las familias, principalmente entre aquellas pertenecientes a las clases altas, quienes no dudaban en contratarlas por su gran experiencia y conocimientos en la crianza, ya que el cuidado, salud, educación y alimentación de los bebés se dejaba en manos principalmente de comadronas y nodrizas, y no de las madres. Esta ausencia materna era muy criticada por la comunidad médica, cuyos miembros señalaban la manera en que algunas mujeres pertenecientes a las clases pobres y aun en la media, apenas habiendo transcurrido algunos días de su parto, cuarenta a lo más, “abandonaban a sus hijos en manos extrañas” para ir a sus labores en pos del salario indispensable para sobrevivir a sus necesidades. En tales circunstancias, la leche de la madre, único alimento propio para el niño, era sustituida por la leche de cabra, vaca, té con leche, café con leche, infusiones, hojas de naranjo, atoles, etc. Y qué decir de aquellas otras mujeres, -haciendo referencia a las nodrizas- que “abandonan” a sus infelices hijos para vender al mejor postor el alimento que la naturaleza les dio y del que eran solamente depositarias. Este mal no queda reparado con los cuidados “mercenarios” que imparten a la nueva niña o niño con quien “no tienen más vínculo” que el salario que reciben por amamantarlos.³²¹

³²⁰ *Ibid.*, pp. 13-14.

³²¹ Nicolás León, *op. cit.*, p.74.

Los médicos de finales de siglo XIX y principios del XX necesitaban contribuir la legitimación y al mantenimiento de dos importantes instituciones características del Estado moderno: el de la familia, compuesta por padre, madre e hijos, que sustituía la familia extendida de origen medieval y la institución matrimonial, ambas de tipo patriarcal, para mantener un modelo de organización social rígido en el que las funciones “naturales” de las mujeres se limitaban a su papel de reproductoras y educadoras de descendencia fuerte, saludable, obediente y medianamente instruida, esto es, en criar seres útiles a la sociedad. Si las y los hijos eran vistos como el fruto de una situación social “natural” impuesta a todas las mujeres, la maternidad era asumida por ellas mismas como la “corona de su triunfo sobre un sufrimiento constante”, y como motivo de un reconocimiento profundo por parte del resto de la sociedad. Así, la mujer que mayor valor adquiriría era la que más hijos tenía, y dentro de este rango, la que más hijos varones entregaba a la sociedad. Es por eso que para la casada en situaciones más o menos normales, el anuncio de la llegada de su primer hijo, era el segundo gran momento de su existencia, y el embarazo y el parto, un ritual al que estaban sometidas las mujeres de todas las clases sociales.³²²

Bajo la estructura de la familia patriarcal, la mujer tendrá como propósito el embarazo y la reproducción, siendo la maternidad el objetivo fundamental de su vida. No obstante, el producto del embarazo, el hijo legalmente no se considerará como producto suyo, sino como propiedad de la sociedad conyugal³²³ y de la nación. De este modo, el cuidado y la crianza del mismo deja de ser un asunto exclusivo de la mujer para convertirse en uno público y masculino, que debía ser tratado por el Estado desde la salud pública. Y todo aquello que ponía en peligro la salud e integridad de las y los hijos, - el aborto, el infanticidio- así como el ejercicio de una correcta maternidad, adquieren una nueva connotación social, política y legal que “puede y debe ser regulada por el Estado”. Por ello, se

³²² María de la Luz Parceró, *op. cit.*, 1992, p. 157.

³²³ Carmen Ramos Escandón, “Cuerpos contruidos, cuerpos legislados. Ley y cuerpo en el México de ‘fin de siècle’”, en Julias Tuñón (coord.), *op. cit.*, 2008, p. 95.

exigía a las madres que se encargaran personalmente de cuidar y alimentar a sus hijos, siempre guiadas por los saberes del facultativo, en una relación en la que el médico prescribía y la madre simplemente ejecutaba, sólo así se podría “poner fin a los peligros físicos y morales” a los que se exponía a los infantes en manos de madres, nodrizas y comadronas “ignorantes”.

Esta concepción moderna de la familia y de la maternidad, no implicaba que desapareciera la antigua necesidad por parte de muchas mujeres que no podían amamantar y cuidar a sus hijos de contratar una nodriza, esto aunado a los malos resultados obtenidos con la leche de fórmula. Por ello, la contratación de nodrizas debía apegarse a una normatividad sanitaria tal y como ya se estaba haciendo en algunos países europeos. La legislación era muy variable de un país a otro, al distinguirse unas en las que la administración pública ejercía una vigilancia inmediata, y aquellos otros en los que la vigilancia administrativa era nula o casi nula. A la cabeza de los países del primer grupo se colocaba Francia, en donde el gobierno había dictado una serie de medidas que formaban por sí solas un código completo de protección a la infancia, en los que el Estado además de sostener los asilos, legislaba la labor de las nodrizas, ante las cifras abrumadoras de las estadísticas que probaban que en Francia moría un gran número de niños debido sobre todo a la lactancia defectuosa de nodrizas mercenarias.³²⁴

Los médicos mexicanos insistían en que el país debía tomar como ejemplo el modelo legislativo francés en torno a la protección impartida a las y los niños de primera edad que eran enviados con nodrizas fuera del hogar paterno. Como primera medida, tanto el padre como la madre o cualquier otra persona que enviaba a un bebé con una nodriza, estaba obligado a declararlo oficialmente a la Prefectura a la que pertenecía. Inmediatamente éste era vigilado de manera especial por parte de la autoridad pública, quien buscaba proteger la vida y salud del infante. Las mujeres que querían ejercer

³²⁴ Santiago D. Renté, *op. cit.*, 1900, pp. 12-13.

la profesión de nodrizas a domicilio o en el campo, estaban obligadas a proveerse de una autorización especial que no les era concedida sino después de una investigación acerca de su “moralidad”, y de la correspondiente inspección del médico, quien podía suspender o retirar definitivamente la referida autorización. Tales medidas se llevaban a cabo por parte de un servicio de protección a la infancia cuyos gastos se cubrían por contribuciones del Estado y de los Departamentos. De este modo se establecieron médicos inspectores, visitadoras, comisiones locales compuestas en su mayoría de “damas honorables”, elegidas por las municipalidades, que vigilaban la protección de los niños confiados a las nodrizas.³²⁵

A partir de esto había que vigilar a las nodrizas para que cumplieran al pie de la letra las medidas médico-higiénicas, que incluían desde acostar a las y los niños en su propia cama, vigilar que animales domésticos como perros y gatos, no estuvieran cerca, no colocar luces muy cerca de la cuna, entre otras muchas medidas de higiene. Y las nodrizas que ocasionaban la muerte de un infante eran procesadas y condenadas según el grado de responsabilidad que resultara. Además, los médicos inspectores podían ordenar el retiro de los bebés que no tuvieran los cuidados y la alimentación suficiente con la nodriza, ya fuera por enfermedad de la mujer o por cualquier otra causa. En la práctica, en el año de 1895 la prefectura de policía ordenó la devolución a sus padres de 133 niños confiados a nodrizas. Tales medidas se tomaron ante la enorme mortalidad de éstos en Francia. En relación a esto, M. Jacques Bertillon proponía como otra alternativa la instalación de establecimientos ideales, en los que además de dar los cuidados necesarios, se ofrecería la lactancia por biberón con leche esterilizada, al argumentar que a pesar de que las nodrizas eran inspeccionadas, éstas podían no estar sanas, pues no era raro ver algunas afectadas de tuberculosis o que tenían en su sangre gérmenes sífilíticos.³²⁶

³²⁵ *Ibid.*, 1900, pp. 20-21.

³²⁶ *Ibid.*, pp. 22-25.

Bajo este argumento, los médicos higienistas mexicanos expresaban la urgente necesidad de trabajar en la regulación de este sector, ya que existían en la capital de la República establecimientos particulares conocidos como Agencias de Nodrizas, las cuales no estaban sometidas a vigilancia sanitaria alguna, y por ende no ofrecían garantías respecto a su salud. Eran únicamente oficinas de corretaje, donde los particulares llegaban en busca de una nodriza, y si los padres creían necesario, ellos mismos hacían que las examinara un médico, quien generalmente realizaba una investigación superficial acerca de la apariencia de la leche y de la salud de la mujer.³²⁷ Esta situación propició que en el año de 1895 el doctor Miguel M. Márquez fundara en la ciudad el primer dispensario con todas las condiciones requeridas por la ciencia, dotado de los mejores aparatos con el objeto de proporcionar nodrizas al público, previo reconocimiento de la calidad de la leche y de la salud de la mujer. Este dispensario tuvo que cerrar, hasta que tres años después, en 1898 el mismo médico Miguel M. Márquez secundado eficazmente por el también médico Manuel Domínguez, director de la Casa de Cuna, y el Ministro de Gobernación, el general Manuel González Cosío, se encargaron de instalar en la misma Casa Cuna un departamento especial bien acondicionado para el análisis de la leche y el reconocimiento minucioso de las nodrizas.³²⁸ A partir de ese momento, las nodrizas dejarían de ser exclusivas para los lactantes de la casa, constituyéndose este servicio para beneficio de la comunidad en general que podía costearlo.

La persona que deseaba contratar una nodriza, en primera instancia debía dirigirse a la Rectora del Establecimiento, quien le entregaba una ficha como recibo de la cuota asignada para cubrir los gastos de la oficina inspectora; dicha ficha era presentada al médico inspector, quien se encargaba de proporcionar la nodriza a la o a el interesado, previo reconocimiento escrupuloso del estado sanitario y calidad de la leche de la mujer. Sin la presentación de esta ficha, el médico inspector no podía

³²⁷ *Ibidem.*, p. 28.

³²⁸ *Ibid.*, p. 29.

proporcionar ninguna nodriza, por lo que cada una llevaría un comprobante de su reconocimiento médico, en el cual se hacía constar su nombre y domicilio, edad, fecha de parto, estado de salud, análisis cualitativo y cuantitativo de su leche, así como el examen microscópico de ésta, y que era firmado por el mismo médico. La oficina remitía a la nodriza a la casa de la persona que la solicitaba con otro empleado. Quien deseaba la opinión del médico de su casa, podía enviarla por su cuenta, pero el establecimiento no podía destinar dos o más nodrizas a la vez para que los médicos de las familias hicieran su elección, sino que quien solicitaba una nodriza debía explicar previamente al médico inspector las condiciones que debía tener la mujer. La oficina tampoco intervenía en el arreglo del salario de la misma, pues este era negociado de manera particular entre la nodriza y la persona que la solicitaba.³²⁹

En lo referente a las mujeres que deseaban ofrecer sus servicios como nodrizas a través de este establecimiento, éstas debían primero presentar su solicitud de colocación para ser registradas en un libro especial, en que se apuntaba su nombre, domicilio, edad, estado de salud y análisis de su leche. Enseguida pasaba a inspección para ser reconocida por el médico inspector, y si resultaba “completamente sana y su leche de buena calidad”, se le anotaba en el libro de registro, la fecha de su colocación, junto al nombre de la persona y domicilio donde sería destinada a trabajar. Por otra parte, la mujer que resultaba enferma era registrada en otro libro, en el que se especificaba su padecimiento o la causa por la que le era imposible servir de nodriza, por escasez o “mala calidad de su leche”. Para el caso de nodrizas que se llevaban a la niña o niño a su casa en el campo, éstas eran registradas junto

³²⁹ Reglamento de la inspección de nodrizas de la Casa de niños Expósitos. Capítulo I. “De las personas que solicitan nodriza”. Reglamento provisional de la Casa de niños Expósitos titulada “la cuna”. Aprobada por el secretario de gobernación, México, 1898, en Nicolás León, *op. cit.*, p. 725-726.

con el nombre de quien iba a criar, el pueblo a donde se remitía; pero antes de colocarse una nodriza, se le leía el Reglamento y se le entregaba una copia.³³⁰

La contratación de una nodriza a través del establecimiento aseguraba una estricta vigilancia y organización, para ser aceptada y asignarle a un bebé, como se puede constatar en los libros de registros de la Casa de Cuna, en los que se apuntaba de manera cuidadosa toda la información correspondiente a la escrupulosa inspección a la que fueron sometidas. El médico inspector llevaba libros en los que registraba a las nodrizas sanas, escrito con tres tintas: azul, roja o negra, según la clasificación que de la mujer hacía el médico. Esto significaba de primera, segunda o tercera clase, basado en el aspecto, constitución y calidad de su leche. En otro libro se anotaba el nombre de las personas que la contrataban y su domicilio; así como el nombre de la nodriza, edad, fecha de parto, particularidades, si era múltipara o primípara, clasificación, forma de los senos, del pezón, estado de sus partos, estado de su sistema digestivo, respiratorio, circulatorio, nervioso, uro-genital, signos de enfermedades generalizadas, huellas de enfermedades anteriores; en relación al análisis de su leche, la abundancia, color, olor, reacción alcalina, densidad, grasa, azúcar, albuminoides, sales, y el examen microscópico de los bulos pequeños y medianos.³³¹

¿Cuántas mujeres fueron sometidas a esta revisión? dentro del Departamento de Inspección de Nodrizas, se colocaron de septiembre de 1898 a diciembre de 1901, a 960, y de 1902 a 1907, otras 1 134, y entre 1908 y 1915, 652 nodrizas,³³² ello sin contar a todas aquellas que fueron rechazadas. Lo anterior muestra que la cantidad de nodrizas que estaban bajo la tutela de las autoridades médico sanitarias era significativo, a pesar de todos los requisitos por los que se les hacía pasar. Pero la queja de los médicos seguía siendo extensiva y continua, para castigar legalmente a las agencias y personas

³³⁰ Reglamento de la inspección de nodrizas de la Casa de niños Expósitos. Capítulo I. “De las nodrizas “. Reglamento provisional de la Casa de niños Expósitos titulada “la cuna”. Aprobada por el secretario de gobernación, México, 1898, en Nicolás León, *op. cit.*, p. 726.

³³¹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Casa de Niños Expósitos, Sección: Nodrizas, Libro Inspección de nodrizas 13, 1898-1901, Foja 160, 320 págs.

³³² Ana María Carrillo, *op. cit.*, 2008, p. 257.

que sin ninguna medida médico-higiénica ofrecían nodrizas sin garantía de su estado de salud, por lo que exigieron que se establecieran penas pecuniarias y legales quienes no acataran la inspección correspondiente.³³³

No podemos poner en duda la preocupación de los médicos por la salud de las y los niños que eran amamantados por nodrizas, pero también es evidente que como parte de este discurso se tenía como finalidad sustituir poco a poco la lactancia de nodrizas por la artificial, ante lo lucrativo que resultaba este nuevo negocio. De ahí que en la misma Casa de Niños Expósitos se estableciera un departamento de alimentación artificial para los niños de la Casa, con la firme idea de irlo ampliando para hacerlo útil al público en general.³³⁴ Se alimentó a doce niños mediante la lactancia artificial, de los cuales todos murieron y a pesar de ello, el doctor Domínguez dudaba si había que atribuir al alimento la muerte de los infantes, o más bien al descuido en su preparación. A pesar de los funestos resultados, algunos médicos seguían considerando superior la lactancia artificial a la de cualquier nodriza. Para el doctor Nicolás Ramírez de Arellano, aunque el biberón era objetable, resultaba mejor la alimentación con la leche esterilizada que el amamantamiento proporcionado por personas que no le tenían afecto. Del mismo modo, el médico Ortega promovió la lactancia artificial entre las madres que acudían a su consultorio privado, quien alentaba la alimentación mixta en un primer momento, para luego emplear exclusivamente la alimentación artificial. Afirmaba que la leche esterilizada podía tener buenos efectos entre la gente que la comprara y estuviera dispuesta a sujetarse a las indicaciones de un “médico hábil”.³³⁵

A pesar de este debate que se dio entre la comunidad médica, el discurso que descalificaba a las nodrizas comenzó a reflejarse en el número de contratadas; y es que entre los años 1902 y 1907, se

³³³ Santiago D. Renté, *op. cit.*, 1900, pp. 30-32.

³³⁴ Reglamento de la inspección de nodrizas de la Casa de niños Expósitos. Capítulo I. “Son obligaciones del médico Inspector “. Reglamento provisional de la Casa de niños Expósitos titulada “la cuna”. Aprobada por el secretario de gobernación, México, 1898, en Nicolás León, *op. cit.*, p. 721.

³³⁵ Ana María Carrillo, *op. cit.*, 2008, pp. 262-264.

registraron 1 134 nodrizas, presentándose un gran cambio para los años de 1908 y 1915, en el que aparecieron sólo 652 laborando. Este descenso pudo estar estado influenciado por la inestabilidad causada por la Revolución, que tal vez complicó el registro oficial de éstas. Pero innegablemente también lo anterior fue resultado de la serie de requisitos a los que estas mujeres eran sometidas, quienes tal vez prefirieron trabajar de forma clandestina ante la violación de su pudor físico e “integridad moral”, legitimados de manera evidente por una serie de preceptos científicos médico-higienistas que, sin embargo, no dejaban de ser imperativos llenos de prejuicios de tipo clasista, racista y sexista. A pesar de ello, muchas permitieron y aceptaron someterse a las excesivas exigencias de la comunidad médica, ante las condiciones de pobreza económica y marginación social en las que vivían, en su mayoría mujeres migrantes indígenas, quienes no tenían otras opciones de trabajo, especialmente con un niño pequeño a quien por lo regular debían sostener.

La posición social inferior en la que fue catalogada la figura de la nodriza, lo que estaba basado en su condición de sexo, étnica y social, era parte de todo un arsenal de significados y valores socioculturales contra los que la clase hegemónica deseaba luchar hasta extinguir, en favor de la “regeneración de una nación moderna, civilizada, culta y sana”; olvidándose de que estas mujeres constituían y representaban una mayoría de la sociedad, con sus formas de vida, hábitos y costumbres, al ser parte de un país muy distinto a sus quiméricas idealizaciones acerca de lo que debía ser el México moderno. Dicha posición ideológica se deja ver en el siguiente discurso médico emitido no sólo contra las nodrizas, sino contra las formas de vida de la clase indígena pobre:

Las nodrizas [...] aparte de transmitir al niño enfermedades, por lo general entregadas a desórdenes de toda clase, causaban padecimientos como el “agavismo” por dar pulque a los niños para procurarles el sueño. Las indígenas por lo general tenían estas prácticas nefastas que dañaban a las criaturas. Aparte se contaban la eclampsia, la epilepsia, el idiotismo y otros daños causados por el alcohol eliminado por la leche. La escrófula y la tuberculosis eran frecuentes en los hijos de las

pobres a causa de las pésimas condiciones higiénicas en que vivían: cuartos estrechos, húmedos, mal ventilados, cerrados durante la noche, hacinamiento de personas y animales, próximos a pantanos, acequias, charcos, albañales. El aseo era generalmente nulo. Los alimentos: frijoles, tortillas, chile, atole, vísceras inmundas y el pulque indispensable hacían de los niños en su primera infancia víctimas de enfermedades del aparato digestivo de las cuales poco se preocupaban las madres [...]. Los pañales sin lavar, los chupones, los calmantes para dentición eran fuente de contagios y enfermedades para el niño.³³⁶

A través de la situación a la que fueron sometidas las nodrizas, se puede observar una ventana hacia la representación física y social que se tenía de la mujer y de su cuerpo en un sistema patriarcal y machista que las consideraba, ante su condición sexual y su papel reproductivo, como simple materia humana necesaria para el desarrollo económico de la nación. De manera que a este cuerpo dador de vida y alimento, tenía que ser vigilado y controlado por cierta elite masculina para “conservar el orden social” bajo el modelo de “sagrada familia” propuesto por la iglesia y que reproduciría el Estado liberal, a través de la Ley del Matrimonio Civil del 23 de julio de 1859 y el Código Civil de 1870 para el Distrito Federal.³³⁷ Es fácil observar cómo a pesar de la constitución de un Estado mexicano, laico y liberal, basado en supuestos principios de igualdad -la abolición de las castas- y democracia, la desigualdad social seguía siendo un tema sin resolver, en tanto que ser mujer significaba supeditación, y ser mujer indígena, se convertía en signo de inferioridad, pero además ser mujer, indígena y pobre, era sinónimo de enfermedad. La permanencia y reforzamiento de tales prejuicios, aún para finales de siglo XIX y principios del XX, fueron claramente legitimados por una serie de postulados médico- científicos y su comunidad profesional. Se muestra así que la compleja relación que se desarrolló entre las nodrizas y la comunidad médica masculina fue parte de una confrontación más amplia que incluyó razones de clase, raza y género.

³³⁶ Nicolás León, *op. cit.*, 1910, pp. 162-163.

³³⁷ Oliva López Sánchez, *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*, México, Plaza Valdés, 1998, p. 120.

Capítulo IV

La función de las parteras en el nacimiento de la futura ciudadanía

En este capítulo se señala el papel protagónico ejercido por las parteras en el cuidado de la vida y salud de las mujeres gestantes y de sus bebés durante el periodo porfirista. Es imprescindible mostrar el trabajo ejercido por este grupo de mujeres, cuyos amplios conocimientos en torno a la salud reproductiva, la anticoncepción, la sexualidad femenina, los cuidados y consejos prenatales, la asistencia en el posparto y a los recién nacidos, etc., las había colocado desde tiempos antiguos como las especialistas de un saber curativo doméstico, que a su vez, las dotaría de un prestigio y de una autoridad social por parte de quienes recibieron los beneficios de su práctica asistencial.

Para finales del siglo XIX y principios del XX, dicho poder y autoridad se verían limitados y desprestigiados con la aparición de la medicina científica institucionalizada, representada por los médicos profesionistas, quienes en su afán de monopolizar estas prácticas –el embarazo, parto, posparto, y el cuidado de los infantes–, crearon un discurso que descalificaba a las parteras, al hacerles responsables de los altos índices de mortandad que hasta entonces sufrían las mujeres a punto de parir y sus futuros bebés, argumentando que su falta de educación profesional o de un título universitario, las hacía poco aptas y hasta peligrosas en el cuidado y atención de un embarazo o parto. Se olvidaba que durante muchos años estos hechos habían sido atendidos por las parteras dentro del ámbito doméstico. El parto era percibido como un acontecimiento fisiológico natural propio de las mujeres, para ser presentado por la ciencia médica como hechos patológicos y quirúrgicos, los cuales debían ser vigilados y medicalizados³³⁸ por el profesionista.

³³⁸ El concepto de medicalización se entiende como parte del proceso de secularización promovido por el Estado que desplazó las ideas religiosas y de caridad para dar mayor importancia a los postulados médicos eurocentristas y al hospital como centro de enseñanza. El contexto en que se ubicó este proceso es el de las reformas liberales del siglo XIX, periodo en el cual la atención a las enfermedades dejó de ser vista como parte de las obligaciones de la iglesia y de los médicos (as) y saberes populares, para convertirse en una función exclusiva del Estado. Véase: Mercedes Alanís Rufino, “Una cuestión de parteras y médicos. Mujeres en el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México, 1861-1905”, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 12, vol. 2, 2009, pp. 63-64.

La política del gobierno de Díaz de generar una nación encaminada hacia la modernidad y el progreso requería una población fuerte y sana, capaz de incorporarse al mercado de trabajo que le asegurase al país tener un lugar en el mercado mundial. Debido a ello, el gobierno centró su atención, entre otros aspectos, en la salud de las mujeres en edad fértil, ya que estas serían las “reproductoras de la fuerza de trabajo desde donde se generaría el anhelado desarrollo económico”. Fue entonces que el Estado y los médicos comenzaron a interesarse progresivamente por el estudio de los procesos reproductivos, la maternidad, las enfermedades femeninas y de los infantes, que llevaría al nacimiento de especialidades médicas como la ginecología, la obstetricia y la pediatría, desde las cuales se establecerían las normatividades científicas a las que debía adaptarse la partería, el cuidado de las embarazadas y de las y los niños; bajo una nueva dimensión política y económica, que les convertía en asuntos concernientes a la salud pública.

Esta situación generaría una pugna por el poder y el saber entre los médicos profesionistas y las parteras, ya que hasta bien entrado el siglo XX, la mayoría de las mujeres a punto de parir preferían ser atendidas por comadronas que por un facultativo, hecho nada grato para la comunidad médica, pues esta predilección venía a confirmar el predominio de estas mujeres cuya experiencia, conocimientos y autoridad, las seguía colocando como las especialistas de un saber aún nuevo y poco explorado por los médicos. De ahí surgió el interés por parte de la comunidad médica de eliminar estos saberes curativos populares practicados por hombres y mujeres del pueblo; ya que se consideraban que eran parte de la barbarie, la enfermedad, el atraso de un caduco sistema político y social, el cual debía ser remplazado por la medicina científica moderna, practicada exclusivamente por varones pertenecientes a una élite social; “quienes encaminarían al país por el sendero de la civilización, la salud y el progreso”.

A partir de la compleja relación que se establece entre los médicos y las parteras, entre la medicina tradicional y la medicina científica, y en esta búsqueda por transformar y reorganizar el saber y la práctica médica, así como a sus actores, se puede explicar una problemática más amplia, al formar parte de un proceso político que tenía como finalidad la construcción y co-edificación de un Estado burgués, que buscaba a su vez preservar un tipo de orden social claramente sexista, racista y clasista.

Finalmente muestro la labor realizada por este grupo de mujeres, en su mayoría indígenas, en el cuidado de la salud y vida de las embarazadas y sus hijas e hijos, en tanto que la historia de la medicina y de la salud pública, al haberse caracterizado por su tendencia androcéntrica y eurocentrista, ha pasado por alto el papel protagónico de éstas, quienes al haber sido como agentes anónimos de la medicina tradicional, su presencia y tareas han pasado inadvertidas en las páginas de nuestra historia, hemos olvidando su contribución a las políticas poblacionistas y de salud del Estado moderno de finales de siglo XIX y principios del XX.

Mujeres Sanadoras: de sabias a charlatanas

Desde el inicio de la Colonia, los médicos universitarios pretendieron tener el control total de las actividades sanitarias, para lo cual emprendieron una campaña de desprestigio contra los saberes médicos indígenas y populares basados en el conocimiento de plantas medicinales y de anatomía humana; entre estas sanadoras y sanadores tradicionales se encontraba un grupo de mujeres cuyos conocimientos en torno a los cuidados y salud de las que estaban a punto de parir, las dotaba de una superioridad no sólo frente a los médicos varones, sino también frente al poder divino eminentemente masculino, a quienes la inquisición persiguió y aniquiló bajo la acusación de practicar la brujería y la hechicería.³³⁹ Esta política de validar sólo la medicina europea en manos de

³³⁹ Noemí Quezada, Martha Eugenia Rodríguez, Marcela Suárez (eds.), *La Inquisición Novohispana*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, México, 2000.

una pequeña comunidad profesional, sirvió como un elemento más que justificaba la conquista,³⁴⁰ la cual estuvo impregnada de una serie de postulados científicos que validaban la desigualdad e inferioridad de una sobre otra, y que llevarían a una confrontación entre los médicos universitarios y éstas médicas del pueblo que duraría hasta bien entrado el siglo XX, en tanto que hasta este periodo, la mayoría de la población seguía consultando a las parteras como primera opción, tal vez por costumbre o pudor de las mujeres quienes no asimilaban fácilmente la idea de que sus cuerpos fueran explorados por médicos varones.

No sería fácil para la comunidad médica competir contra las parteras, cuya experiencia en su oficio las colocaba como las especialistas y maestras en el arte de los partos,³⁴¹ en enfermedades propias de las mujeres, de los bebés y niñas y niños; hecho que disgustaba a la comunidad médica profesional, quienes a pesar de haber estudiado en la universidad y contar con un título profesional, raramente eran llamados para atender a las mujeres próximas a dar a luz. En su afán por extinguir a este grupo de sanadoras, emitieron un duro discurso contra ellas, al hacerles responsables de los altos índices de mortandad que rodeaban este acontecimiento:

Las enfermas y parturientas se entregan en manos de curanderas y recibidoras, como las llaman, que cometen las mayores atrocidades. No he intervenido más que en un solo parto hasta ahora. Me llamarón a toda carrera porque la cabeza del Feto hacia tiempo que había salido y el resto permanecía dentro del claustro materno. Cuando llegué me encontré á la mujer exánime, fatigada de tanto esfuerzo estéril; estaba de rodillas, con el cuerpo inclinado hacia adelante y las manos agarradas de una cuerda cuya extremidad superior se fijó en el techo de la reducida

³⁴⁰ Carlos Zolla y Ana María Carrillo, “Mujeres, saberes médicos e institucionalización”, en *op. cit.*, 1998, p. 167.

³⁴¹ Desde la época prehispánica la partera era considerada como maestra y médica, mujer hábil, honrada y venerada por voluntad de un dios. Contaban con el reconocimiento público por sus conocimientos y grandes destrezas; por ejemplo, cuando la criatura moría, la partera procedía a introducir en la matriz un cuchillo de pedernal para cortar a la criatura, previa autorización de los familiares, salvando con ello la vida de la madre. Esta “embriotomía” era reconocida como una de las grandes habilidades de la partera nahua. Reconocer y venerar la sabiduría del género femenino en el campo de la salud, no fue tema de conflicto en el México Antiguo, como lo muestran claramente los testimonios de la época; por ejemplo la diosa *Tzintéotl*, también conocida como Xochiquétzal, era considerada la diosa que tenía a las embarazadas bajo su protección. Correspondía a la partera celebrar el bautizo. El ritual consistía en la ablución, o baño, e imponerle el nombre que había señalado el *tonalpouhque* al recién nacido, y en otras ceremonias. A lo anterior hay que agregar la higiene prenatal que tanto preocupaba a la médica encargada de llevar a buen término el embarazo y el parto. Véase: Ignacio Ávila Cisneros, Francisco Padrón Puyou (coords.), *Historia de la pediatría en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 1997. P. 92.

habitación. Hice colocar a la enferma en decúbito supino, y por manipulaciones externas logré terminar el parto; pero el feto ya se encontraba muerto.³⁴²

En el periodo virreinal, el embarazo y el parto eran vistos por parte de la población española y mestiza como un proceso fisiológico natural y doméstico. Este trabajo se llevaba a cabo en el domicilio de la mujer a punto de parir, auxiliada por otras mujeres que la colocaban arrodillada, mientras la comadrona se situaba delante de la misma y la tenedora a su espalda, siendo tarea de ambas sacar a la paciente del incómodo momento en que se encontraba. Otras posiciones utilizadas por las parteras para ayudar a la mujer a dar a la luz eran en cuclillas, mientras la partera le sostenía de la espalda; el parto en posición parada, tomándose de una cuerda, una rama de árbol, una hamaca o una pared; hincada tomada de una cuerda, con sostén de la partera por enfrente o por atrás; en posición sentada con ayuda de una piedra en forma triangular para que la fuerza se vaya hacia adelante y no para atrás, con lo cual se evitaba que la mujer embarazada defecara y el pujo fuese más efectivo. En todo el proceso del parto, las mujeres eran apoyadas por algún familiar o por una auxiliar designada por la misma partera, a quien se le conocía como tenedora. A su vez, la partera administraba infusiones uteroconstrictoras preparadas con plantas y productos de origen animal, con el propósito de acelerar la salida del producto y las secundinas. Con este mismo fin, realizaba una serie de maniobras externas a manera de masaje con enjundias³⁴³. En este acontecimiento participaban varias mujeres, por lo que se trataba de un asunto femenino, cuya atención médica era exclusiva de las madres, abuelas y, por supuesto, de las comadronas.³⁴⁴

Para finales del periodo colonial, el parto siguió siendo un acto público en el que participaban múltiples actores femeninos en apoyo a la mujer embarazada: la partera, que era la encargada de

³⁴² A. Mestre, “Algunos datos para la topografía médica de Galeana”, en *Crónica Médica Mexicana*, tomo II, número 10, abril, 1899, p. 228.

³⁴³ Grasa que cubre los órganos de las aves- o sebos y en algunos casos, se recurría al empleo de baños de vapor con hierbas medicinales.

³⁴⁴ Martha Eugenia Rodríguez, “Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y el parto en el México Virreinal”, en *Anuario de Estudios Americanos*, tomo LVII, núm. 2, 2000, p. 502-508.

cuidar y aconsejar a la futura madre antes, durante y después del parto; una tenedora, a quien se le encomendaba el cuidado, alimento e higiene de la parturienta y una nodriza, a quien se le confiaba el recién nacido y en muchos casos alimentaba y cuidaba al bebé en los primeros meses de vida. Durante las visitas periódicas y domiciliarias que realizaba la partera a lo largo del embarazo, recurría a diversas maniobras externas: masajes prenatales en espalda, cadera y todo el cuerpo para relajar y preparar a la mujer a dar a luz, así como para disminuir el dolor, y acomodar o mantener la posición correcta del feto (manteadas). Se utilizaban plantas medicinales para fortalecer el desarrollo del embarazo, y estar atenta a que la madre tuviera la suficiente leche a la hora de amamantar, entre otras cosas. Asimismo, la partera se encargaba de dar los consejos pertinentes en relación con las actividades, dietas y medidas preventivas que la embarazada habrá de seguir para evitar complicaciones para ella y el producto. Durante la cuarentena, la partera se encargaba de asistir a la madre y a la niña o niño en su domicilio, participando en las labores domésticas, cuidando que la dieta de la puérpera fuera la adecuada, estimulando la secreción láctea con masajes y otros remedios tradicionales; esto es, procuraban el mayor reposo a la mujer con el fin de evitar complicaciones que pudieran causar esterilidad. Se encargaban del aseo y purificación ritual de la madre y del niño con baños especiales. Todas estas prácticas terapéuticas eran realizadas por la partera con una actitud de cariño y respeto, quien ponía mucha atención en el aspecto emocional de la mujer, tratando de sentir lo que la recién puérpera sentía, aludiendo a su misma condición de género. Todas las indicaciones de cuidado, reposo y alimentos estaban fundamentados en la cosmovisión de salud y equilibrio frío-calor propios de las costumbres culturales de la comunidad.³⁴⁵

A pesar de que los médicos tanto eclesiásticos como seculares aceptaban la importante labor que las parteras tenían en la atención y cuidado de las mujeres a punto de parir, en todos sus manuales,

³⁴⁵ *Apud*; Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana, en Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, Instituto Nacional Indigenista, <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/responsables.html>

cartillas y escritos dirigidos a éstas, expresaban de manera abierta cierto desprecio contra ellas, argumentando que su falta de instrucción académica ponía en peligro la vida corporal y espiritual de los recién nacidos; de tal modo que éstas debían supeditarse a las enseñanzas y normas de los médicos profesionales:

Haviendo leído la obra del Doctissimo Cangiamila, e instruyéndome en ella de muchos puntos necesarios a los médicos; me pareció sería útil poner en castellano las advertencias que trae acerca de las Parteras. Algunas de éstas son tan poco instruidas aún en los asuntos más triviales, que puede su ignorancia acerca de la muerte corporal, y espiritual de muchas criaturas, capaces de ambas vidas, o al menos de las del alma. Consulte mi pensamiento con personas doctas, y prudentes: estas lo aprobaron, y así me determiné a dar este cuaderno a la estampa [...].³⁴⁶

Esta forma tradicional de atención al embarazo, parto y puerperio, era parte de la medicina y cosmovisión de la vida indígena tradicional. En ella era percibido como un evento integral, sagrado y colectivo; el cual era entendido y vivido del mismo modo, y con un gran respeto por las comadronas. Ante ello, los médicos religiosos tuvieron que aceptar el trabajo realizado por las parteras como un “mal necesario”, pues en sus manos estaba no sólo la salud corporal de las mujeres y sus hijos, sino también su salud espiritual, en tanto que fungían como consejeras y confidentes dentro de sus comunidades. La gente les tenía admiración y respeto por su sabiduría y experiencia, al punto de considerarlas como una segunda madre, a quienes se recurría no sólo en el momento del parto, sino desde que la mujer contraía matrimonio o se sabía embarazada, cuyos consejos en asuntos de anticoncepción, fertilidad, sexualidad e higiene conyugal y toda clase de enfermedades femeninas y de niños, las involucraba en asuntos correspondientes a la vida privada e íntima de la población, en los que tenían gran influencia con sus remedios y recomendaciones; lo que mostraba su gran superioridad moral en contraste con los religiosos. Si a eso le sumamos que en la época colonial, antes que salvar la

³⁴⁶ *Avisos saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación. Sacados de la Embriología Sacra del Sr. D. Francisco Manuel Canciamila, y puentos en castellano.* Por el Dr. D Ignacio Segura. Médico de efa Corte. 1777, p. 1.

vida de las madres y los niños, lo más importante era asegurar la vida eterna de los pequeños por medio del bautismo, en los casos en que peligraba la vida de alguno de ellos a la hora del parto, y si no se tenía el auxilio de sacerdote, la partera estaba autorizada a realizar la operación cesárea para otorgar el sacramento del bautismo:

[Su labor] requiere una grande caridad, y prudencia: y por ello son llamadas “*Mujeres sabias, y comadronas*, como si fueran segundas madres de los infantes.”... En cuanto a la persona que debe bautizar: aunque es válido el Bautismo siempre que se administra con la materia, forma, e intención debida... no siempre es lícito a la Partera bautizar a los niños: pues estos, según derecho deben ser bautizados en la iglesia, y por el Cura, o Vicario. Por tanto, sólo pueden hacerlo dichas parteras en caso de extrema, ó a lo menos grave peligro de muerte de la criatura, y que no haya otro cristiano, ni aun seglar, que sepa y pueda bautizarlo.³⁴⁷

Este poder y autoridad de la que gozaron las parteras era reconocido, más no aprobado, por parte de párrocos y médicos; lo que hizo más compleja la relación entre unos y otros, pues a pesar de las constantes críticas realizadas a éstas, paradójicamente eran el mejor instrumento para fungir como voceras de la moral religiosa, aprovechando que residían en los rincones más inhóspitos y que trataban con “gentes de la mayor rudeza”. Por lo anterior, quién mejor que ellas para ser portadoras del catecismo cristiano. Sólo ellas sabían cuándo una mujer se intentaba provocar o se había realizado un aborto, los casos de embarazos ocultos o productos de relaciones ilícitas, lo que delataba la exclusiva injerencia que estas mujeres tenían en la “intimidad” de ese ámbito femenino. Por ello, se las exhortaba a dar aviso al cura si alguna mujer tenía intención de practicarse un aborto, de guardar “un total silencio” de las preñeces ocultas, y rezar por el bien suceso de los partos –como lo haría cualquier

³⁴⁷ *Ibid.*, 1777, p. 3.

sacerdote-, además de proteger el destino de las criaturas huérfanas, y hasta cuidar que los padres no mataran a la criatura ilegítima, pero sobre todo, poner al tanto de lo que sucedía a los párrocos³⁴⁸:

En las preñezes ocultas, é ilícitas están obligadas, de pecado mortal, á guardar un total silencio. Y si alguna vez tuvieron en su casa algunas preñadas, para que pariendo allí se oculte la preñez, por ningún motivo consientan que las visiten sus amantes.³⁴⁹

Los factores que comprendían el embarazo no se limitaban a cuestiones de salud física, sino que también involucraban una serie de valores morales y religiosos, en los que inevitablemente la partera quedaba incluida. De ahí que las mujeres que decidían dedicarse a este oficio, primero eran juzgadas por su calidad moral, pues sólo las casadas y las viudas podían ejercer como tales, debían presentar un certificado del párroco atestiguando su vida honesta, mientras que las casadas necesitaban el permiso escrito de su marido, y en caso de que éste no estuviera presente, se levantaba un informe de buenas costumbres entre los vecinos respecto a la vida de la interesada. Regularmente se trataba de mujeres indígenas y mestizas de entre 40 y 45 años. Su ejercicio como partera iniciaba al finalizar su etapa reproductiva, “siendo su iniciación consecuencia de una revelación divina”, la cual debía cumplir sin mayor interés que ayudar al nacimiento y bienestar de un nuevo ser.

Es evidente que el conocimiento y autoridad de las parteras representaba una amenaza contra la jerarquía eclesiástica y el nuevo saber científico –ambos masculinos-, que se habían institucionalizado en las universidades y que aspiraba a monopolizar el cuidado del cuerpo y la salud de la población, principalmente de la femenina. Con el fin de limitar y hasta eliminar a las parteras empíricas, desde el año de 1750 se ordenó que en España y sus dominios éstas fueran examinadas y vigiladas por el Real Protomedicato. Debían “haber estudiado cuatro años con maestro aprobado, presentar certificado de

³⁴⁸ Dávalos López Marcela, “Párrocos y médicos en torno a las parturientas: un siglo en contra de las comadronas-“, en *Dimensión Antropológica*, vol. 13, Agosto, 2009, p. 3.

³⁴⁹ *Avisos saludables...*, *op. cit.*, 1777, p.17.

pureza de sangre y testimonio de buena conducta, además de depositar sesenta y tres pesos”. Tales requisitos para ejercer de manera legal dejaban fuera a la mayoría de los parteras, con base en su condición económica y social, pues en la mayoría de los casos se trataba de mujeres indígenas que no sabían leer ni escribir, lo único que las respaldaba era la experiencia de una labor aprendida de forma empírica, conocimientos que habían sido transmitidos por sus madres y abuelas. Por ello, en 1830 el Protomedicato³⁵⁰ sólo extendió dos licencias para ejercer a las señoras Doña Angela Leite y Doña Atanasia Recuero, quienes lograron destacar en dicha profesión.³⁵¹ Al revisar el expediente académico de Ma. Atanasia Recuero se puede observar que se trataba de una mujer cuya condición social, económica y étnica, le permitía cumplir de manera explícita con los requisitos exigidos por las autoridades para estudiar dicha profesión:

Atanasia Recuero, natural del pueblo de Huichapan, viuda de D. Juan Aresti, de cuarenta y dos años de edad, [de] cuerpo chico, estatura delgada, color blanco, pelo castaño, frente grande, ceja rala, ojos pardos claros, nariz regular, boca afelpada, señas particulares, un lunar en medio de la frente inmediato al pelo, dos en ambos sienes, uno grande a lado derecho inferior anterior del cuello. La cual por haber acreditado suficientemente estar instruida en el arte de obstetrix, [...]; y al mismo tiempo hizo constar su buena vida y costumbres, como también su legitimidad por información bastante [...] le admitimos a examen en el arte de obstetrix, para cuyo efecto se citó como sinodal al cirujano aprobado ciudadano Miguel Urive, [...]; por lo que reconocida su aptitud y suficiencia, la aprobamos y mandamos hiciera el juramento de estilo acostumbrado [...], lo que prometió cumplir, con lo cual le damos y conferimos nuestra facultad para que

³⁵⁰ En octubre de 1833 se decretó la abolición de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad y se creó en su lugar el Establecimiento de Ciencias Médicas, que hizo la recepción de la medicina clínica y experimental en Europa. Desde ese momento, los médicos profesores tenían instrucciones de dar cabida a las mujeres que desearan seguir la carrera de obstetricia. En 1833 y 1834 recibieron sus clases en una pieza del convento de la Betlemitas. Su primer profesor fue el Dr. Pedro del Villar, mismo que daba instrucción a los alumnos para ayudar a las estudiantes de Obstetricia. En los años siguientes los profesores titulares de Obstetricia siguieron impartiendo las lecciones teóricas y el Dr. José Ferre Espejo tradujo para ellas la cartilla de Garnot y el Dr. Ignacio Torres escribió, para complementar su enseñanza, un manual especializado. Mercedes Alanís, en su tesis de maestría plantea que el Hospital de Maternidad e Infancia fue el espacio en el que parteras y médicos compartieron los saberes de la época con los cuales atendieron a mujeres parturientas. Véase: Mercedes Alanís, *op. cit.*, 2007, p. 19.

³⁵¹ José Manuel Septién, *Historia de la Ginecología y la Obstetricia en México*, Instituto Gineco- Obstetrica Santa Teresa, México, 1986, p.189.

pueda ejercer el arte obstetrix, [...]. Para lo cual interponemos nuestra autoridad [...]. México 8 de agosto de mil ochocientos veintiocho.³⁵²

La esmerada descripción que se hace de sus rasgos físicos, junto al apellido Recuero, nos permite aseverar que se trataba de una mujer mestiza, que había contraído matrimonio con un español, cuya posición social y económica le permitía acceder a un saber médico institucionalizado desde el cual se buscaba excluir a todas aquellas parteras tradicionales empíricas, quienes en su gran mayoría procedían de los segmentos más bajos de la escala social, siendo principalmente de raza indígena. A pesar de la supuesta búsqueda del pensamiento ilustrado por alcanzar la homogenización social, los prejuicios raciales de la época seguían sin resolverse, de modo que era inconcebible dejar en manos de estas mujeres indígenas la “loable y exclusiva labor de la obstetricia científica”; por lo que se buscó crear bajo una serie de exigencias educativas, económicas y sociales, una nueva identidad de la partera. Sus conocimientos en torno a la asistencia del parto y de su descendiente debían ser adquiridos y respaldados por una institución educativa, cuyo programa formativo duraba cuatro años, que junto al requisito de pureza de sangre y el pago de sesenta y tres pesos, excluían totalmente al prototipo de la partera tradicional de toda posibilidad por adquirir la legitimidad de su labor.

Es necesario aclarar la diferencia entre las llamadas comadronas o matronas empíricas y las parteras u obstetras tituladas: las primeras corresponden al grupo mayoritario de mujeres que sin estudios académicos y con base en sus saberes populares atendían los partos en donde se les solicitaba, mientras que las segundas habían recibido instrucción en la universidad. De este último grupo, como analizó en este capítulo, algunas tuvieron una importante actuación en el proceso de aprendizaje, adaptación y divulgación de sus conocimientos en la obstetricia, y lograron sobresalir como jefas o maestras en hospitales y escuelas para formar otras parteras. A pesar de las diferencias entre unas y

³⁵² Archivo Histórico del Antiguo Colegio de Medicina. Fondo: Escuela Nacional de Medicina y alumnos, Sección: Secretaria. Exp. 24, Leg. 13.

otras, indudablemente ambas tuvieron un papel social de gran relevancia y lo justo sería mostrar la importante labor que los dos grupos realizaron en el cuidado de la salud de mujeres embarazadas y de las niñas y los niños; pero para el caso de aquellas que no acreditaron sus conocimientos de manera institucionalizada, y a pesar de que siguieron laborando de forma clandestina en los ámbitos exclusivamente domésticos, no existen testimonios escritos de su presencia que nos permita saber más de ellas. Es por ello, que este estudio se limitará a presentar sólo a aquellas mujeres que cumplieron con el requisito académico y de quienes se abrió un expediente al ingresar a la Escuela de Medicina o bien al laborar en los hospitales públicos de la época, donde pude encontrar sus nombres en las nóminas de trabajadores, lugar de residencia, edad, salario, labores que realizaban; datos que en su conjunto me permitieron conocer más sobre ellas y su importante presencia en esta profesión.

Para mediados del siglo XIX eran las parteras o matronas empíricas, quienes se ocupaban de la mayor parte de los nacimientos, de valorar si una mujer era fértil antes del matrimonio, de diagnosticar el embarazo, la virginidad y de asistir a las mujeres en el parto y ocuparse de los problemas que se presentaban en el postparto, incluyendo la salud de los recién nacidos, pues la cobertura del servicio médico destinado a la población en general era muy limitado. En 1895 el número de médicos a nivel nacional ascendía a 2. 280, es decir, había un promedio de 1.8 médicos por cada 10.000 habitantes.³⁵³ La mayoría de ellos residía en la ciudad, y difícilmente podían trasladarse o acceder a las zonas más alejadas de la urbe o de complicado acceso donde habitaban comunidades o familias, cuyas condiciones económicas no les permitían pagar los honorarios de un facultativo. De modo que quienes se encargaban de atender a esta parte de la población alejada y rural y a las mujeres próximas a dar a luz, fueron estas parteras empíricas.

A pesar de que la comunidad médica criticaba las técnicas y procedimientos terapéuticos utilizados por las parteras a la hora de atender a una mujer embarazada, entre las que señalaban la falta

³⁵³ Oliva López Sánchez, *op. cit.*, 1998, p. 41.

total de medidas higiénicas, así como la inclusión de una serie de ritos, rezos y magias para “proteger” las vidas a su cargo, rituales que eran aceptados y entendidos por la parturienta y por la comunidad, en tanto que formaba y era parte integral de la cosmovisión que se tenía de la vida, la salud, la fertilidad y la muerte. Paradójicamente a la visión médica científica, cuya preparación académica era muy limitada, y pocas veces tenían acceso a un cuerpo femenino para practicar. Esta inexperiencia a nivel práctico provocaba inevitablemente accidentes y hasta la muerte de la madre, en algunos casos por fiebre puerperal, el mal uso de anestésicos, técnicas de exploración –tactos vaginales- que más que ayudar dañaban al feto³⁵⁴, afecciones ginecológicas mal tratadas, rotura del periné durante el trabajo de parto, daños causados por el uso de fórceps,³⁵⁵ entre otros. Estos accidentes difícilmente se reconocían o ventilaban a la luz pública. Por ejemplo en los meses de febrero y marzo del año de 1876, en el Hospital de Maternidad apareció una epidemia de accidentes puerperales, cuyas manifestaciones más constantes consistieron en el infarto hipertrófico del ligamento ancho derecho y endometritis; siendo de advertir que el mal no sólo afectaba a las recién paridas y a sus bebés, sino aún a aquellas mujeres que tenían ya ocho y doce días de puerperio fisiológico. Dicha infección fue tan fuerte que adquirió un nivel de epidemia, de modo que el doctor Rodríguez se vio en la necesidad de tomar una serie de medidas entre las que estaban establecer una nueva enfermería en las habitaciones bajas del establecimiento, con el objeto de diseminar a las parturientas, aislar a las paridas ya afectadas, retirar las cortinas de las alcobas, hacer fumigaciones fénico-cloruradas en todos los dormitorios y no recibir sino mujeres que estuviesen en momentos de parir o fuera de término.³⁵⁶ Por lo regular las fiebres puerperales se debían a la falta de higiene del

³⁵⁴ La realización de tactos vaginales no era un procedimiento utilizado por la partera, éstas manejaban otras técnicas a través del descenso del fondo uterino con las manos, así como la observación del color de la cara, la sudoración y temperatura de la cabeza, lo que evitaba en gran medida cualquier dolor en la parturienta o daño del producto. Véase: *La atención intercultural de las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud*, Dirección de Medicina Tradicional y desarrollo intercultural, México, 2009, p. 21

³⁵⁵ “El cuidado del periné durante el parto”, en *La escuela de Medicina*, Octubre 15, núm. 8, Tomo. IV, 1882, pp. 96-97.

³⁵⁶ Ignacio Capetillo., V. B, Rodríguez, “Hospital de maternidad. Clínica de obstetricia. Movimiento habido el mes de febrero de 1876”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XI, vol. 15, 1875, p. 303-308.

personal médico que asistía a las mujeres a punto de parir, e irónicamente la falta de medidas asépticas era una de las críticas más severas que los médicos reclamaban a las parteras.

El papel protagónico de las parteras entre la sociedad se debió en gran medida a la falta de personal médico que atendiera a una numerosa población, la cual por muchos años había sido atendida por estas mujeres, lo que les confería un voto de confianza ancestral ante la práctica y conocimientos que estas poseían, en contraste con la poca experiencia de los médicos. Esto dificultaba el inmediato proceso de exclusión y reemplazo de las parteras por una atención médica científica; por más que los médicos se presentaban como los únicos especialistas y representantes de los conocimientos modernos en obstetricia, existía una evidente debilidad formativa ante el desconocimiento del funcionamiento fisiológico de la anatomía humana y, por consiguiente, de la relación funcional entre los órganos del cuerpo; lo que a su vez los limitaba en la etiología de las entidades patológicas, tales como la fiebre puerperal, el cáncer uterino y las complicaciones que pudieran aparecer en el momento del parto o hemorragias post- parto. Desde la creación en 1833 del Establecimiento de Ciencias Médicas -en lugar de la Antigua Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad-, a pesar de la existencia de una cátedra de obstetricia, los médicos no recibían en ella práctica alguna. Hasta el año de 1867, antes de esa época, los médicos no tuvieron ninguna enseñanza práctica en la atención a embarazadas, o parturientas y puérperas, y a pesar de tales limitantes, se consideraban superiores a las parteras empíricas.³⁵⁷

La profesionalización de la práctica obstétrica

Para finales del siglo XVIII y principios del XIX se dieron una serie de cambios en la organización y práctica de las antiguas actividades sanitarias, pues como ya he mencionado, antes de este periodo eran las mujeres –madres, abuelas, comadronas, curanderas, etc.-, las que fungían como médicas en sus

³⁵⁷ Carlos Zolla y Ana María Carrillo, *op. cit.*, 1998, p. 171.

comunidades; pero a la llegada de la medicina científica esencialmente eurocentrista y andocéntrica, se buscó eliminar el poder y saber de estas mujeres y de su medicina doméstica, basada en la herbolaria y en remedios caseros, lo cual sería criticado y combatido por la nueva comunidad de médicos universitarios, quienes se presentaban como los únicos poseedores del conocimiento médico racional y objetivo.³⁵⁸ Una de las formas de atacar la participación de las comadronas en el escenario social fue a través de la apertura oficial de la carrera de parteras en la Academia de Medicina en 1841, bajo el argumento de lo imprescindible que era dotar de nuevos conocimientos médicos científicos e higiénicos a aquellas mujeres que por tanto tiempo habían laborado de manera libre e independiente, cuya regulación de su labor y la exigencia de su preparación profesional, respondía a la preocupación e interés de mejorar la salud y expectativas de vida de los ciudadanos, en pro del progreso de la nación.

A pesar de que los médicos se mostraban como los únicos aptos para atender la salud de la sociedad, en realidad el gobierno estaba consciente de la escasa cobertura geográfica, social y cultural que estos tenían para poder otorgar en su totalidad dichos servicios, lo que obligó a la clase hegemónica y a la propia comunidad médica a delegar parte de sus funciones, -pero siempre bajo su tutela y dejando en claro “el lugar inferior que les correspondía”-. A partir de esta clara necesidad y clara jerarquización, se les abrieron las puertas a las mujeres a la universidad³⁵⁹; para a través de ella dotarlas de los conocimientos médicos científicos más elementales, y así pudieran desarrollar su trabajo dentro de los parámetros de la obstetricia moderna. Tal postura nos permite entender el interés del gobierno por integrar a la mujer a la reforma educativa, cuya finalidad no era la transformación de su antigua condición y rol social, sino que más bien vio en ellas una buena alternativa, accesible desde el punto de vista económico y geográfico, que contribuirían en el grave problema de los altos índices de mortandad y

³⁵⁸ Ángeles Van Den Eynde, “Género y ciencia, ¿términos contradictorios? Un análisis sobre la contribución de las mujeres al desarrollo científico”, en *Revista Iberoamericana de Educación*, núm. 6, Septiembre-Diciembre, 1994, p. 1.

³⁵⁹ Oliva López Sánchez, en su tesis de doctorado, presenta un excelente estudio en torno al proceso de profesionalización de la gineco-obstetricia en México, al presentar la institucionalización de ésta rama médica, como parte de una política de control y desplazamiento de las mujeres del campo obstétrico. Véase: Oliva López Sánchez, *op. cit.*, 2004, p. 409.

enfermedades principalmente entre las mujeres embarazadas y sus infantes.³⁶⁰ Las ventajas eran claras, una vez que estas mujeres recibieran la educación adecuada para ejercer su labor como obstetras profesionales, podrían coadyuvar en las políticas de natalidad que tanto preocupaban al gobierno, para asegurar la prevalencia de ciudadanos, con cuerpos sanos, saludables y aptos para engrosar las filas de la clase trabajadora.

A través de esta medida se crearon una serie de leyes y requisitos no sólo académicos sino también sociales y morales que mostraban que detrás de esta preocupación por su preparación profesional, existía toda una política de control y desplazamiento de las mujeres del campo obstétrico que buscaba subordinar y limitar la labor de las parteras empíricas- en su mayoría indígenas- al poder y autoridad de los médicos varones, tal y como se puede observar en el Reglamento expedido el 30 de septiembre de 1840 por los maestros de la Escuela de Medicina, quienes establecían como requisitos para poder obtener el título de parteras, presentar un certificado del catedrático de Obstetricia, el cual les sería otorgado después de haber estudiado dos años y haber acreditado el curso práctico y teórico. Estas mujeres necesariamente debían de someter su saber y conocimientos a la supervisión y evaluación de los médicos profesionistas varones, en tanto que los títulos eran extendidos por la escuela, firmados por el director, cinco sinodales y el secretario. Todos ellos tenían toda la autoridad en la decisión de otorgar o negar el título a la aspirante, quien además debía depositar antes del examen veinticinco pesos, de los cuales seis eran para el papel sellado, cuatro para cada uno de los sinodales, cuatro para el secretario, uno para el portero y el restante para el fondo”.³⁶¹

³⁶⁰ Las causas de muerte infantil que presentaron las estadísticas médicas hicieron referencia a un sinnúmero de enfermedades gastro-intestinales y respiratorias como las más comunes. No obstante, la comunidad médica no cesó de culpar a las parteras y su mala práctica, como la principal causa de muerte infantil. Hechos que jamás fueron comprobados a partir de estudios o estadísticas médicas particulares. Véase: Manuel. S. Iglesias, *Gaceta Médica de México*, Octubre, núm. 18, vol. XV, 1898, pp. 384-385. M Gutiérrez, *Obstetricia. Necesidad de la sobrevigilancia médica en el puerperio*, núm. 14, vol. XXI, 1902, pp. 175-177.

³⁶¹ Nicolás León, *op. cit.*, 1910, p. 269.

Los esfuerzos por parte de las autoridades gubernamentales y de la clase médica por regular el ejercicio y profesión de la partería en la práctica no cumplieron las expectativas. Varias fueron las razones, entre ellas la falta de conocimientos por parte de los médicos en una especialidad que para ellos era nueva y desconocida, lo que hacía que éstos tuvieran que improvisar sus cursos, cambiar constantemente los planes de estudios, la bibliografía de apoyo, y si a lo anterior sumamos el hecho de que la mayoría de las comadronas provenían de una clase social humilde y rural, que carecían de una educación académica básica que para ellas no representaba ningún medio de superación social o económico, pues siempre habían contado con la confianza de una amplia clientela que contrataban sus servicios sin cuestionar si tenían o no preparación académica. Dicha exigencia representaba más bien una obligación molesta y cara impuesta por el Estado e ideada por médicos celosos de su competencia, ansiosos de excluirlas del mercado de trabajo.³⁶² Muy pocas podían acceder a esta exigencia académica aunque lo desearan, pues como señala Anne Staples, sólo el examen costaba veinticinco pesos, siendo que un peón de campo ganaba cuatro reales (medio peso) a la semana, o un maestro de escuela, de ocho a doce pesos mensuales en un pueblo. Un hombre podría aspirar a recibir veinticinco pesos de sueldo al mes en la Ciudad de México, pero no una mujer.³⁶³ Es por tanto evidente que el requisito de su profesionalización estaba muy lejos de su situación económica y social.

Los expedientes académicos muestran casos en los que varias de las alumnas recibieron apoyo económico por parte del gobierno, al exentarles todos los gastos. Salvo seis pesos para el papel sellado del título, había que cubrir otros como el pasaje de su pueblo natal a la ciudad, la compra de material e instrumental de obstetricia, más todos aquellos gastos personales. Fue entonces que el gobierno porfirista otorgó a aquellas que lo solicitaran una ayuda económica mensual a lo largo de sus estudios, y a otras las apoyó para que pudieran terminarlos y titularse. Tal fue el caso de Adela

³⁶² Anne Staples, “El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico”, en *op. cit.*, 2008, pp. 203-204.

³⁶³ *Ibid.*, pp. 212-213.

Eguiluz Gómez, originaria de Veracruz, quien ingresó a la Escuela de Medicina en el año de 1896 y recibió ayuda económica para concluir sus estudios:

El presidente de la República ha tenido a bien acordar se sirva usted librar sus órdenes a la Tesorería General de la Federación para que con cargo a la partida 6,047 del presupuesto vigente, por conducto del mayordomo de la Escuela Nacional de Medicina, se administre a la señorita Adela Eguiluz y Gómez la cantidad de \$60 00 sesenta pesos para que erogue los gastos concernientes a su título, así como los indispensables para comprar algunos instrumentos de obstetricia. Transcribo á usted para su inteligencia y fines [...].³⁶⁴

A pesar del reducido número de mujeres que lograron ingresar a la Escuela de Medicina y titularse, de 1833 a 1888 sólo se recibieron 140³⁶⁵. La sola existencia de algunas de ellas no puede pasar desapercibida, pues de una u otra manera este pequeño número representó un importante cambio en su condición social y de género para la época, al tratarse de mujeres en su mayoría pertenecientes a la clase media, cuyos esfuerzos económicos y académicos, les permitieron obtener un reconocimiento social, al obtener su título profesional y desarrollar un proyecto de vida distinto a los reducidos ámbitos del hogar y la familia. Al revisar los expedientes de ingreso a la Universidad de estas mujeres, se puede observar que la mayoría de las parteras que lograron ingresar a la Escuela de Medicina, provenían de distintos estados de la República: Veracruz, Michoacán, Oaxaca, Tamaulipas, Puebla, Estado de México, etc., y tuvieron que cumplir con una serie de requisitos hasta cierto punto inalcanzables para las mujeres pertenecientes a las clases más desprotegidas, tales como el de presentar dos cartas de recomendación que atestiguaran su honradez. Muchas de las cartas que encontré en los expedientes fueron firmadas por personajes sobresalientes en el ámbito médico y político, las cuales no serían fáciles de conseguir para la clase social humilde.

³⁶⁴ Archivo Histórico del Colegio de Medicina, Fondo: Escuela Nacional de Medicina y alumnos, Sección: Secretaría, Exp. 14, Leg. 68.

³⁶⁵ Ana María Carrillo, *op. cit.*, 1999, p. 170.

Algunos ejemplos de ello fueron los casos de Ángela Adalid, originaria de Veracruz, quien ingresó a la Escuela de Medicina en el año de 1870 y cuya carta de recomendación fue expedida por Vicente Corona, profesor de medicina y cirugía.³⁶⁶ Soledad Rivera ingresó a la Escuela en el año de 1876, cuya carta de recomendación fue firmada por el licenciado Manuel Fernández de Córdoba, abogado de los Tribunales de la Nación;³⁶⁷ y Felicitas Rubio L., quien ingresó a la Escuela de Medicina en el año de 1877; sus cartas de recomendación fueron firmadas por el doctor Germán Corona y por el Licenciado José Ma Cordero.³⁶⁸ Ejemplos como estos se pueden encontrar muchos otros en los expedientes de las alumnas que llegaron a ingresar a la Escuela de Medicina. Además de esto también se les exigía presentar su acta de bautizo que probara eran “hijas legítimas” o “hijas de familia”, situación nada común entre la clase popular, pues la mayoría de la población vivía en amasiato.³⁶⁹ Es evidente así que los requerimientos exigidos excluían a una mayoría de las parteras indígenas de clase social humilde; y a aquellas que habían logrado su ingreso, no les sería nada sencillo cumplir con los demás requerimientos que los maestros les asignaban. La especialidad duraba dos años, durante los cuales las interesadas debían efectuar siete guardias de veinticuatro horas en el Hospital de Maternidad. Lo anterior nos indica que estas mujeres tuvieron que renunciar a la vida familiar tradicional, al romper con los modelos de conducta propios de su género. Otras tantas dejaron el hogar, junto a la posibilidad de casarse y tener hijos, por la de estudiar y pasar sus noches en vela en el hospital, en un espacio compartido con médicos, estudiantes y demás trabajadores varones, en cuya práctica clínica tenían que

³⁶⁶ Archivo Histórico del Colegio de Medicina, Fondo: Escuela Nacional de Medicina y alumnos, Sección: Secretaría, Exp.52, Leg. 46.

³⁶⁷ Archivo Histórico del Colegio de Medicina, Fondo: Escuela Nacional de Medicina y alumnos, Sección: Secretaría, Exp.1, Leg. 50.

³⁶⁸ Archivo Histórico del Colegio de Medicina, Fondo: Escuela Nacional de Medicina y alumnos, Sección: Secretaría, Exp.15, Leg. 50.

³⁶⁹ Ana Lidia García Peña señala que el matrimonio como opción institucional mantuvo una tasa baja durante la mayor parte del siglo y lentamente fue creciendo hasta finales del mismo. En promedio, se efectuaron 976 matrimonios por año. Cotejando los datos de la población total presentados antes con el registro de nupcias parroquiales se tiene que para 1800 se efectuaron 813, lo que significó 0.6% de la población; en 1840 fueron 1 471 matrimonios, con un promedio de 1.2%, y en 1864 fueron 717, que representó 0.5%. Hacia 1895 se estableció una tasa de 2.3 por cada 1000 habitantes, y en 1900, de 2.8. Véase: Ana Lidia García Peña, “Madres solteras, pobres y abandonadas: ciudad de México siglo XIX”, en *Historia Mexicana*, enero-marzo, año/vol. LIII, núm. 003, El Colegio de México, 2004, p. 660.

trabajar duro para demostrar su capacidad y conocimientos. Entre otros requisitos estaban el presentar un examen de aritmética y la comprensión de lectura del idioma francés, además de que la edad reglamentaria para ingresar a la Escuela de Medicina debía de ser de entre 18 a 30 años, aunque en la práctica, muchas de estas exigencias no fueron rígidamente impuestas.

Al revisar los expedientes de las alumnas que ingresaron a la Escuela de Medicina, me encontré casos en los que algunos requisitos de ingreso fueron pasados por alto. Ejemplo de ello fue la aprobación del examen de comprensión de francés y de aritmética, o algunos casos en los que uno de ellos no era aprobado por la aspirante y aún así fueron admitidas con el compromiso de que posteriormente volverían a ser examinadas. También se presentaron cuestiones en las que la solicitante no cumplían con el requisito de la edad, como el de una joven de 15 años y una señora de 35, y a pesar de ello fueron aceptadas como alumnas. Otra situación que llamó mi atención, fue el caso de estudiantes que por razones de enfermedad dejaron de asistir a los cursos por un periodo significativo de tiempo, y posteriormente, el director de la Escuela de Medicina, permitía su reincorporación y la continuación de sus estudios sin un cuestionamiento mayor. Tales flexibilidades y apoyos otorgados a las alumnas nos harían pensar que más que tratarse de un verdadero interés por parte del gobierno y las autoridades educativas por dotar a las mujeres de un título profesional, era parte de una estrategia de las autoridades médicas de la época, quienes mediante la exigencia de su profesionalización, podrían ejercer mayor control y subordinación en torno a una labor sanitaria que hasta entonces carecía de una reglamentación oficial para su práctica.

No obstante, es importante resaltar que gracias al apoyo e interés del gobierno y de algunas autoridades médicas liberales, muchas de estas mujeres lograron obtener su título profesional, lo que significaba una transformación de las viejas estructuras socio-culturales en torno al papel de subordinación e inferioridad designado a éstas, pues a través de su titulación, obtendrían cierto prestigio y desarrollo profesional. Se trataba de una profesión que comenzaba a perfilarse como

exclusiva del género femenino, pues en algunos estados como Puebla, Oaxaca y el Estado de México, ésta sólo podía ser ejercida por mujeres; y es que a pesar de la existencia de parteros varones, ante las costumbres de la época, nada fáciles de desarraigar, por más eficientes que estos fueran, no tuvieron el mismo éxito ni prestigio.³⁷⁰

Otro punto a considerar en el apoyo y facilidades otorgadas a las mujeres se debió a la poca demanda de éstas por ingresar a la Escuela de Medicina, debido a que la mayoría de las parteras carecían de estudios básicos, lo que obligó a los legisladores a aceptar un compromiso conciliatorio y en 1842 acordaron que se permitiría a las aspirantes presentar el examen pese a carecer de estudios formales. El catedrático de obstetricia extendería el certificado de aptitud con el cual ellas podrían presentar el examen práctico, con el afán de incluir conocimientos teóricos en su formación. El gobierno decretó que a partir de 1845 tendrían que comprobar su aprovechamiento en dos cursos de obstetricia; cuyos exámenes solían presentarse en el Hospital de Maternidad, lo que indica que dichos exámenes se enfocaban más a la parte práctica que a la teórica.³⁷¹

No podemos pasar por alto que el ingreso de estas mujeres a la Universidad se debió en gran parte a la disposición de algunas autoridades médicas y gubernamentales porfiristas, quienes apoyaban el acceso de estas a la educación formal y/o profesional, en su interés para que contribuyeran a las políticas de salud y natalidad del Estado liberal, y pudieran así ayudar a ampliar las posibilidades de vida de la población más vulnerable: las mujeres embarazadas y sus bebés pertenecientes a la clase social baja. Este nuevo papel social asignado a las mujeres se basó en dos argumentos fundamentales, los cuales se retomarían a lo largo del siglo como parte de un esfuerzo por implantar una mejor educación e instrucción en ellas que les permitiera obtener un trabajo productivo. Se argumentaba que la educación liberaría a las mujeres de su miserable condición social y económica, ya que la

³⁷⁰ Mílada Bazant, *op. cit.*, 2006, p. 233.

³⁷¹ Anne Staples, *op. cit.*, 2008, p. 214.

posibilidad de acceder a una profesión o labor, les proporcionaría las herramientas para su sustento. Hasta entonces, las posibilidades laborales de las mujeres pertenecientes a las clases bajas se limitaban a las de sirvientas o prostitutas; mientras que a las de clase social media y alta, su educación e instrucción les proporcionaría ejercer como educadoras activas e ilustradas de sus hijas e hijos, y ser una base sólida para la socialización adecuada de éstos, las encargadas de transmitir los valores sociales y morales necesarios para el progreso de la nación.³⁷²

El trabajo como valor moral opuesto a la ociosidad, considerada la madre de todos los vicios, era otro aspecto de la vida de las mujeres que debía cambiar, por lo que el pensamiento liberal se pronunció abiertamente por la idea de que estas debían superarse, prepararse y trabajar ante las exigencias que el país requería; lo que se lograría sólo a partir de su emancipación, la cual se trataba de un hecho necesario e inevitable, resultado de la modernidad y el progreso del país, pues como en muchos países Europeos y de Estados Unidos cada vez eran más las voces feministas que cuestionaban la desigualdad intelectual entre los sexos, y apelaban por su derecho a la educación e ilustración igualitaria como requisito no sólo para su ingreso a las escuelas y universidades, sino para participar en distintos campos de la cultura y de la vida pública nacional.³⁷³ A partir de estos ideales, las mujeres comenzaron a tener una función social pública específica ya no sólo como madre, sino como mujer patriota, heroína del trabajo, cuya participación era determinante en el progreso de la industria, el comercio, las ciencias, la política, la educación, la salud y las artes; esto es, como un ser activo y participativo en la reconstrucción de la nación. Las mujeres pertenecientes a los sectores medios o de la burguesía comienzan a buscar nuevas posibilidades de superación

³⁷² Francoise, Carner, “Estereotipos femeninos en el siglo XIX”, en Carmen Ramos Escandón (coord.), *Presencia y transparencia. La mujer en la historia de México*, México, El Colegio de México, 2ª ed., 2006, p. 108.

³⁷³ Hacia finales del siglo XIX, se hace evidente la participación de un núcleo de mujeres que luchaban por las ideas liberales, o por los principios socialistas. No existía mucha diferencia entre los ideales de las clases medias y los de la clase obrera; y son justo maestras normalistas y obreras en alianza con campesinas asalariadas las que empiezan a delinear las aspiraciones y demandas de la mujer trabajadora. A la lucha por el trabajo y la educación sumaron las trabajadoras la lucha por sus derechos políticos. A través de la prensa obrera y otros diarios y publicaciones se redactaron las quejas y demandas de las obreras y profesionistas deseosas de participar en la emancipación mental y material del pueblo. Véase: María de la Luz Parceró, *op. cit.*, 1992, pp. 93-103.

personal e independencia económica como periodistas, profesoras, obstetras, enfermeras, farmacéuticas, médicas, abogadas, entre otras profesiones:

La historia de la mujer está estrechamente ligada á la historia de los pueblos: así, vemos que la degradación y envilecimiento de la mujer trae, por consecuencia lógica, el envilecimiento y degradación de las naciones [...]. Importa al porvenir de las futuras generaciones que se ilustre la mujer de nuestros días [...]. Hoy puede ganar su pan honradamente dedicándose á la enseñanza, á la industria, al comercio, á las ciencias y á las artes. Hoy puede cruzar el mundo solas, en todas direcciones, respetada por todos...Eduquémosla, instruyámosla en las ciencias y en las artes. Eduquémosla sólidamente, y no será frívola [...] ³⁷⁴.

Parteras tituladas: ¿control o superación?

La necesidad por la emancipación femenina no fue vista de manera uniforme por todos los segmentos de la sociedad mexicana, ya que parte de la sociedad conservadora expresaba de manera abierta y hasta en tono alarmante su indignación contra lo que calificaban como “libertinaje femenino”, el cual amenazaba con “la ruina del hogar, el abandono de la familia y la extinción de la raza”. No obstante, aludiendo a su derecho de trabajar con honestidad y de buscar la subsistencia donde quiera que pudiera encontrarse con honradez, aprovecharon la oportunidad de ingresar a las escuelas y universidades en busca de un desarrollo profesional que años atrás hubiera sido impensable. Como parte de este pensamiento conservador, no tardaron en salir a la luz prejuicios de clase y género por parte de algunos miembros de la comunidad médica, quienes expresaban su molestia e indignación moral por tener que compartir el aula con las estudiantes de obstetricia, situación que llevó a la separación por sexos el 12 de enero de 1842. No conforme con esto y como parte de las estrategias que buscaban frenar el acceso de las mujeres a la universidad o a una profesión, el 7 de abril de ese mismo año se decretó un

³⁷⁴ Alejandro Manly, *El Álbum de la Mujer*, Año 2, tomo 3, núm. 13, Septiembre, 1884, pp. 171-172.

impuesto sobre el ejercicio de profesiones “científicas”, en el que comadronas y parteras tenían que pagar dos pesos anuales.

Para el año de 1846 las cátedras especiales para parteras eran impartidas en los domicilios particulares de algunos médicos profesores que estaban convencidos de los beneficios de su preparación universitaria. De tal modo que la exigencia de profesionalizar o institucionalizar el saber médico femenino parecía más una pretensión de las autoridades sanitarias y de un pequeño número de médicos, quienes a pesar de sus esfuerzos, sabían que muchas de ellas, si no era por convicción propia, no tenían ninguna necesidad de cumplir con tal exigencia, pues a la hora de acercarse un alumbramiento lo que la gente buscaba era a una mujer experimentada en el arte de los partos, y no cuestionaba si contaba con título o no; hecho que causaba gran molestia a los médicos, quienes no cesaban de criticar las técnicas que utilizaban las parteras con sus “maniobras supersticiosas y dañinas”, carentes de las más básicas normas de higiene y asepsia que se debían seguir durante el parto y puerperio:

[...] la mayoría de las parteras [...] no se amoldan fácilmente á los métodos actuales, métodos racionales y fundados en los descubrimientos de la Bacteriología y en las bases seguras que ella nos proporciona [...] en una exploración por la palpación y la auscultación á fin de fundar su diagnóstico, piden grasa para proceder al tacto vaginal, unas los verifican sin lavarse las manos y otras después de un lavatorio que dista mucho de los exigidos por la asepsia. Pasemos ahora a la grasa: [...]. La manteca de cerdo es una grasa que se expende ordinariamente en las tocinerías, establecimientos donde hay [...] putrefacción [...] y gérmenes quizá de los peores, dado que uno de ellos pide ser el virus séptico de Pasteur que produce las formas fulminantes de la septicemia [...]. Proceden, pues, con manos sucias y con grasa sucia á hacer el tacto vaginal, sin previo aseo de la vulva y sus contornos; [...]. Después del tacto piden una jeringa á fin de poner una lavativa y con ese mismo instrumento sin aseo cuidadoso, solamente cambiándoles la cánula proceden á las inyecciones después del parto, sin averiguar para qué enfermos ha servido la citada jeringa [...]. Después piden lienzos que les van a servir para ponerlos entre sus manos y el perineo, y la recomendación es que sean viejos, así es que pueden ser sábanas, camisas, calzoncillos, etc.,

objetos de ropa que suelen ensuciarse con materias fecales, sangre de la menstruación y de cuya limpieza nadie se ha asegurado, que han servido a caso para enfermos de tifo, escarlatina y otras enfermedades infecciosas y de cuya desinfección nadie se ha preocupado [...] ³⁷⁵.

Discursos como este se escribieron varios más y ejemplificaron la posición de los médicos ante las parteras que no habían recibido la educación científica e institucionalizada “adecuada” para atender un parto, pero la falta de capacidad de las parteras, no se basó sólo en la carencia de estudios, sino más bien en razones de género. Sus críticas se hicieron extensivas a aquellas mujeres que habían estudiado en la Escuela de Medicina y contaban con un título profesional, de tal modo que la preparación académica que habían recibido en la universidad no aseguraba su competitividad en la atención obstétrica, pues otras razones la hacían incapaz de realizar con el total eficacia su trabajo: “su condición sexual y profesional menor”. La comunidad médica siempre estableció límites claros a la profesión de estas mujeres a quienes la Escuela de medicina preparaba para resolver sólo algunos asuntos obstétricos específicos de tipo técnicos, dejando siempre muy en claro lo que a ellas les correspondía realizar y lo que debían dejar en manos del facultativo. De modo que por más que éstas estudiarán y se prepararan, jamás podrían realizar maniobras exclusivas de los médicos, y mucho menos obtener la misma posición jerárquica, ante su condición de género que las hacía “menos aptas”:

Hay mujeres capaces, aunque hasta cierto punto tan sólo, para recibir la enseñanza que se da en las escuelas superiores, como lo comprueban Mme. Lachapelle, Boivin, y alguna otra de mi familia, á quien durante ocho años dí lecciones sobre operaciones obstetriciales, asistiendo á mis cursos y frecuentando la clínica, en donde una ocasión aplicó bien el fórceps: hoy es una partera muy solicitada en Surinam. Si he dicho que son capaces nada más hasta cierto punto, he dicho bien; pues para cuanto concierne á la prescripción y aplicación de medicamentos, á transtornos dinámicos del parto, [...] la partera debe dejar al médico libre el campo, al médico que ha hecho

³⁷⁵ *La Escuela de Medicina*, mayo 15, núm. 14, tomo IX, México, 1891.

un estudio completo de la medicina en general, cuya empresa, dígase lo que se quiera, siempre estará interdicto á la mujer [...] ³⁷⁶.

Con el fin de obtener el control en la atención a los partos, se emitieron una serie de medidas y reglamentos, como el formulado el 24 de marzo de 1892, que señalaba de manera muy precisa una serie de restricciones a la hora de intervenir en la atención de un parto. Se establecía de forma clara la posición subordinada que las parteras debían tener ante la “autoridad del médico”. Por ejemplo, ellas no podían atender los partos difíciles que requerían cirugía, argumentando sus limitados conocimientos para realizar dicha intervención quirúrgica, a pesar que desde la época colonial ellas lo realizaban sin mayor problema. El reglamento es muy preciso, sólo podía atender los partos eutócicos y del puerperio fisiológico y ante la presencia de un parto distócico o de un puerperio patológico estaban obligadas a dar conocimiento a la familia de la mujer embarazada para llamar de manera inmediata a un médico. Exceptuando el cateterismo de la uretra, les estaba prohibido practicar operación obstétrica que exigiera el empleo de instrumentos, tampoco podían aplicar anestésicos sin el auxilio de algún médico que dirigiese la aplicación, ni emplear inyecciones intrauterinas, a menos que lo hubiese prescrito el médico.³⁷⁷ Este reglamento no sólo les quitaba atribuciones a las parteras en el ejercicio de su profesión, sino que además las sometía a la “superioridad y saber de los médicos”, de quienes debían seguir todas sus instrucciones, mostrándose como simples asistentes u ejecutoras de una profesión que “correspondía exclusivamente al médico varón”.

Lo anterior provocó un debate en el que intervinieron las secretarías de Gobernación e Instrucción Pública, el Consejo Superior de Salubridad –máximo organismo sanitario de 1842 a 1917-, la Escuela Nacional de Medicina y los gremios de parteras y médicos. Un mes después de su publicación, las profesoras tituladas de la Facultad de Medicina, agrupadas en la “Sociedad Ligas de Parteras”,

³⁷⁶ *Ibid.*, p. 6.

³⁷⁷ “Reglamento al que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión”, en *La Medicina Científica*, tomo V, núm. 11, 1892, p. 168.

asociación de pertenencia voluntaria, pidieron al Presidente de la República la derogación de algunos de los artículos del reglamento que –sostenían- iban contra la libertad de profesiones consagrada en la constitución y contra el Reglamento de la Escuela de Medicina de 1870, el cual las facultaba para hacer pequeñas operaciones de obstetricia; en tanto que ya habían recibido la preparación adecuada, y además habían sido evaluadas a través de un examen profesional que las respaldaba. Todas estas eran pruebas suficientes para defender frente a los médicos que las parteras se dedicaban exclusivamente a ese ramo, lo que las convertía en las *especialistas*. También acusaban a los médicos de haberse apropiado de la parte lucrativa de su profesión, dejándoles solamente aquella que podía desempeñar una “rinconera” como se denominaba despectivamente a la partera que no tenía título.³⁷⁸

Sólo basta revisar una parte de la carta para constatar que las parteras no figuraron como entes pasivos frente los ataques que los médicos hacían de su profesión, ellas tuvieron la capacidad organizativa y argumentativa para defender y exigir a través del valor de sus conocimientos, el respeto tanto de su profesión como de un campo de trabajo que ahora les era arrebatado bajo argumentos totalmente invalidados para ellas:

El Ministerio de Gobernación ha sido facultado para reglamentar la parte higiénica de la salubridad pública, pero en ninguna manera para prohibirnos el ejercicio de nuestra profesión, como lo pretende el artículo 1º del Reglamento para Parteras [...], pues en dicho reglamento se nos impide asistir los partos distócticos, con violación del artículo 4º de la expresada Constitución [...], puesto que nosotras al entrar a hacer nuestros estudios, sabíamos que podíamos ejecutar lo que se nos prohíbe hoy, [...] es lógico comprender que cuando se le enseña a uno una cosa y se le obliga a aprenderlo, ha de ser con el fin de ejecutarlo, de lo contrario sería a uno hacerle perder el tiempo miserablemente.

También se viola el artículo de la relacionada Constitución en nuestra persona, en el expresado Reglamento en su artículo 2º pues se nos obliga a que cuando asistamos partos, llevemos siempre consigo el expresado Reglamento, y en esto se nos molesta en nuestras personas, porque bien se

³⁷⁸ Ana María Carrillo, *op. cit.*, 1999, p. 179.

nos podía haber obligado a tener siempre presente su contenido, y no el llevarlo consigo. Nosotras al tener nuestro título, es porque fuimos competentes en nuestros exámenes para obtenerlo, porque hoy en pleno siglo XIX, en que todo progreso, adelanto y civilización en el que hasta el campesino tiene hoy bastos conocimientos, se nos prohíbe una parte del ejercicio de nuestra profesión, en las cosas que sabemos y podemos hacer [...] ³⁷⁹.

Aparte de las restricciones que señalaba el reglamento, las parteras eran obligadas a cargar siempre con ese documento, como una forma de recordarles su posición inferior y de subordinación frente al médico. Ante tal imposición, inmediatamente protestaron y no dudaron en hacer exigir sus derechos como profesionistas con base en el poder del título profesional emitido por la misma Escuela de Medicina y de un saber adquirido a través de sus años de preparación académica. La respuesta de las parteras ante las normatividades del reglamento, es una muestra tangible de su capacidad organizativa, de confrontación y defensa por una profesión, en la que todos los días eran evaluadas y hasta descalificadas por la mirada médica masculina. Eso no fue suficiente motivo para que muchas de ellas trabajaran con gran ahínco, e incluso se ganaran un lugar respetable dentro del campo de la medicina. Tal fue el caso de la obstetra Paz de Dávalos, quien en 1898 fundó la Asociación denominada “Sociedad Obstétrica Mexicana de Parteras” en la que asistía como socio honorario el doctor Manuel Gutiérrez, junto a aproximadamente 30 socias parteras, quienes se reunían todos los sábados para debatir temas relacionados con la materia obstétrica ³⁸⁰. Entre ellas se revisaban las teorías microbianas, los principios de antisepsia, los conocimientos de anatomía, cuestiones todas ellas en las que las parteras no sólo compartían, sino que debatían y defendían sus conocimientos tanto teóricos como prácticos, con la comunidad médica conformada por varones, quienes seguramente aprendieron de la experiencia de estas mujeres.

³⁷⁹ Archivo Histórico de la Universidad Nacional Autónoma de México, Fondo: *Escuela Nacional de Medicina*, Ramo: Institutos y Sociedades Médicas, Subramo: Sociedad Liga de Parteras, Caja: 42, Exp. 1, F. 1-27.

³⁸⁰ Nicolás León, *op. cit.*, 1910, p. 452.

La partera Dávalos también fue miembro de la Sociedad Médica “Pedro Escobedo”, cuyo presidente fue el doctor Adrián de Garay. En esta asociación tuvo una participación significativa, en medio de un grupo formado en su mayoría por hombres, y en la que logró exponer los resultados de sus conocimientos científicos. Por ejemplo, en la sesión del día 29 de Septiembre de 1899, la señora Profesora Paz P. de Dávalos presentó un trabajo en el que dio a conocer dos casos de aborto, en los cuales había habido retención de la placenta por haberse colocado la matriz en anteversión. En su presentación habló de la manera en que había corregido este accidente con buen éxito, reduciendo el útero a su sitio normal, por medio de ambas manos, una en la vagina y torso dorsal, colocando un cojín de algodón en el fondo del saco posterior.³⁸¹ Este ejemplo muestra que estas mujeres poco o nada tuvieron que ver con el ideal de feminidad, desde el que son vistas como seres pasivos, callados, sumisos y obedientes, en tanto que muchas de ellas lograron desarrollarse de manera profesional dentro de áreas que eran exclusivas de los hombres; quienes tuvieron el poder y la sabiduría de crear sus propios espacios y estrategias desde las que fueron respetadas y reconocidas por sus pares y otros colegas varones. Aunque tal reconocimiento no se equipararía al obtenido por la comunidad médica, es importante señalar que estas mujeres lograron tener una presencia y una participación significativa tanto en sociedades médicas como en la práctica de su profesión.³⁸²

No obstante, a pesar de tales logros la profesionalización de la obstetricia llevaría a las parteras a ocupar un lugar inferior frente al médico, como simples asistentes. Este hecho no las limitaría para obtener un desarrollo y un alcance profesional exitoso. Muchas de ellas tuvieron una importante participación en la atención a las mujeres embarazadas tanto en los distintos hospitales de la época, como en la atención privada. Otras incluso jugaron un papel sobresaliente como parteras en Jefe, y

³⁸¹ *La Escuela de Medicina*, tomo XV, octubre 15, núm. 6, 1899, pp. 127-128

³⁸² Como presidenta de la Sociedad de Parteras figuró Rómulo Bravo, quien ingresó a la Escuela de Medicina en 1873. Dicha Sociedad subsistió solamente años y medio. Por Acta del Consejo Superior de Salubridad, el 13 de Agosto de 1892, se hace constar que existía en la ciudad de México una Sociedad denominada “Liga de Parteras” Véase: *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, tomo 1, núm. 10, 1892.

hasta como profesoras de Obstetricia en la Escuela de Medicina, donde muchos médicos y estudiantes innegablemente aprendieron de ellas. A pesar de que cuantitativamente fueron pocas las mujeres que lograron titularse y desarrollar su carrera como parteras profesionales, su sólo presencia en nuevos escenarios que desde la tradición eran reservados para los varones: como la universidad, las asociaciones médicas y en la práctica clínica hospitalaria, permitiría el replanteamiento de su papel en la sociedad, pues tales hechos representaba un cambio en la percepción y sobre el lugar asignado hasta entonces a las mujeres, quienes comenzaban a adquirir nuevas funciones sociales asignadas por un Estado liberal cuyas necesidades de reconstrucción económica y social les exigía a estas una mayor contribución ya no sólo como madres, sino también como profesionistas y trabajadoras; y para este caso en particular, en una profesión que pudiera ayudar a la disminución de los altos índices de mortandad de mujeres embarazadas y de sus hijas e hijos; esto es, en el cuidado de la salud de los futuros ciudadanos.

Aún ante el avance del pensamiento reformista liberal, en el que se establecía la igualdad de todos los mexicanos, los prejuicios de clase, raza y género seguían imperando en el pensamiento y en el proyecto social burgués; el cual buscó afanosamente retirar el cuidado del alumbramiento de manos de las parteras empíricas, al convertirlo en un hecho patológico, el cual debía ser vigilado, controlado y medicalizado exclusivamente por los profesionales de la salud. Y para el caso de las parteras tituladas, su ejercicio profesional debía estar constantemente supervisado por un facultativo varón, al ser ellos los "únicos que podían acceder a todos los conocimientos científicos" de la obstetricia moderna. Sólo ellos recibían una preparación académica mayor; el doble de años de estudio a los que eran sometidas las obstetras. Con base en esta diferencia de años de preparación, las parteras fueron colocadas como simples auxiliares del médico, y sólo en casos muy especiales y contados fueron consideradas como sustitutas:

Es necesario ser justos. El alumno cuando llega a éste curso – que hace en el último año de su carrera - tiene ya la costumbre del estudio, [...] conoce la Física, la Química, las Anatomías, la Fisiología, las Patologías etc., etc., etc. Y la alumna ¿qué lleva al ingresar a la escuela? Salvo en el caso de una educación excepcionalmente esmerada, no más conocimientos que los que puede poseer un niño de diez años; saber leer, escribir y contar.

En defensa de lo que creen su derecho, dicen las autoras del curso, que son no sólo hábiles tocólogas como los médicos, sino más que ellos, porque como se dedican exclusivamente a ese ramo son lo que se llama *especialistas*[...]. [Sin embargo] no porque las mujeres no sean, en general, tan capaces como los hombres para el estudio de todas las ciencias y el ejercicio de todas las artes, sino porque la deficiencia actual de su educación científica las hace inferiores [...].

A pesar de los años de preparación académica que recibía un médico en la Escuela de Medicina seguía siendo un hecho contundente la poca experiencia que en la práctica éstos tenían, así como su escaso conocimiento del cuerpo femenino. Esto ocasionaban que la mayoría de la mujeres embarazadas prefirieran ser atendidas por una partera –regularmente sin título-, quien por su misma condición sexual y por haber vivido alguna vez la misma experiencia de parir, contaban con una mayor preparación, la que les permitía resolver por sí solas cualquier dificultad que se les presentara no sólo de tipo profesional, sino “moral”, pues quién mejor que otra mujer para entender por lo que estaban pasando y aún más en casos en los que la” honorabilidad” femenina se ponía en entredicho, ante la falta de un marido que respondiera por la maternidad. Tal fue el caso que publicó la prensa médica de la época de “una joven, no casada, [quien] venia rehusando de tiempo a tras las propuestas de reconocimientos uterinos hechas por algunos facultativos; pero no se negaba a la exploración del vientre [...]”³⁸³

La solicitud de ser revisado por un médico regularmente se hacía sólo en casos en lo que la partera consideraba que ella ya no podía hacer más por resolver alguna situación crítica:

³⁸³ *Gaceta Médica de México*, tomo XVIII, vol. 23, 1883, p. 459-464.

[...] á eso de las doce de la noche de un día que no recuerda, [la mujer] experimentó dolores fuertes de cintura acompañados de abundante hemorragia que se derramaba por el canal vaginal. En el acto hizo llamar á Doña Juana Araoz, que la había asistido en el alumbramiento del niño Modesto, y como dicha señora notase algo raro en los síntomas de lo que la paciente reputó trabajo de parto, indicó la necesidad que había de los auxilios de un facultativo, [...] solicitando al Dr. Espindola [...]³⁸⁴.

Como este par de ejemplos podemos encontrar más en la prensa médica que nos permiten entender la manera en que la mayoría de las mujeres vivían su embarazo y parto: como hechos fisiológicos naturales, supervisados por comadronas de su confianza. A pesar de que la medicina científica presentaba al parto como un hecho patológico el cual debía ser medicalizado y vigilado por el facultativo varón, no sería sencillo cambiar las costumbres tan arraigadas de la sociedad; lo que llevaría a una lucha por el poder y el saber entre la comunidad médica y las parteras y que duraría hasta bien entrado el siglo XX. Mientras tanto y con disgusto de algunos médicos, se aceptó no sólo sobrellevar y tolerar la influencia de las parteras, sino que muchos médicos tuvieron que compartir espacios de saber y laborales con ellas:

Por fortuna si ellas nos detestan, en compensación nosotros tampoco las queremos bien [...] únicamente para hacer llevadera situación tan embarazosa, bueno será, que aunque sea en apariencia, nuestras relaciones no se recientan de esa recíproca animosidad, y que los rencores no lleguen á hacer explosión. Los motivos de consuelo son frecuentes: las parteras necesitan de los médicos, y los médicos no pueden pasarse del todo sin las parteras.³⁸⁵

Dos razones muy poderosas hacían que los médicos admitieran trabajar con las parteras, primero, éstos sabían de sus limitaciones en la práctica, por lo que trabajar junto a ellas les dotaría de su experiencia; y segundo, la gente acudía con más frecuencia y confianza a aquellos médicos

³⁸⁴ *Gaceta Médica de México*, tomo XX, núm. 18, 1885, p. 353-368.

³⁸⁵ Manuel, Ramos., “De las relaciones que deben mediar entre el médico y las parteras”, en *La Escuela de Medicina*, tomo I, septiembre 1, 1879, núm. 5, pp. 4.

que trabajaban al lado de una partera, ya que a los ojos de la población, seguían siendo las especialistas en el arte de los partos y muchos médicos sabían que sólo de este modo lograrían conseguir clientela:

La necesidad nos estrecha á vivir entre ellas, y la mejor regla es manejarlas con tino y con precauciones...Acerca de estas relaciones sé cosas muy raras. He sabido de algunos parteros principiantes, que se han ido á presentar a parteras acreditadas para ofrecerles sus servicios y encomendarse á su protección. Obsequios de todo género, vajillas, joyas, vestidos de seda, han sido regalados á estas mujeres por jóvenes médicos deseosos de hacerse de clientela. Qué más? algunos hasta las interesan en una parte más o menos alta del honorarios que reciben, siempre que el llamamiento se hace á solicitud de la partera asociada. [...]. Volviendo a la cuestión de los madrinazgos, oireis decir á muchos que es la única manera de hacerse de clientela.³⁸⁶

Aún ante los prejuicios raciales y sexistas de muchos médicos varones, tuvieron que compartir con estas mujeres espacios de trabajo y conocimientos en un periodo histórico en el que cada día más mujeres luchaban por un lugar laboral y profesional, que a su vez las dotaba de respeto y reconocimiento. Ellas lograron sobrepasar los innumerables obstáculos que una sociedad y profesión como la médica tan machista, les presentaba a su paso. A pesar de la confrontación dada entre médicos y parteras, en la práctica clínica, la realidad variaba tal y como se puede observar en el Hospital de Maternidad e Infancia, el cual se convirtió en un espacio compartido por parteras y médicos en la atención a las mujeres próximas a dar a luz.³⁸⁷ En él las jerarquías que marcaba la Escuela de Medicina entre parteras y médicos, parecen no haber sido tan rígidas a la hora de asistir un parto, pues la atención y responsabilidad por el bienestar de la madre y el niño fueron el principal objetivo de ambos profesionistas. Aunado a ello, al revisar el reglamento en el que se especifican las funciones de cada uno de los miembros que laboraron en el hospital, se puede

³⁸⁶ *Ibid.*, p.5

³⁸⁷ Mercedes Alanís, en su tesis de maestría plantea que el Hospital de Maternidad e Infancia fue el espacio en el que parteras y médicos compartieron los saberes de la época con los cuales atendieron a mujeres parturientas. Véase: Mercedes Alanís, *op. cit.*, 2007.

observar que las parteras tuvieron mayores responsabilidades no sólo en el cuidado de las mujeres, sino también en la organización, orden y buen funcionamiento del hospital.

Pioneras de una profesión olvidada

Una de las primeras egresadas del curso para parteras de la Escuela Nacional de Medicina fue la señora Carlota Romero, quien presentó su examen profesional en el año de 1842. Justo antes de la guerra con Estados Unidos ya había siete examinadas más en la Ciudad de México. Otra de las pioneras que cursó estudios formales para dedicarse a la profesión de comadrona fue la indígena poblana Dolores Román, quien viuda y sin hijos, a la edad de 30 años se inscribió en la Ciudad de México en la cátedra de obstetricia en la Escuela de Medicina en 1853 con el doctor Ignacio Torres para recibir el título de partera en 1855, con nota distinguida. En tiempos de Juárez, fungiría como partera en jefe en el Hospital de Maternidad, sobresaliendo no sólo en su labor como partera, sino también como profesora al impartir clases a las alumnas de obstetricia. Este último hecho es necesario resaltarlo, ya que en esta época no era frecuente que una mujer, y mucho menos indígena, diera clases de obstetricia ni de ninguna otra materia a varones; así pues, la obstetra Dolores Román logró traspasar las puertas universitarias, y sentó un precedente importante en la docencia.³⁸⁸

La sra. Dña *Dolores Román*, nació en Huachinango, estado de Puebla, en el año 1823, sus padres fueron José Francisco y María Gertrudis Téllez, indios de raza pura. Muy joven contrajo matrimonio y vivió con su marido en la Ciudad de México, quien al morir, la dejó viuda y sin hijos. A partir de entonces, Dolores Román comenzó a adquirir gran prestigio en su profesión y participó activamente en la enseñanza de la Obstetricia tanto en forma particular, como cuando fue jefa del personal de la Casa de Maternidad. Sus lecciones se dirigían a mujeres que deseaban ser parteras y estudiantes de

³⁸⁸ Anne Staples, “Las parteras en el México decimonónico”, en *Revista GenEros*, México, Junio 2000, año 7, núm. 21, p. 29.

medicina, a quienes enseñó por muchos años. A aún en el año de 1866 seguía ofreciendo clases en la Casa de Maternidad auxiliada por la sra. Adelaida Zuleta, de cuyas admirables lecciones de Obstetricia nacerían varias discípulas. Su larga permanencia como profesora en la Escuela de Medicina y en la Casa de Maternidad es otra muestra de que las mujeres parteras poseían los conocimientos y las habilidades suficientes en dicha materia. Así Dolores Román se colocaría como una de las parteras más reconocidas y respetadas por la sociedad y por la comunidad médica. Además traducía perfectamente el francés, sin jamás haber olvidado el náhuatl, su lengua materna. Entre las prácticas obstétricas más sobresalientes que ejecutó con gran destreza fue la versión por maniobras externas, en caso de mal abocamiento del feto, práctica de la cual destacó el doctor Juan María Rodríguez en su escrito intitulado “De la Versión” publicado en la Gaceta Médica de México: “A muchos años que oí referí a mi maestro, el Sr Martínez del Río, las ventajas de la versión ejecutada por maniobras externas, en ciertas circunstancias particulares.[...] porque la había practicado con un éxito feliz. Algún tiempo después supe, que una de nuestras más hábiles parteras, Doña Dolores Román, la había hecho con igual resultado”. Después de un largo ejercicio profesional y con la estimación de médicos, estudiantes y de la sociedad en general, falleció en la Ciudad de México el 21 de marzo de 1896, a la edad de 73 años.³⁸⁹

Al igual que Dolores Román, muchas otras parteras lograron desarrollarse junto a los médicos en la práctica obstétrica, y a pesar de la confrontación general que se dio entre médicos y parteras, también existió el reconocimiento de parte de otros médicos y de la propia sociedad, hacia aquellas mujeres profesionales de la salud, por haber desarrollado de manera destacada su labor en una área regida por varones. La prensa médica publicaba una sección titulada *En memorium* para reconocer y recordar a las personalidades sobresalientes en su profesión, tal fue el caso de la partera Doña Cármen Luna,

³⁸⁹ José Manuel Septién, *Historia de la ginecología y la obstetricia en México*, México, Instituto Gineco- Obstetra, Santa Teresa, 1986, p.190.

“quien había estudiado en la Escuela de Medicina con bastante aprovechamiento y había ejercido su profesión por veinte años con notorio acierto”.³⁹⁰ Del mismo modo se publicó un reconocimiento ante la muerte de la partera Teresa Carrero de Castañares, quien obtuvo su título en la Facultad de Medicina en el año de 1860; desde esa época había ejercido su profesión en México.³⁹¹

A pesar de que existe muy poca información en torno a quiénes eran exactamente estas mujeres, las prácticas obstétricas que realizaban, cómo lo aprendían y ejecutaban, qué relación de poder o dependencia se establece entre ellas y los demás sujetos que laboran en los cuidados de la salud, hombres o mujeres, qué se les permitía y qué se les prohibía realizar en la práctica de su profesión, cómo se desarrolló su vida profesional, laboral y familiar. Esta carencia de información se comprende perfectamente por el desarrollo de una medicina científica androcéntrica, la cual conforme se consolidaba, colocaba a las mujeres en un segundo plano a nivel laboral y académico frente a los médicos, lo que finalmente culminaría con la desaparición de la profesión, al ser absorbida por una nueva especialidad médica, la de la enfermería.³⁹² No obstante, existen algunos datos que dan cuenta de las parteras que trabajaron en los distintos hospitales públicos de la época, como el caso del Hospital de Maternidad e Infancia, cuyos expedientes de nóminas y reglamentos aportan información en torno a las actividades que realizaban dentro del hospital y que me permitieron dar respuesta a algunas de las preguntas expuestas con anterioridad.

Recordemos que el 9 de noviembre de 1861 el presidente Benito Juárez estableció este hospital en un edificio llamado el Hospital de Terceros de San Francisco, para atender a las mujeres próximas al momento del parto y a los recién nacidos; pero ante la inestabilidad económica y política del país, éste

³⁹⁰ *Gaceta Médica de México*, tomo XX, núm. 23, 1885, p.474.

³⁹¹ *Gaceta Médica de México*, tomo XX, núm. 3, 1885, p.84.

³⁹² A pesar de que durante todo el siglo XIX se valoró más el trabajo de la partera, en tanto que la paga y el nivel de jerarquización la colocaba como parte del personal científico, para principios del XX poco a poco esta situación iría cambiando, hasta la desaparición de la partería y su remplazo por la enfermería, la cual al irse separándose de la esfera religiosa para convertirse en una profesión laica, comenzó a adquirir un cariz más científico primero en Europa y posteriormente en América Latina, ello en un contexto de reforma social y de movilización femenina.

tuvo que cerrar sus puertas. Con la llegada de Maximiliano y Carlota al poder se retoma el programa de asistencia social a los pobres de Juárez. El 7 de junio de 1865 Carlota manda rehabilitar el Hospital de Maternidad y para finales de los años sesenta, la Casa funcionó como una institución de caridad y un hospital para la clínica de partos de la Escuela de Medicina, al que asistían las mujeres que estaban en los últimos meses de embarazo y a las que por algún motivo especial, a juicio del director, debían permanecer allí en algunos de los departamentos en los que estaba dividido la Casa: el de partos ocultos y el de partos públicos.³⁹³

El servicio médico de maternidad estaba a cargo del director general del hospital, dos practicantes y una partera. El primer director del establecimiento fue el doctor José Ferrer Espejo y la primera partera la señora Adelaida Zuleta, ambos atendían a las mujeres que llegaban al hospital. Adelaida Zuleta sobresalió por su gran entrega y labor en el hospital; ella había estudiado en la Escuela de Medicina en 1860. Tales datos permiten confirmar que desde sus inicios, la Casa de Maternidad brindó sus servicios caritativos de atención médica en un trabajo conjunto, entre los médicos y las parteras egresados de la Escuela de Medicina. Respecto a la administración del Hospital a partir de su apertura, estuvo a cargo de la Beneficencia, que a su vez dependía del Ayuntamiento. El director de la Beneficencia tenía la facultad de proponer las ternas para la provisión de las y los empleados del Hospital, incluyendo la partera y la administradora; con excepción del director que era nombrado directamente por el gobierno y de los médicos que ingresaban por medio de concurso de oposición en la Escuela de Medicina. La Beneficencia Pública controlaba de manera estricta que se diera buen uso de los recursos y vigilaba de manera especial a los administradores de los establecimientos, quienes eran asignados por el Ayuntamiento.³⁹⁴ En los reglamentos se puede observar que en las oposiciones

³⁹³ Mercedes Alanís, *op. cit.*, 2007, pp. 30-31.

³⁹⁴ A partir de 1877, poco después de que Porfirio Díaz asumió la presidencia, se implementaron cambios administrativos en la organización de la Beneficencia Pública. Al crearse la Dirección de Beneficencia Pública dependiente del Ministerio de Gobernación el 22 de enero de 1877, el ayuntamiento dejó de tener dentro de sus atribuciones la atención hospitalaria. Siendo el doctor Eduardo Liceaga la figura más representativa en la institución, fue designado director del Hospital, cargo que ocupó hasta 1905. Véase: Mercedes Alanís, *op. cit.*, 2007, p. 31-36.

para proveer las plazas de directores, catedráticos, practicantes, parteras, y enfermeras, intervenía la Escuela de Medicina, lo que permitió que los médicos que provenían de dicha Escuela comenzaran a tener más influencia en la administración del Hospital, a pesar de que el personal administrativo, el cual también era designado por el Ayuntamiento.³⁹⁵

A partir de 1870 con la instalación de la clínica de obstetricia, los médicos irían cobrando mayor jerarquía dentro del Hospital, pues la Escuela de Medicina designaba a los encargados de cubrir las plazas de catedráticos, practicantes y parteras por medio de concurso de oposición. No obstante, los administradores nombrados por el ayuntamiento siguieron supervisando el manejo de los recursos del Hospital de Maternidad junto con el desempeño de los doctores elegidos por la Escuela de Medicina; cuestión que no agradaba a los médicos, pues consideraban que un administrador ajeno a la profesión, no contaba con los elementos necesarios para encargarse de la administración económica del hospital, y mucho menos para evaluar el desempeño de los médicos, por lo que exigieron tener mayor decisión en su administración y funcionamiento. Basándose en el cambio de concepción en torno a la función del hospital, el cual dejaba de lado su labor eminentemente de casa de caridad o asilo para los desvalidos, por el de centro de enseñanza médica³⁹⁶ y clínica donde se trataban las enfermedades, permitió que la medicina “científica” y el personal médico se fuera apropiando completamente del espacio hospitalario.³⁹⁷

Al revisar los reglamentos de la Escuela de Medicina, del Hospital de Maternidad y del de parteras de 1892, se puede constatar que los médicos tenían ya como objetivo desplazarlas de sus funciones y subordinarlas a la autoridad de los médicos. Pero como señala Mercedes Alanís, en la práctica

³⁹⁵ *Ibid.*, p. 34.

³⁹⁶ Con la promulgación de la Ley Orgánica de Instrucción Pública en el Distrito Federal emitida por Benito Juárez en 1867, se elaboró un nuevo plan de estudios de la Escuela de Medicina donde se contemplaba la asistencia de los alumnos en los hospitales por medio de la práctica clínica como parte fundamental de la enseñanza, pero sería hasta 1870 cuando se establecería la clínica de obstetricia.

³⁹⁷ Mercedes Alanís, *op. cit.*, 2007, pp. 54-55.

cotidiana del Hospital esta nueva relación de poder y jerarquía entre médicos y parteras que la propia comunidad médica buscaba imponer, fue muy endeble, pues la mayoría de las veces las parteras trabajaban a la par con los médicos, compartiendo no sólo espacios de trabajo, sino también sus experiencias y conocimientos.³⁹⁸ Tal y como refleja el reglamento del Hospital de Maternidad e Infancia de 1872 y 1881, cuya delimitación de horarios y funciones de cada uno de los empleados y de los médicos, así como las jerarquías y precisión de las prácticas en la atención a las enfermas, se observa una gran flexibilidad tanto en los grados, como en la práctica clínica, al ser ejercitada por el médico y la partera.

El reglamento del Hospital de Maternidad de 1881 remitido por la Dirección de Beneficencia Pública señala que el departamento de maternidad sería atendido por dos médicos, dos parteras y un practicante;³⁹⁹ de estas dos parteras una tenía la jerarquía en jefe, cuya autoridad seguía inmediatamente después de la del director general, sus actividades debían ser realizadas siempre junto con el médico. Le correspondía asistir a todos los partos que se verificaran en el departamento; posteriormente debían pasar a la visita con el catedrático o el jefe de clínica; pasar una segunda visita en la tarde para cerciorarse que se cumplieran las prescripciones del médico; presenciar el reparto de medicamentos y alimentos; tener bajo su inmediata responsabilidad la ropa, muebles y útiles que se usaban en el departamento, dando cada semana noticia detallada del estado que guardaban para reparar o reponer lo que se había deteriorado; cuidar bajo responsabilidad propia el aseo esmerado de las salas, ropa, utensilios, etc., que estuviesen en uso; distribuir el trabajo de asear a las enfermas entre

³⁹⁸ *Ibidem.*, pp.77-83.

³⁹⁹ En el reglamento de 1872, en su artículo primero se señala que el servicio médico del Hospital estaba a cargo del Director General, dos practicantes, una partera, dos enfermeras mayores y dos menores. Al hacer referencia sobre las actividades de la partera, no se hace diferencia alguna entre la partera en jefe y la partera segunda; en el lugar de ésta última se registra la existencia de enfermeras mayores y menores. Ello era comprensible ya que en esa época la existencia de parteras tituladas aún era escasa, en su lugar atendían enfermeras cuya preparación se basaba en conocimientos empíricos, pues a pesar que desde el año de 1898 se había establecido la primera escuela práctica y gratuita de enfermeros en el Hospital de Maternidad e Infancia, sería hasta el año de 1900, cuando se comenzaron a capacitar a las enfermeras del Hospital de San Andrés, con un grupo muy reducido de mujeres. Posteriormente, el doctor Eduardo Liceaga, influenciado por los avances del movimiento Nightingale en Europa y Norteamérica, el 9 de febrero de 1907 fundaría la Escuela de Enfermería en el Hospital General.

las enfermeras y las alumnas de Obstetricia y cuidando de su estricta ejecución; vivir en el establecimiento y no salir sin notificar al director y al Prefecto del Hospital, dejando en ese caso en su lugar a una partera recibida (a la partera 2^a); llevar el libro en que se anotaba el nombre, edad, lugar de residencia, de las mujeres que entraban para ser asistidas en el Hospital; funcionar como enfermera mayor en su departamento, estando sujeta al director del Hospital y en su ausencia al prefecto.⁴⁰⁰ La descripción de dichas actividades muestra el papel tan importante que la partera ejerció como parte fundamental del personal médico científico; aunque debía estar siempre bajo las órdenes del médico catedrático de la clínica, a quien tenía que dar aviso de todas las cosas difíciles o peligrosas; y en ausencia de éste, al jefe de la clínica, o al practicante. A pesar de lo imprescindible de su labor y jerarquía administrativa, en relación a su práctica clínica médica debía estar siempre bajo las órdenes y vigilancia de un médico varón.

Ser partera en jefe del Hospital no era cualquier cosa, pues para obtener dicho cargo las aspirantes eran evaluadas estrictamente, debían de participar en un concurso de oposición y cumplir con una serie de requisitos académicos, laborales y “morales”, que eran valorados por varios médicos del hospital, como señala el reglamento en su capítulo cuarto. Se publicaba una convocatoria para las interesadas en concursar por el cargo. Una vez publicada, se daba un plazo de quince días para la inscripción y presentación de documentos que eran revisados primero por el director del hospital y posteriormente por la Secretaría de Gobernación, sólo para determinar qué personas podían concursar por la plaza.

El primer requerimiento era probar estudios profesionales y que habían sido examinadas y aprobadas por unanimidad en la Escuela de Medicina de México; una segunda exigencia era tener experiencia laboral de por lo menos dos años después de haberse titulado, así como ser mayor de

⁴⁰⁰ Archivo de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital de Maternidad e Infancia. Reglamento del Hospital de Maternidad e Infancia.

veinticinco años, y comprobar su “moralidad y buena conducta”. Para el acto de oposición, eran sometidas a dos pruebas, una teórica y una práctica. La primera consistía en un examen cuya duración era de hora y cuarto, -quince minutos por cada sinodal- sobre la materia que le designara la Junta, en cuestiones de Obstetricia. La prueba práctica consistía en un examen que hacía cada opositora en la sala de la clínica, de dos casos clínicos, para que por medio de la palpación, auscultación y el tacto interno, pudieran diagnosticar el embarazo, la presentación y posición del feto, la época del embarazo, si éste era simple o gemelar, la época probable del parto y si sería natural o se trataba de un caso de distocia.⁴⁰¹ Todas las aspirantes eran sometidas a la misma prueba, a fin de que el jurado pudiera comparar las diferencias del diagnóstico-pronóstico. Concluido el acto, el jurado por escrutinio secreto, decidía, calificando a cada examinada, cuál queda nombrada partera en jefe, al haber obtenido la mejor calificación, y en caso de empatar, la suerte se decidía en presencia de las interesadas. El jurado estaba compuesto por el catedrático de clínica, el Jefe de Clínica y los médicos de los Hospitales, sorteados como lo señalaba el Reglamento General. Una vez que el jurado elegía qué partera merecía la mayor calificación, lo comunicaba al gobierno, quien expedía el respectivo nombramiento. Al finalizar el proceso y a pesar de haber pasado todas estas pruebas, aún no se aseguraba la propiedad del empleo, pues la partera podía ser removida del cargo por “omisión en el cumplimiento de sus deberes”, “falta de moralidad en sus actos”, o cualquier otra falla que mereciese la destitución a juicio de la Instrucción y de acuerdo con Gobernación. De manera similar eran los requisitos que se les pedían a aquellas mujeres que deseaban aspirar al cargo de partera segunda, quien era nombrada por el Inspector del establecimiento y aprobada por Gobernación, también debía probar ser partera recibida, mayor de veinticinco años, de “moralidad y buena conducta”.⁴⁰²

⁴⁰¹ El parto distócico o parto anormal es un parto complicado que por lo regular llega a presentar dificultades, y puede necesitarse maniobras o intervenciones quirúrgicas.

⁴⁰² Archivo de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital de Maternidad e Infancia. Reglamento del Hospital de Maternidad e Infancia.

La descripción que hace el reglamento de los requerimientos que había que cumplir para obtener el nombramiento de partera en jefe y partera segunda, muestra de manera muy clara cómo en este proceso de institucionalización y profesionalización del conocimiento médico académico en su especialidad obstétrica, se crearon una serie de estrategias administrativas y políticas académicas, desde las cuales la clase médica buscaba controlar y subordinar a las parteras tituladas, y eliminar a las empíricas. En primera instancia, cualquier partera que aspiraba a laborar en algún hospital público, o al menos a ser reconocida en su labor como obstetra, debía forzosamente probar estudios profesionales, lo que de manera inmediata dejaba fuera de la legalidad a todas las parteras empíricas. Probar una experiencia laboral mínima de dos años, era una exigencia difícil para aquellas jóvenes obstetras recién recibidas de una profesión también nueva. Además dicha experiencia era más esperada en las parteras empíricas, quienes desde el principio estaban excluidas de tal concurso y aspiración, al carecer de un título; y para aquellas que lograban cumplir el requisito de la profesionalización, sus capacidades y conocimientos debían primero ser evaluados por la superioridad de los médicos académicos.

Para aspirar a concursar por la plaza, las obstetras debían ser mayores de 25 años, pero paradójicamente para ingresar a la escuela de Medicina se exigía tener una edad de entre 18 y 30 años, ya que pasados los 30, según el médico Ignacio Durán, director de la Escuela de Medicina en 1864: “una mujer si no ha tenido una educación más esmerada y culta que la que requiere [...] la carrera en nuestro país, ya no se halla en estado de poderse dedicar con eficacia al estudio.”⁴⁰³ Por otra parte, el ejercicio de la partería tradicional se reservaba a las mujeres de edad madura, lo que aseguraba mayor experiencia, madurez y por ende la “confianza absoluta” de su clientela. Estos datos nos permiten confirmar que las parteras empíricas no fueron las mismas que ingresaron a la Escuela de Medicina, así como tampoco la subjetividad de la comunidad médica por profesionalizar el ejercicio de la

⁴⁰³ Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, Fondo: FEMYA, vol. 130, exp. 50.

partería, se limitaba a contribuir en el crecimiento y desarrollo profesional de las parteras. Como se ha podido observar, los requisitos administrativos y académicos excluían de tal profesionalización a las parteras empíricas, pues sin duda se les seguía viendo como fuertes competidoras en un campo del cual los médicos pretendían apropiarse a través de lo que Oliva López Sánchez denominó la cadena razón-conocimiento-poder-autoridad-exclusión,⁴⁰⁴ cuya jerarquización y superioridad se legitimaba a través del conocimiento médico científico racional, el cual dotaba a éstos de todo el poder para subordinar a las parteras, y poco a poco irse apropiando de un saber que por siglos había sido exclusivo de las mujeres.

A pesar de la instauración y delimitación de las funciones y espacios de poder y saber que les correspondían a los médicos y a las parteras, en la práctica, tales límites no fueron tan rigurosos, ya que por ejemplo, la partera en jefe fungió como superiora y profesora de las alumnas y alumnos de obstetricia y medicina, lo que propició que muchos médicos, tanto profesores como estudiantes, tuvieran que compartir el espacio de la enseñanza obstetra con las parteras. Además, como parte de los programas académicos de la enseñanza clínica, se incluía para una mejor preparación de los estudiantes, y se exigía que tanto practicantes médicos, como las alumnas que aspiraban a ser obstetras, cumplieran con guardias, de las seis de la tarde de un día, que terminaba después de la visita de la mañana siguiente, junto a la obligación de vivir en el establecimiento. Tales requisitos no hacían ninguna diferenciación de género.⁴⁰⁵

Estas mujeres que laboraron en el Hospital de Maternidad como parteras o estudiantes de obstetricia, sin duda traspasaron las normas de género de su época, estudiaron y trabajaron para desarrollar un proyecto de vida distinto al rol tradicional asignado a las mujeres, para desenvolverse en una profesión que les exigía forjar un carácter de competitividad –para la obtención de la plaza, ya

⁴⁰⁴ Oliva López Sánchez, *op. cit.*, 2004, p. 141.

⁴⁰⁵ Archivo de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital de Maternidad e Infancia. Reglamento del Hospital de Maternidad e Infancia.

que tenían que probar que eran las mejores de entre varias aspirantes-, mostrar capacidad y conocimientos -a través del examen teórico y práctico-, frente a los médicos, disciplina –ya que a su cargo estaba el resto del personal médico: desde los estudiantes, las enfermeras, hasta el servicio de comida-, y entrega total a su labor –pues como ya mencioné debían vivir en el hospital-. La mayoría de estas mujeres eran solteras o viudas, para quienes el matrimonio y la maternidad pasaban a un segundo plano dentro de sus planes de vida, por las exigencias de su profesión. A pesar de que se trataba de un pequeño grupo de mujeres las que ingresaron a la Escuela de Medicina, ya de 1870 a 1910 se inscribieron sólo 382 a la Escuela de Medicina para estudiar obstetricia,⁴⁰⁶ es evidente que esta profesión, aún con sus sesgos sexistas, abrió a las mujeres de la época no sólo las puertas a la universidad, sino a la posibilidad de aspirar a un desarrollo profesional y a una vida económica independiente.

Esta situación fue muy similar en los estados del país, por ejemplo en la Escuela de Medicina de San Luis Potosí, con el restablecimiento de la República, los miembros de la “Sociedad Médica Potosina” gestionaron ante el gobierno del Estado la reapertura de la Escuela de Medicina, en el Instituto Científico y Literario del Estado. El 22 de enero de 1877 el Ejecutivo de esa entidad federativa, extendió nombramientos de profesores de anatomía, farmacia, cirugía menor, para flebotomianos y obstetricia para parteras. Fue el señor Carpio quien abrió sus clases el 15 de febrero del citado año con diez alumnas, además se encargó de la construcción del Hospital Civil y un departamento de Maternidad, dotándole con lo más indispensable para su funcionamiento, el cual se inauguró en 1879. Allí se daban clases de Clínica, y una especial para parteras, se exigía a las aspirantes al título de parteras: inscribirse en el último año de estudios como practicantes de número o cuando menos supernumerarias en la Maternidad y hacer las guardias respectivas por turnos durante

⁴⁰⁶ Este dato se basa en la lista de mujeres inscritas a la Escuela de Medicina que presenta el Archivo Histórico del Antiguo Colegio de Medicina, correspondiente al Fondo: Escuela Nacional de Medicina y alumnos.

toda la carrera, así como la presentación de un trabajo de tesis para la obtención del título. Este último requisito se eliminaría en el año 1909; de modo que de 1877 a 1910 se recibieron veinticinco parteras, cuyos nombres se presentan a continuación como un reconocimiento a su labor y esfuerzo: Cesárea Rangel, Rosa Esquivel, María Medina, Elena Olaeta, Luisa Olaeta, Virginia Vázquez del Mercado, Ignacia Zubieta, Juana Aguirre, Isabel Acosta, María de Jesús Cervera, Ignacia Grageda, María Concepción Ponce, Dolores Pozo de Ortiz, Micaela Acosta, Donaciana Epiro de Villalobos, María Paz Pinales de Celis, Dolores Téllez de Carrillo, Refugio Pinales Juana Cervera, Felicitas Serafín y Cárdenas, María Guadalupe A. de Aguilar, Micaela Acosta, Victoria Cervantes, Eufrasia Arreguín, Jesús Infante Vda. de Tavera y Jovita Castro Vda. de González.⁴⁰⁷

Ante la gran demanda de mujeres que querían estudiar obstetricia, se creó en San Luis, el 21 de agosto de 1908 la Sociedad de Obstetricia Práctica “Juan María Rodríguez”, la primera en toda la república, por iniciativa de los doctores Regino del Pozo, Arturo Méndez, Miguel R. Soberón, Manuel Nava y Mariano M. Martínez, con la idea de hacer más eficaz el estudio de la Obstetricia basada en la práctica diaria, así como para honrar la memoria del partero mexicano doctor Juan Martínez Rodríguez. Desde su fundación, se celebrarían sus sesiones cada 15 días, los viernes a las 6: 30 pm en el Salón de la Inspección de Sanidad Pública del Estado. Es importante resaltar que entre los miembros titulares estuvieron las parteras: Donaciana E. Villalobos, Eufrasia Arreguín de Puente, Isabel Acosta, Juana Corvera, Josefa Garza Vda. de García, Felicitas Guerrero de Berúmen, Margarita Estrada, María de Jesús Infante Tavera, María Paz Pinales Vda. de Celis, María E., Ramírez, María Guadalupe Ramírez, María Guerra Vda. de Escalera, Dolores Pozo de Ortiz, Virginia Vázquez del Mercado, Ignacia Grageda, María Guadalupe Olguin de Aguilar, Asunción Arredondo de Eguiluz, Jovita Castro Vda. de González, Juana Soni, y otros 21 doctores, entre ellos sólo una mujer: Dorotea Ledesma.

⁴⁰⁷ Nicolás León, *op. cit.*, 1910, p. 568.

En dichas sesiones se presentaban trabajos y temas libres a discusión en los que participaban activamente en el debate las parteras; por ejemplo, en una de tantas la partera Virginia Vázquez del Mercado presentó un trabajo titulado “Versión por maniobras externas”, en el que mostró su gran talento y observación, al exponer un tipo de procedimiento original para lograr la acomodación del feto definitiva. La misma profesora Virginia Vázquez del Mercado leyó un “trabajo comparativo entre la manera de vestir a los niños mexicanos y norteamericanos” exponiendo con toda claridad las razones que hacen más conveniente el segundo modo. La profesora Juana Corvera presentó un trabajo titulado “Aborto”, donde expuso desde su definición, las clases de éstos según el tiempo del embarazo, sus causas maternas y paternas. Al referirse al tratamiento, lo dividió en profiláctico y curativo. Ante dicha exposición, el doctor Govea felicitó a la partera y comentó que aún no se conocían todas las causas del aborto, siendo este un tema de futuras investigaciones. La partera Isabel Acosta presentó un estudio sobre la “degeneración placentaria”, en él consideró a la mujer sífilítica como un terreno cultivado con gérmenes patológicos y entre los accidentes que presenta en su estado de gestación, le ha llamado la atención la degeneración fibro-grasosa de la placenta, señalando que el interrogatorio da muchas veces resultados negativos, y expuso la disertante que se podía tratar de una marca de sífilis atenuada hereditaria. Esta degeneración la atribuye a la albuminuria, a hemorragias pasadas y a la sífilis del padre; a lo que el doctor Del Pozo señaló como causas de la degeneración fibro-grasosa: la sífilis, el alcoholismo y la albuminuria.⁴⁰⁸

Por su parte la sra. Josefa Garza Vda. de García, dio lectura a su trabajo titulado “Un caso de versión podálica espontánea en un feto á termino durante el trabajo”. Quien como principio no considera exacta la denominación de “espontánea”, pues el cambio de actitud del producto dentro de la cavidad uterina, aunque ninguna fuerza extraña intervenga, siempre es considerado por la concentración de la matriz. Posteriormente la partera Josefa Garza relató el caso de una señora

⁴⁰⁸ *Ibid.*, pp. 574-575.

multípara que siendo reconocida en sus últimos meses del embarazo, se encontró el producto en presentación de hombro izquierdo, posición derecha; quien hizo la versión por maniobras externas, lográndose la presentación, que se fijó por medio de un vendaje. Luego fue llamada para atender el parto otra facultativa, la que se encontró durante el trabajo con una presentación transversa. El médico corroboró el caso, y ordenando se rompiera la fuente, se dispuso a operar. La partera hizo luego el tacto y ya no encontró la mano sino el codo. Se decidió esperar y por tactos sucesivos se reconoció: el hombro, la parrilla costal, y aunque con dificultad, el acromion, y dos horas después se transformó sólo por los esfuerzos de la matriz en una presentación de nalgas completa. El caso dio lugar a una interesante discusión entre los socios Méndez, Soberón y del Pozo, ocupando varias sesiones.⁴⁰⁹

El relato de dichas exposiciones nos permite confirmar que a pesar de la confrontación que se dio entre la comunidad médica y las parteras por el saber y el poder obstétrico, existió también de parte de otro grupo de médicos y obstetras, una relación profesional en la que reconocieron, valoraron y compartieron sus conocimientos y espacios de trabajo tanto dentro del hospital como en la atención privada. Espacios desde los cuales las obstetras pudieron desarrollarse y hasta competir con otros médicos. Es un hecho que el tipo de mujeres que se dedicaron a esta profesión, lejos de haber representado estereotipos de su género. Como las de sumisión, pasividad y aislamiento, se trató de mujeres que ante los ataques de la comunidad médica, tuvieron la capacidad organizativa para enfrentar y defender su profesión. Otras tantas, por el hecho de haberla ejercido de manera meritoria, las colocó en un lugar distinguido. Algunas de ellas se desarrollaron como profesoras, y otras tantas se convirtieron en la “mano derecha” de varios médicos, quienes al haber laborado junto a ellas, indudablemente aprendieron de sus conocimientos.

El ingreso de las mujeres a la profesión de obstetra, obedeció a una visión de género muy particular, ante los atributos femeninos que dicha carrera requería, al igual que otras profesiones como las de

⁴⁰⁹*Ibid.*, 1910, pp. 572-575.

farmacia, odontología y enfermería, entre otras. Pero no podemos negar que el acceso descrito se trataba de un claro antecedente de lo que sería su posterior inserción a otros espacios profesionales y labores que antes eran exclusivos del género masculino, en los que los tradicionales roles de género ya comenzaban a cuestionarse y flexibilizarse, como fue el caso de la Medicina, la abogacía, y otras tantas profesiones científicas, artísticas y literarias.⁴¹⁰

Las parteras, tanto las empíricas como las profesionistas, son sólo un ejemplo de cómo a pesar de haber sido cuestionadas y limitadas por una serie de reglamentos, leyes, instituciones, normatividades y saberes basados en un modelo médico sanitario occidental, el cual nació como parte de un sistema patriarcal, clasista, racista y sexista, que buscaban arrebatarles su oficio e identidad como las expertas en el arte de los partos, no aceptaron de manera pasiva su exclusión. De ahí su permanecía hasta bien entrado el siglo XX, cuyo poder y saber a algunas las llevó a ocupar puestos directivos, administrativos, o como docentes, en los distintos hospitales de la época, y otras tantas, -aún fuera de la legalidad sanitaria-, siguieron contribuyendo a la salud y vida de aquellas futuras madres, cuyas hijas e hijos, serían el pilar de la joven nación mexicana.

⁴¹⁰ Ma. de la Luz Parceró, *op. cit.*, 1992, pp. 73-89.

Capítulo V

El papel de la enfermera en el desarrollo de la salud pública

Este último apartado muestra otra de las formas de participación y protagonismo de las mujeres en el cuidado de la salud pública a través de la experiencia asistencial conocida como la enfermería⁴¹¹, en un contexto en el que la población mexicana no sólo crecía muy lentamente, sino que moría a ritmos acelerados por los ataques de una serie de enfermedades endémicas y epidémicas ocasionadas por las pésimas condiciones sanitarias en las que se encontraba el país, considerándose éste uno de los grandes obstáculos para el progreso de la nación porfirista.

En esta búsqueda por sanar, cuidar y tratar de frenar los altos índices de mortandad que aquejaban a la ciudadanía, en su calidad de cuidadoras-enfermeras, las mujeres realizaron un trabajo arduo y significativo, algunas desde sus hogares o dentro de sus comunidades y otras tantas en los distintos hospitales de la época, al conformar la mayoría del personal sanitario encargado de asistir a las personas enfermas, según muestran las nóminas de los distintos hospitales. No obstante, el trabajo realizado por estas mujeres ha sido minimizado por la historia y la historiografía de la medicina y salud pública, cuyo perfil androcéntrico ha presentado como único protagonista en torno al saber curativo y a las prácticas de cuidado de la salud de la población al médico varón; pasando por alto la gran contribución que las enfermeras han hecho en la construcción de una nación más sana y fuerte.

⁴¹¹ Es imprescindible aclarar que la enfermería adquiere su connotación científico-profesional hasta principios del siglo XX. Anteriormente, el personal que laboraba en los distintos hospitales novohispanos y del siglo XIX, carecía de una educación formal e institucionalizada, de modo que sus prácticas asistenciales se basaban en una serie de cuidados y remedios domésticos, aprendidos de un saber empírico. Es practicada principalmente por dos grupos: uno conformado por mujeres y hombres –estos últimos en menor número- civiles o laicos, de condición social baja, cuya necesidad laboral los colocaba como cuidadores-enfermeros, encargados de asistir al enfermo, asearlo, darle de comer, realizarle alguna curación, etc., todo ello, a cambio de una pequeña paga. El segundo grupo lo conformaron religiosos, hombres y mujeres que proporcionaban asistencia físico-espiritual a los enfermos, en tanto que la enfermedad y la salud se asociaron a un valor religioso, al ser “designios de Dios”, cuyo sentimiento de piedad por el miserable enfermo, era atendido en el hospital y algunas veces en su casas, mediante cuidados y rezos que podían aligerar su lecho de dolor y la salvación de su alma. Dicha labor no les era remunerada, a cambio sólo percibían comida y alojamiento dentro del hospicio u hospital.

La enfermería –no profesionalizada- fue vista por muchos años como una labor de servidumbre⁴¹², que estuvo en manos exclusivas de mujeres⁴¹³ pertenecientes a las clases más bajas de la escala social, carentes de estudios universitarios, cuyos conocimientos empíricos (no por ello menos valiosos), las habían colocado como las expertas tanto en el cuidado de la salud como en la organización interna de los distintos hospitales pertenecientes al periodo colonial y parte del porfiriato. Sería hasta principios del siglo XX. Cuando el Estado liberal, al darse cuenta de la necesidad que tenía de tomar el control de los cuerpos enfermos de sus trabajadores, exigió la profesionalización e institucionalización de la enfermería para aquellas mujeres que querían seguir ejerciéndola. A partir de entonces, esa área de asistencia médico-sanitaria sería dirigida, vigilada y regulada por los médicos profesionistas, subordinando a las enfermeras a su saber, poder y autoridad con base en su condición profesional, social y de género considerado superior. Junto a este proceso de profesionalización, la enfermería, iría adquiriendo una identidad sexual propiamente femenina, al identificarse con una serie de atributos “propios de las mujeres” como “la maternidad”, “el amor incondicional”, “la dulzura”, “la bondad”, “la obediencia”, “la entrega”, “el instinto de reproducción” y “ser perpetuador de la vida”, lo que la convertiría en una profesión apropiada y exclusiva para éstas, en tanto que su desarrollo, aseguraba la permanencia de su condición natural como madres y esposas, “subordinadas” al varón.

⁴¹² Me refiero a servidumbre, como parte de un servicio laboral catalogado en el rubro de “criadas” o “sirvientas”. Es importante señalar que dentro de estas, existían diferencias de acuerdo con el desempeño particular de la actividad, lo que determinaba el prestigio, jerarquía e ingreso económico. A pesar de la profesionalización de las enfermeras y parteras, y de ser ubicadas en el sector laboral de las “profesiones liberales”, las mujeres dedicadas a estas profesiones, llegaron a ocupar una proporción cercana del 35% para finales del siglo XIX. No obstante como señala Sonia Pérez Toledo, fueron consideradas trabajadoras cuyos ingresos las colocaban dentro de las clases populares. Véase; Sonia Pérez Toledo y Herbert S. Klein, *Población y estructura social de la Ciudad de México, 1790-1842*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2004, pp. 215-235.

⁴¹³ Según las nóminas de los distintos hospitales del periodo colonial y del porfiriato, también existían enfermeros varones; ello fue más recurrente en hospitales dedicados a atender exclusivamente a hombres. No obstante, una vez que se exige la profesionalización de dicha tarea, pasaría por un proceso de feminización, al concebirse como una profesión cuyas exigencias para desarrollarse coincidían con una serie de “atributos naturales de las mujeres, como la maternidad, el amor incondicional, la dulzura, la bondad, la obediencia, el instinto de reproducción; todos ellos, elementos propios de las mujeres, lo que las convertía en las más aptas para ejercerla”.

A pesar de que la exigencia de la profesionalización e institucionalización de la enfermería excluyó a las enfermeras que se consideraban no estaban profesionalizadas y subordinó a las profesionales al poder y saber de la medicina occidental y andocéntrica, es importante no pasar por alto que también permitió la entrada de otras tantas a la Universidad, a través de una profesión que si bien se constituyó como una labor exclusiva de mujeres y fue subordinada a la autoridad del médico, la sola exigencia para su desempeño al tener que poseer cierto nivel académico y laboral, disciplina, junto a una actitud de competitividad; les permitió a muchas de ellas desarrollarse y sobresalir en los distintos hospitales y hospicios como jefas de personal, en puestos directivos y como profesoras, así como ingresar y compartir con los médicos el espacio laboral hospitalario, clínico y académico, desde los cuales se ejercieron complejas y difíciles relaciones de poder, saber y autoridad, entre unos y otras, de las cuales, las enfermeras siempre estuvieron en una situación de inferioridad y subordinación frente a los médicos, que más que responder a una inocente relación jerárquica profesional, era el reflejo del tipo de orden social, altamente clasista y sexista aún imperante.

Enfermeras por “naturaleza”

La labor de cuidar personas enfermas mejor conocida como enfermería, ha sido considerada a través de la historia como una extensión del trabajo doméstico o religioso y aún en la época colonial, era vista como una labor de caridad y humanidad cristiana proporcionada por la iglesia con poco o nulo valor monetario. Fue reconocida como una actividad eminentemente femenina, por la naturaleza fisiológica de la mujer como “ser reproductivo”, que junto a la “lactancia y crianza” establecerían una serie de elementos ideológicos, a partir de los cuales se definió su rol social como criadoras y cuidadoras naturales de las hijas y los hijos, de la familia y de la comunidad. Lo anterior han provocado que se conozca y valore poco la labor que ejercieron las enfermeras en los espacios tradicionales del cuidado de la persona enferma, el cual regularmente se desarrolló dentro del hogar o comunidad y en los

distintos hospitales y hospicios encargados de ofrecer cuidados y consuelo a quienes más lo necesitaban. Se consideraba que su práctica no requería conocimientos especializados o profesionales, de tal modo que podía ser realizada por cualquier persona, y qué mejor que fuera por el “ser cuya naturaleza le había dotado de nobleza, amor y abnegación: la mujer.”⁴¹⁴

Con el nombre de “enfermera”(o) se denominó a aquellos hombres y mujeres que realizaban actividades en los hospitales fundados desde el siglo XVI en la Nueva España. En la mayoría de las ordenanzas dicha labor aparece en la categoría de “sirvientes”, porque además de atender a las y los enfermos realizaban otras actividades dentro del hospital y para poder especificar la labor que a cada uno le correspondía se les denominaba como: “enfermera lavandera”, “enfermera cocinera”, “enfermera mandadera”. De tal modo que el trabajo realizado por las enfermeras (os) se inscribía en la categoría del personal de servidumbre; esto a diferencia de las parteras quienes se ubicaban dentro del personal “científico” o “administrativo”, con funciones y prácticas específicas, pues se trataba de una profesión antigua, prestigiada, respetada y bien remunerada, cuyo salario era tres veces mayor que el de las enfermeras. No obstante, sus prácticas curativas eran igual de valiosas que las de las parteras, utilizaban medicinas de origen animal, mineral y vegetal. Tenían purgantes, eméticos, antieméticos, diuréticos, sudoríficos, ocitócicos y abortivos, antiabortivos, antidiarreicos, antiespasmódicos, anestésicos, expectorantes, tónicos, narcóticos, emolientes y parasiticidas. Administraban brebajes, ponían lavados intestinales, curaban dando fricciones, colocaban férulas, vigilaban los baños de vapor para que sudando se alejaran los malos humores, tenían grandes conocimientos de los vegetales, sabían sangrar, sobaban, reducían las luxaciones y fracturas, sajaban y curaban las llagas, la gota, y en las oftalmias cortaban las carnosidades.⁴¹⁵ Tales conocimientos habían sido adquiridos y preservados de la

⁴¹⁴ Se trata del reparto sexual de las tareas, el cual tiene que ver con la organización de la producción y, sobre todo, con el control de la reproducción. Siendo las mujeres las que aseguran ésta, se convierten en las más adecuadas. Véase: Celia Amorós (dir.), *10 palabras clave sobre mujer*, Pamplona, Estella (Navarra), 1995, p. 262.

⁴¹⁵ Leticia Cuevas Guajardo y Dulce Marías Guillén Cadena, “Breve Historia de la enfermería en México”, en *Revista CuidArte*, vol. 1, núm. 1, 2012.

Revista electrónica de investigación en enfermería, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 1, núm. 1, Febrero, 2012, p.75.

medicina tradicional mexicana, siendo estas cuidadoras-enfermeras regularmente mujeres “indias” y mulatas de condición social y educativa baja.⁴¹⁶

En el momento en que se da el llamado encuentro entre dos mundos, se tenía poco conocimiento y control de las causas que originaban tantas enfermedades y muertes como consecuencia de la llegada a la Nueva España de los emigrantes procedentes de Europa, que junto a las epidemias y otras enfermedades estaban acabando con la población indígena, pues una de cada cinco personas padecía viruela, y otras tantas eran atacadas por la escarlatina, la difteria, la gripe, la fiebre tiroidea, el tifus, la tuberculosis, la fiebre amarilla, pero sobre todo, la explotación laboral, el excesivo peso de los tributos y los masivos desplazamientos de población, fueron los factores que provocaron una disminución creciente de los indígenas que, en determinadas zonas como las Antillas, provocarían su casi desaparición. Ante esta alarmante situación, la Corona se dio cuenta de la urgencia de frenar este descenso poblacional que hacía disminuir de forma progresiva y constante el número de sus tributarios y trabajadores. Por su parte, la Iglesia también trató de poner remedio a esta situación que hacía menguar a sus fieles y conversos.

Fue entonces cuando las diversas órdenes religiosas se encargaron de atender y asistir en sus necesidades más básicas a los enfermos, destacándose en dicha labor asistencial aquellas monjas que como parte de sus votos religiosos habían jurado auxiliar a los más necesitados, atendiéndolos en sus domicilios y a otros en los distintos hospitales existentes. Pronto estas mujeres se convirtieron en las principales enfermeras y/o administradoras de los hospitales novohispanos.⁴¹⁷ Existían también enfermeras civiles, regularmente eran mujeres solteras o viudas de edad madura, cuyas tareas además

⁴¹⁶ Maribel Ríos Everardo, *op. cit.*, 2001, p. 77.

⁴¹⁷ Por ejemplo, en el periodo colonial el Colegio de San Pablo de los Agustinos sirvió de hospital en el combate de Padierna y el herido encontró curación, techo y palabras de aliento de parte de Sor Micaela Ayanz, ella formaba parte de las tres Hermanas de la Caridad quienes atendieron a sus enfermos en el Hospital de San Pablo, posteriormente conocido como Hospital Juárez. Véase: Leticia Cuevas Guajardo y Dulce Marías Guillén Cadena, “Breve Historia de la enfermería en México”, en *Revista electrónica de investigación en enfermería, Facultad de Estudios Superiores de Izacala-Universidad Nacional Autónoma de México*, vol. 1, núm. 1, febrero, 2012, p. 78.

de dar consuelo a las personas enfermas, limpiarlas y alimentarlas, se encargaban de realizar las primeras curaciones con hierbas y métodos tradicionales de medicina doméstica en los distintos hospitales y cárceles, labores por las que el bajo sueldo no rebasaba los \$50.00 (cincuenta pesos) al año. Su ocupación era tan humilde y tan poco valorada, al tratarse de una obra caritativa realizada por mera humanidad, que no se les pedía licencia ni examen previo para ejercer. En tan noble labor también participaron algunas mujeres españolas traídas por las tropas de Hernán Cortés y de Pánfilo de Narváez, quienes figuraron como asistentes de la salud física y espiritual de los más desamparados.⁴¹⁸

En el México Independiente, para el año 1861 y después de varios intentos por secularizar los bienes de la iglesia, por orden presidencial de Benito Juárez, se secularizan todos los hospitales y establecimientos de beneficencia que hasta esta fecha habían administrado las autoridades o corporaciones eclesiásticas. Con ello, el gobierno de la nación sería el encargado del cuidado, dirección y mantenimiento de dichos establecimientos en el Distrito Federal y la salud de las y los mexicanos pasaba a ser una obligación del estado. Dentro de las contradicciones que tuvo que enfrentar el gobierno juarista estuvo la necesidad de conservar a las Hermanas de la Caridad, las cuales aunque no eran monjas ni tuvieron conventos, eran católicas que creyendo en los mandamientos, ejercieron la caridad en todas sus líneas. Así el presidente Juárez, aconsejado por los facultativos, las invitó a hacerse cargo de los hospitales de sangre, donde se atendía a los soldados y a la población civil que se enfermaba por causas secundarias o asociadas a la guerra, al cólera, el tifo, la neumonía, la desnutrición, la sífilis y otras enfermedades venéreas por las que merecían hospitalización. Al ejercer como cuidadoras-enfermeras, las Hermanas de las Caridad se distribuyeron por buena parte del país, hasta que en su práctica curativa cometieron un error: junto a cada hospital

⁴¹⁸Maribel Ríos Everardo, *op. cit.*, 2001, p. 78.

abrieron una escuela para niños, hecho que fue considerado como anticonstitucional, pues la enseñanza ya era laica, por lo que fueron echadas del país por el presidente Lerdo de Tejada.⁴¹⁹

En 1874 el presidente de la república Sebastián Lerdo de Tejada expidió un decreto, derivado de las Leyes de Reforma,⁴²⁰ donde exigió la salida de todas las religiosas del territorio nacional, situación que modificó la organización en los hospitales, creándose descontrol y desorden, puesto que ellas habían sido las encargadas tanto de la asistencia de los enfermos como de la administración de los hospitales, y una vez que éstas salen del país queda un gran vacío y con ello un gran caos, pues ¿a quiénes se les encomendarían ahora la asistencia de los enfermos, al tratarse de un trabajo tan poco valorado socialmente y tan mal pagado? Aún así, las vacantes fueron ocupadas por hombres llamados “practicones”, quienes al no tener ninguna preparación ni experiencia como enfermeros, inmediatamente fracasaron. Fue entonces que nuevamente se incorporaron de manera improvisada mujeres como enfermeras, quienes lograron desempeñar el arduo trabajo de cuidar personas enfermas, y con el tiempo fueron adquiriendo conocimientos y experiencias de tipo empírico, que las convertirían en las principales asistentes de los médicos. De estos hechos podemos corroborar lo que Elsa Malvido señaló al referirse a la realidad del siglo XIX y los antiguos nosocomios medievales creados por la caridad católica, los cuales terminaron demostrando su ineficacia, por lo que fueron saqueados y sus enfermeros (masculinos) expulsados por corruptos, y además sustituidos por mujeres eficientes que supieron rescatar y modernizar un servicio indispensable como era la atención a la salud, convirtiéndole en derecho constitucional, declarado y ejecutado por las Leyes de Reforma y por Juárez.⁴²¹

⁴¹⁹ Elsa Malvido, *La población siglos XVI al XX*, Edit. Océano, México, 2006.p. 164.

⁴²⁰ En torno al tema de la desamortización de los bienes de la iglesia en el siglo XIX, bajo los gobiernos liberales de Benito Juárez y de Sebastián Lerdo de Tejada y sus efectos económicos y sociales ha sido estudiado por Jan Bazant, *Los bienes de la iglesia en México, 1856-1875. Aspectos económicos y sociales de la revolución liberal*, México, El Colegio de México, 1971.

⁴²¹ Elsa Malvido, “En el marco de la secularización, los hospitales de México en el siglo XIX. De la caridad a la salud pública”, en *XIII Reunión de Historiadores de México, Estados Unidos y Canadá*, Querétaro, octubre, 2010, p. 16.

A pesar de tan valiosa labor ejercida por estas mujeres, muy poco se conoce de ellas y aunque un número significativo constituyó la mayoría del personal de los distintos hospitales de todo el siglo XIX, y aún más tuvo presencia en aquellos nosocomios especializados en la asistencia a las mujeres, quienes tal vez por cuestiones de pudor de las mismas enfermas, aunado a los valores de la época, preferían que el personal de enfermería fuera en su mayoría femenino. Tal fue el caso del Hospital Morelos, dedicado especialmente a la asistencia de mujeres afectadas de enfermedades sifilíticas, de los órganos genito-urinarias y de la piel. El servicio general del establecimiento hospitalario se dividía en seis departamentos o secciones, más la sala de Pensionistas, cada una con su respectivo nombre: Sala Escobedo, Sala Araujo, Sala Ormijo, Sala Ortega, Sala Robredo, Sala Pasalagua y Distinción; cada departamento contaba con un mínimo de treinta camas, y era atendido por un médico, tres practicantes (uno numerario y dos supernumerarios⁴²²) una enfermera mayor y dos enfermeras menores (divididas a su vez en primera y segunda) excepto el de pensionistas, el cual era atendido por un médico y dos enfermeras, una mayor y otra menor.⁴²³

Según el reglamento del hospital en su artículo sexto, la planta de empleados estaba conformado por un médico director, un médico para cada sala, los tres practicantes, un encargado de botiquín, un prefecto, un ecónomo, seis enfermeras mayores, once enfermeras menores, una encargada de ropería y lavandería, cuatro lavanderas-costureras, una cocinera-repartidora, dos galopinas, tres molenderas, cuatro mozos para servicios diversos, un portero y una celadora. Esta descripción nos muestra que a diferencia de la época colonial, la labor de las enfermeras tanto primeras como segundas, ya se encontraba claramente diferenciado del resto del personal, así como sus actividades, tal como se puede constatar en el reglamento del Hospital. Además para ocupar dicho puesto debían cumplir una serie de

⁴²² Existían dos categorías de alumnos: los numerarios o regulares y los asistentes o supernumerarios. Los primeros estaban inscritos oficialmente, los segundos no, y si querían que sus estudios se validaran debían presentar un examen a título de suficiencia.

⁴²³ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Morelos., Reglamento del Hospital Morelos, exp.34, 1893, leg.2, Capítulo 2, Sección 1.

requisitos que las diferenciaba jerárquicamente del demás personal de servidumbre; por ejemplo para ser enfermera mayor era necesario además de acreditar su aptitud para dicha labor y su “honradez”, debía saber leer y escribir.⁴²⁴ Tales exigencias nos permiten aseverar que las mujeres que ocupaban los puestos descritos no pertenecían a una clase social baja, al haber tenido la oportunidad de asistir a la primaria donde aprendieron lectura y escritura. Si a esto le sumamos que las cartas de honradez que estas presentaban debían ir con la correspondiente recomendación de algún miembro de la sociedad medianamente importante, se confirmaba la idea de que estas mujeres al menos pertenecían a una clase social media.

A pesar de que jerárquicamente las enfermeras seguían ocupando un lugar inferior frente al médico y a las parteras, aquellas que ostentaron el título de enfermeras mayores, eran en sus respectivas secciones las superiores o jefes, pues tenían a su cargo a las enfermeras menores; además de que eran las responsables inmediatas por velar que se cumpliera al pie de la letra el Reglamento y el servicio otorgado en su respectiva sala. Debían vigilar el orden y el cumplimiento de las labores de cada empleado del hospital, pues en sus manos estaba el buen funcionamiento interno del mismo. Entre sus obligaciones estaban: presenciar las visitas del médico de su sección para cumplir sus prescripciones y darle cuenta del estado de las enfermas; cuidar que los recetarios se remitieran al botiquín inmediatamente después de la visita; vigilar que las vasijas en las que se colocaba la medicina estuvieran siempre limpias; hacer la papeleta de alimentación diaria y entregarla al ecónomo; recoger del médico y remitir al Prefecto las boletas de entrada de las enfermas libres y las de admisión o ingreso, con la alta o defunción correspondiente; cuidar que las enfermeras menores cumplieran con sus deberes en la asistencia de las enfermas con toda eficacia; impedir la entrada a las salas a toda persona que no fuera empleada del establecimiento, o no tuviera necesidad de entrar; presenciar las

⁴²⁴ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Morelos. *Reglamento del hospital Morelos: 1893*. EXP.34, Legajo 2.

visitas de las enfermas, en los días señalados, y cuidar el orden en ellas. También debían procurar en todo a las enfermas incluyendo los auxilios espirituales de su religión, teniendo en cuenta el parecer del médico; cuidar el aseo de las salas y camas, así como de la ropa y muebles que corresponda a su sección, cuidar el orden y la compostura de las enfermas; repartir personalmente los alimentos y las medicinas internas y vigilar que las enfermeras menores hagan las aplicaciones de las medicinas externas, todo conforme al orden del día; así como también debían evitar que las enfermas pasaran de una sala a otra sin permiso de los superiores.⁴²⁵

Es fácil observar que a pesar de la presencia de un director y un Prefecto, en quienes recaía todo el peso del buen funcionamiento del hospital, en la práctica diaria era en las enfermeras mayores, quienes además de cumplir con labores de tipo asistencial en el cuidado directo de la salud tanto física como espiritual de las enfermas, se encargaban de varias de las labores de tipo administrativas, y en sus días de guardia, éstas debían abrir y cerrar personalmente, la puerta que conducía a las enfermerías, cada vez que entraba o salía el practicante durante las veinticuatro horas del día, o era llamado para asistir a alguna enferma. La labor ejercida por la enfermera mayor, requería además de un gran sentido de trabajo arduo, compromiso, orden y limpieza; así como una firme actitud de dirección y mando, ante su posición de Jefa del resto de las enfermeras. Como encargada del orden y buen funcionamiento de las demás áreas del hospital, esta tenía que estar al tanto de la entrada y salida de las personas a los nosocomios, del botiquín de medicamentos, la cocina y la lavandería, pues eran las responsables totales de las personas enfermas y de los empleados. Esto nos permite observar que las exigencias de su labor requerían mujeres cuyo carácter y estilo de vida, nada tenía que ver con el modelo ideal de mujer de la época conocido como el “bello sexo”; ya que al haber elegido ejercer esta profesión, implícitamente habían renunciado a la tradicional vida familiar y del hogar, pues debían vivir solas en

⁴²⁵ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Morelos. *Reglamento del hospital Morelos: 1893*, Exp.34, Legajo 2.

el hospital, no podían recibir visitas, sino a las horas que determinara la Prefectura, sólo podían salir a la calle los lunes, miércoles y viernes y sólo si había otra enfermera en jefe que quedara en su lugar. Se trataba de un trabajo que aunque les exigía la entrega de su tiempo completo, al igual que la labor de madre y esposa; el de la enfermería era recompensado con un salario, cierto prestigio profesional y social, así como con cierta independencia del seno familiar.

Entre las principales enfermeras en Jefe correspondiente a cada sala del Hospital Morelos se destacaron por su mayor permanencia las siguientes: Eugenia Mendez, Guadalupe Peñuñuri, Mahana Pacheco, Cayetana Mejia, Carmen Rangel, Bonifacia Conde, Ángela Rada, Natividad Muñoz, Lucina Leyva, Dolores Campa de Hernández, Juana Ascoitia, Ángela Montes de Oca, Teresa Hurtado, Mercedes Araujo, Josefa Alfaro, Guadalupe González, Dolores Torres, Carmen Guevara, Dolores Tapia, Joaquina Ortega, Manuela Mancilla, Maura Gracia, Cristina del Corral, Julia Hernández, Gerarda Quintanilla, María Lombo, Cruz Esparza y Laura García.⁴²⁶ Una enfermera mayor ganaba un sueldo de cinco pesos quincenales, mientras que una enfermera segunda sólo 2.5 pesos quincenales, con una notable diferencia del doble de sueldo, en tanto que las obligaciones y actividades de la enfermera mayor eran de dirección y organización del mismo personal del hospital. Para el cumplimiento de tantas actividades, las enfermeras en Jefe contaban con el apoyo de dos enfermeras menores, que a su vez se dividían en primeras y segundas.

Según el artículo 56 del reglamento del Hospital, las enfermeras menores primeras, también tenían que saber leer, pues debían acompañar a su respectivo médico y practicante, en las visitas, curaciones y operaciones; hacer el aseo de los instrumentos de uso diario y de los gabinetes en que se hacían las

⁴²⁶ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Morelos, Nómina de sueldos de empleados correspondiente a la primera quincena de abril, Exp. 4, Leg. 2, 1882. Nómina de sueldos de empleados correspondiente a marzo, octubre y noviembre, Exp. 6, leg.2, 1883. Nómina de sueldos de empleados correspondiente al mes de febrero, Exp.10, Leg. 2, 1885. Nómina de sueldos de empleados correspondiente julio, agosto y septiembre, exp. 17, Leg. 2, 1890. Nómina de sueldos de empleados de febrero a diciembre, exp.4, Leg. 3, 1894. Nómina de sueldos de empleados correspondiente a la primera quincena de junio, Exp. 14, Leg. 3, 1896. Nómina de sueldos de empleados correspondiente a la segunda quincena de enero, exp. 26, Leg. 3, 1898. Nómina de sueldos de empleados correspondiente a la primera quincena de diciembre, Exp. 20, Leg. 3, 1898.

curaciones. Además debían realizar las curaciones tópicas que no fueran del dominio del practicante; dar los baños de asiento y aplicar las inyecciones que ordenara el médico; ayudar a la repartición de los alimentos; mudar la ropa a las camas; llevar al botiquín inmediatamente después de la visita, el recetario y los trastes para las medicinas; cuidar del orden en la sala, especialmente en ausencia de la enfermera mayor, velar por las noches los días que le correspondía en su sección, dando a las enfermas la medicina que el médico prescribía, y cuidar en todas sus necesidades a las enfermas graves.⁴²⁷ Mientras que las enfermeras menores segundas se encargaban del aseo de la sala, de los baños, de los útiles para las medicinas y para los alimentos, y de su respectivo patio; debían ayudar a la enfermera primera en la repartición de los alimentos; hacer por turno la velada correspondiente; asear los catres y los burros destinados al servicio de sus departamentos, tener lista todos los días la mesa para el servicio de los alimentos. Debían presentarse siempre perfectamente bien aseadas y guardar la circunspección debida con las enfermas; no podían tener en el establecimiento a ninguno familiar; además de que sólo podían salir por turnos, una diariamente, menos los jueves y los domingos.⁴²⁸

A través de las actividades descritas en el reglamento, es fácil observar que las enfermeras menores eran consideradas parte del personal de servidumbre, cuyas labores se limitaban al cuidado de la higiene del hospital y de la persona enferma, bajo las órdenes de los médicos y la supervisión de las enfermeras en Jefe a quienes se les exigía mostrar como parte de los cánones de la labor asistencial una actitud de entrega y sacrificio a sus enfermos, junto a la total obediencia y subordinación a sus superiores. Lo anterior era comprensible en un periodo histórico en el que la enfermería no existía como parte de una labor científica, cuyas prácticas clínicas y valor profesional aún no estaban bien definidos. Sin embargo, una vez que la enfermería se profesionaliza, por las exigencias de la medicina

⁴²⁷ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Morelos. *Reglamento del hospital Morelos: 1893*, Exp. 34, Legajo 2.

⁴²⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Morelos. *Reglamento del hospital Morelos: 1893*, Exp. 34, Legajo. 2..

moderna de principios del siglo XX, muchos de estos elementos siguieron persistiendo hasta nuestros días. Toda mujer que aspiraba a ejercer como enfermera debía mostrar obediencia absoluta al médico, la altruista devoción de amor incondicional al prójimo, y la gentil pero firme disciplina para saber dirigir al demás personal que laboraba como servidumbre en el hospital.⁴²⁹ Detrás de este afán por seguir exigiendo a las enfermeras tales principios, lo que la clase médica buscó fue limitar sus aspiraciones, conocimientos y preparación, a prácticas y saberes que no traspasaran las de una auxiliar a las órdenes del médico en apoyo a actividades de limpieza y asistencia del enfermo. De este modo, dicha subordinación y poder ha logrado permanecer por parte de la clase médica a través del control del conocimiento.⁴³⁰

A pesar de que a lo largo de la historia han sido las mujeres las principales protagonistas del nacimiento y desarrollo de la labor asistencial de las personas enfermas, lo que a su vez las había dotado de todo un arsenal de experiencias, conocimientos y saberes propios, al contar con una serie de métodos y técnicas tradicionales para el cuidado y curación de los enfermos; la clase médica profesional, ante el poder que les otorgó la medicina científica y su asociación con el régimen,⁴³¹ lograron desprestigiar, deslegitimar y extinguir dichos conocimientos, para justificar la subordinación de estas mujeres en un campo de acción en el que ahora estos se presentaban como los únicos especialistas, a pesar de su falta de

⁴²⁹ Bárbara Ehrenreich y Deirdre English, *op. cit.*, 1973, p. 33.

⁴³⁰ Carmen Magallón Portolés, "Privilegio epistémico, verdad y relaciones de poder. Un debate sobre la epistemología del Feminist Standpoint", en M. J. Barral, C. Magallón, C. Miqueo, M. D. Sánchez (eds.), *Interacciones Ciencia y Género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria, 1999, p. 64.

⁴³¹ Durante el porfiriato, la población mexicana sufrió epidemias graves de viruela, sarampión, tosferina, escarlatina, peste, cólera e influenza; y endemias, como el paludismo que ejercía sus estragos en las regiones de clima tropical; la fiebre amarilla presente en las costas, sobre todo en las del golfo, pero en ocasiones también en las del Pacífico, y el tifo exantemático que afectaba al valle de México. Males que se vieron agravados por el hambre y el alcoholismo, también endémicos. Por lo anterior el gobierno de Porfirio Díaz se vio obligado consultar a los médicos más reconocidos para encontrar juntos la solución a los problemas de salubridad pública que cada día eran menos controlables. De este modo el médico como figura intelectual, jugó un papel fundamental en el desarrollo de la ciencia en general y de la médica en particular, pues el presidente Díaz buscó validar su régimen con las ideas científicas de una doctrina filosófica, a través de la cual se lograría modernizar al país. De este modo se logra la organización del gremio médico cuya opinión y actuación fue importante para definir estrategias de gobierno y poder. En torno al papel que jugaron los médicos en el ejercicio del poder durante el porfiriato, véase: Ana Cecilia Rodríguez de Romo, *op. cit.*, 2002, pp. 4-9.

experiencia asistencial en la práctica, pues sus conocimientos y habilidades se limitaban a lo aprendido a nivel teórico en la universidad.

La asistencia hospitalaria en manos de las enfermeras

Como ya se mencionó en los distintos Hospitales de la época de finales de siglo XIX y principios del XX⁴³², gran parte del personal encargado de la asistencia de los enfermos estaba conformado por mujeres conocidas con el nombre de enfermeras. A pesar de que dicha labor aún no adquiría el carácter de profesión científica, eran ellas a quienes se delegaba el cuidado de los enfermos en todas sus necesidades, físicas y espirituales. Dentro de sus actividades estaba desde leerles la biblia, hasta la observación de sus síntomas, evolución de su curación, así como alimentarlos y asearlos. Ejemplo de esta labor se pudo observar en el Hospital Juárez⁴³³ dedicado a atender heridos y accidentados, el cual para el año de 1880, contaba con quince salas las que eran atendidas por médicos, practicantes y enfermeras, estas últimas casi todas pertenecían al género femenino, las cuales se dividían a su vez en enfermeras primeras y segundas; las enfermeras primeras o en Jefe, al igual que en el Hospital Morelos, eran las responsables de vigilar su buen funcionamiento interno.

Para aquellas mujeres que aspiraban a laborar como enfermeras mayores del Hospital Juárez, como primer requisito debían ser propuestas por el director, saber leer, escribir y las cuatro reglas de aritmética, acreditar su buena conducta y aptitudes para el desempeño de su empleo, así como aceptar vivir en el hospital. Una vez obtenido el cargo, debían estar atentas a cualquier situación y necesidad

⁴³² *Hospital de San Andrés*, destinado al tratamiento de enfermedades agudas, médico-quirúrgicas y una sala dedicada a enfermedades sifilíticas de hombres; *Hospital Juárez*, al servicio de las cárceles, contaba con una sala para el cuidado de los leprosos; *Hospital Morelos* para mujeres sifilíticas; *Maternidad e Infancia*, para mujeres embarazadas; *Hospital de Infantes*, atendía las enfermedades de los niños y *San Hipólito y Divino Salvador*, para hombres y mujeres dementes respectivamente.

⁴³³ El Hospital Juárez fue fundado en agosto de 1847, como hospital de sangre para recibir a los heridos de las batallas de Padierna y Churubusco durante la guerra de intervención contra los Estados Unidos de Norteamérica. Veinticinco años después, el 19 de julio de 1872, el nosocomio cambió su nombre a Hospital Juárez como homenaje póstumo al presidente Benito Juárez. Véase: Rojas Enríquez Carlos, "El Hospital Juárez de San Pablo", en *Revista del Hospital Juárez de México*, México, Abril- Junio, vol. 75, núm. 2, pp. 81-82.

de las personas enfermas. Aún con esto, eran las encargadas de llamar al practicante de guardia quien debía comprobar la muerte; a pesar de ello, eran las enfermeras en jefe quienes debían dar parte inmediata y por escrito al Comisario del fallecimiento, por lo que debían estar atentas al llamado de éste a cualquier hora para fungir como testigo legal de la muerte del enfermo. Entre otras de sus obligaciones estaba la de asistir a los cursos de clínica para su instrucción que eran impartidos por el Profesor de clínica.⁴³⁴ El avance de la medicina moderna científica, a través de los descubrimientos de teorías como la de los gérmenes causales de la enfermedad,⁴³⁵ influyó tanto en la investigación como en la práctica clínica, pues el uso de instrumentos para la revisión de los pacientes como el termómetro y el pectoriloquo se hicieron indispensables en el momento de realizar las observaciones y obtener los datos clínicos de los enfermos,⁴³⁶ que junto a la importancia de la higiene y asepsia en los hospitales, exigían un personal de asistencia de enfermería más capacitado científicamente; de tal modo que ya no era suficiente sólo el conocimiento empírico con el que contaban estas mujeres. De ahí surgió la necesidad de que el personal de enfermería recibiera una preparación académica exclusiva para poder laborar en los distintos hospitales de la época.

Algunas de las enfermeras en jefe que laboraron en el Hospital Juárez fueron: Adela Fuljan, Juana Azcoitia, Concepción Garrido, Concepción Barquera, Angela Orgeisa, Lurina Calderón, Concepción Villalobos, Bibiana Lorenzana, Ysabel Sánchez, Antonia Vega, Soledad Luna, Guadalupe Agüero, Josefa Ortega, María Morales, Josefa Moreno, Soledad Villena, Juana Contreras, Mariana Ferriz, Virginia del Corral, Aurelia Sandoval, María Crapeli, Dolores Villanueva, Dolores Peralta, Ángela

⁴³⁴ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Juárez, *Reglamento del Hospital*, Exp. 4, Legajo 14.

⁴³⁵ La formulación de la teoría infecciosa de la enfermedad fue uno de los más importantes y trascendentales hallazgos científicos y conceptuales de la ciencia del siglo diecinueve, teoría que derivó de los trabajos emprendidos por Luis Pasteur, Roberto Koch y Joseph Lister, entre otros investigadores. En términos muy generales, esta teoría sostenía que diversos padecimientos eran causados por diferentes tipos de microorganismos que se encontraban en el aire y en el agua, y que los mismos no podían surgir espontáneamente, sino que siempre emergían de casos previos del mismo padecimiento. Véase: Claudia Agostoni, “Los infinitamente pequeños: debates y conflictos en torno a la bacteriología”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (eds.), *De Normas y transgresiones, enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, p. 168.

⁴³⁶ Oliva López Sánchez, *op. cit.*, 1998, pp. 36 y 37.

Pérez, Isabel Flores, Gudelia Flores, María Medina, Refugio Morales, Lucina Meza, Juana Macedo, Aurelia Belanzarren y María T. Medina.⁴³⁷ Es importante señalar que al revisar las nóminas de 1880 a 1885, me pude dar cuenta que el personal de enfermería estaba conformado una mitad de hombres y la otra mitad de mujeres, ello tal vez porque al dedicarse a atender personas heridas o que habían sufrido algún accidente, quienes en su mayoría eran hombres, puede explicar el por qué el número de enfermeros varones. No obstante, al pasar los años, a partir de 1890, el personal de enfermería fue cambiando casi en su totalidad por mujeres, ello como respuesta al proceso de construcción de una profesión que había adquirido una identidad claramente sexuada.

El Hospital del Divino Salvador, destinado a atender mujeres con trastornos mentales, también estaba conformado por un personal de enfermería femenino en su mayoría, dividido en enfermeras mayores y menores, cuyas obligaciones eran similares a las de los demás hospitales. Para desempeñar el cargo de enfermera mayor era necesario tener más de treinta años, saber leer y escribir, acreditar buena salud, “moralidad” y “buenas costumbres” a satisfacción del director del hospital. Eran las encargadas de todo el personal de servidumbre y en ausencia del máximo mando y del prefecto, era la absoluta responsable del buen orden y servicio del hospital, así como de la admisión de las enfermas nuevas que llegaran. Además de administrar los medicamentos, debían tomar la temperatura de las enfermas, llevar un cuaderno para anotar observaciones de las “enfermas enajenadas”, y aparte de las mujeres que padecían epilepsia.⁴³⁸ Para obtener el cargo de enfermera segunda, correspondiente al servicio particular del departamento de enajenados y epilépticos era necesario ser mayor de 25 años, también saber leer y escribir, así como acreditar salud, “moralidad” y “buenas costumbres” a satisfacción del director. Además éstas tenían bajo sus órdenes y para el cumplimiento de sus

⁴³⁷ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Juárez, Nómina de la primera quincena de enero, exp. 36, Leg. 6, 1893. Nómina de las dos quincenas de agosto, Exp. 6, Leg. 7, 1897. Nómina de la primera quincena de noviembre, Exp. 7, Leg. 7, 1879.

⁴³⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Divino Salvador, *Reglamento del Hospital*, Exp.22, Caja, 4, Capítulo 3.

obligaciones ocho celadoras, quienes las apoyaban en mayor medida en las labores de higiene. Las enfermeras encargadas del departamento de niñas, les debían enseñar lectura, escritura, aritmética y las “labores propias de su sexo”, por lo que el desempeño de su labor tenía que ser equiparable a la de una madre cariñosa,⁴³⁹ y a nivel de instrucción a la de una maestra de escuela.

A diferencia de otros hospitales, las enfermeras encargadas de su departamento debían de hacer personalmente la aplicación tópica de las medicinas, y de las internas con entera sujeción a las prescripciones del médico. También se encargaban de realizar las curaciones cáusticas, cedales⁴⁴⁰, así como algunas con pinzas que el médico consideraba que bajo su dirección podían desempeñar. Debía asistir a las autopsias, acompañada de una de sus celadoras, quienes debían cuidar que el cadáver quedara muy aseado, así como los instrumentos necesarios dispuestos.⁴⁴¹ En total existían por lo regular cinco enfermeras mayores, una en Jefe y veinticinco enfermeras menores, el personal denominado celadoras, quienes también se encargaban de asistir, atender y vigilar a las enfermas. En total sumaban alrededor de 21 personas, todas ellas por supuesto eran mujeres.

El hospital de San Andrés⁴⁴² estaba destinado al tratamiento de enfermedades agudas médico-quirúrgicas, y tenía a su vez anexa una sala dedicada a enfermedades sifilíticas en hombres. A inicio de la década de los años ochentas, de cinco departamentos, se ampliaron a diez, de los cuales cuatro

⁴³⁹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Divino Salvador, *Reglamento del Hospital*, Exp. 22, Caja, 4, Capítulo 2, Artículo 72.

⁴⁴⁰ Las curaciones cáusticas se refieren a la aplicación de medicamentos que curan una herida quemando los tejidos afectados para que cierren. La colocación de sedales consiste en la introducción de hilos de seda u otros materiales en el trayecto de la fístula (desde el orificio interno al externo) con el fin de controlar el drenaje y limpieza de la zona afectada, hasta el cierre de la herida.

⁴⁴¹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital del Divino Salvador, *Reglamento del Hospital*, Exp. 4, Leg. 13.

⁴⁴² En marzo de 1770, el comisionado José Basarte del antiguo Colegio de Jesuitas de San Andrés propuso al Virrey Marqués de Croix, que el edificio de dicho colegio se empleara como hospital general. De este modo se funda el Hospital General de San Andrés en 1774 por el Arzobispo de México Alonso Núñez de Haro y Peralta, pero sería hasta el año de 1779 ante la epidemia de viruela, cuando se habilitó el hospital para su funcionamiento en 1871. En el siglo XIX a pesar de la inestable condición económica y política del país, este hospital no se vio afectado de manera importante como la mayoría de los nosocomios de fundación colonial, los cuales fueron clausurados con la independencia. Véase: Xóchitl Martínez Barbosa, *El Hospital de San Andrés, un espacio para la enseñanza, la práctica y la investigación médicas, 1861-1904*, México, Siglo XXI, 2005, pp. 28-29.

estaban destinados a la atención de mujeres; de entre ellos uno era exclusivo para cirugía. Estos cuatro departamentos eran atendidos por personal de enfermería femenino y en cada sala se contaba con una enfermera mayor y dos menores. El resto de las salas incluida la de sífilis era atendida por personal masculino, tal vez porque estaba destinado a la atención de hombres.⁴⁴³

Desde 1850 fueron las Hermanas de la Caridad quienes tomaron a su cargo el Hospital de San Andrés, y sin importar el sexo, veinte de ellas fueron quienes se encargaron de la atención de 200 camas y del total funcionamiento del hospital por más de 20 años. Una vez que se da la secularización de los hospitales, las instituciones benéficas pasan a manos del Ayuntamiento, quien ordenó en 1864 una visita al hospital para informar acerca de su situación al emperador Maximiliano. En ella se encontraron varias irregularidades, se mostraba un hospital caótico que subsistía sólo gracias a las Hermanas de la Caridad, pues los médicos encargados de cuidar a los enfermos, ni siquiera se presentaban a laborar, de modo que las revisiones recaían en los practicantes, quienes realizaban una sola visita por la mañana y no regresaban hasta el día siguiente. Esta situación de abandono perduraría hasta bien entrado el siglo XX, pues ya no se disponía de las Hermanas de la Caridad que prodigaran atención cristiana y gratuita a sus enfermos, ni de otro tipo de personal asistencial acorde con las exigencias que la medicina moderna requería. Por otra parte las parteras, una vez que obtuvieron un título profesional como obstetras y cierto nivel jerárquico laboral, ya no se encontraban entre sus actividades, cuidar, limpiar y alimentar a las personas enfermas.

La profesionalización de la enfermería

Tanto el Estado como la comunidad médica estaban conscientes de la urgente necesidad de modificar y modernizar el sistema médico-asistencial, para que respondiera a las exigencias del progreso científico médico de la época, y así pudiera contribuir al desarrollo de la salud pública mexicana.

Lo anterior requería un personal capacitado, con instrucción suficiente, dedicación y “honorabilidad” como características indispensables para laborar dentro de los hospitales.⁴⁴⁴ Esto demandaba modificar la estructura de la asistencia médica y clínica en tres ámbitos: el educativo, el ideológico y administrativo, a pesar de que algunas de estas transformaciones ya se venían dando como parte de la secularización de los hospitales, los cuales buscaban dejar atrás su carácter de refugio de las personas en situación de pobreza y desvalidos, para convertirse en verdaderos centros de investigación y enseñanza. Pero muy lejos de estos ideales se encontraba la situación real de los hospitales de la Ciudad de México, a pesar de que el Consejo Consultivo de la Beneficencia Pública había aprobado la realización de modificaciones y reparaciones de los hospitales Juárez, Morelos y Maternidad e Infancia, ahora se requería la formulación de un proyecto concreto para construir un nuevo espacio en el que se plasmaran todas aquellas reformas.

Fue entonces cuando el doctor Liceaga, durante el Consejo Superior de Salubridad en julio de 1885, y al haber visitado varios hospitales de París, Londres, Roma, Bruselas, Berlín y Viena, comenzó a mover todas sus influencias y a conseguir fondos para echar a andar el proyecto de un hospital general, que aunado a su estrecha relación con el presidente Porfirio Díaz, el 1 de abril de 1897, se anunciaba el inicio formal de las obras.⁴⁴⁵ Para su construcción se considerarían las características concretas que debía reunir un hospital moderno y modelo para entonces. Su construcción seguiría un esquema de pabellones independientes, en contraparte al diseño de grandes caserones en un solo bloque; asimismo, debía ser incombustible, construido de ladrillo y fierro, ideado para tener una ventilación adecuada y dar facilidades de aseo y desinfección.⁴⁴⁶

En virtud de que en México aún se carecía de enfermeras con preparación idónea, los médicos tomaron la estrategia de capacitar al personal de enfermería. Con ese fin contrataron enfermeras

⁴⁴⁴ Xóchitl Martínez Barbosa, *op. cit.*, 2005, p. 44.

⁴⁴⁵ Carlos Viesca Treviño, “La materialización de un sueño”, en Martha Díaz de Kury y Carlos Viesca Treviño (coord.), *Historia del Hospital General de México*, México, Hospital General de México, p. 52.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 47-48.

norteamericanas recibidas y que hablaran español. De este modo, por acuerdo del presidente Porfirio Díaz en el año de 1898 se establecería la “Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros” en el Hospital de Maternidad e Infancia, donde fungía como director el Dr. Eduardo Liceaga,⁴⁴⁷ Esa escuela sería auspiciada por la Secretaría de Gobernación con la idea de preparar a aquellas enfermeras que laborarían posteriormente en el Hospital General. La primera convocatoria para ingresar a la “Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeras” se dio a conocer en 1898, dirigida tanto a hombres como a mujeres que tuvieran “cultura social”, revelada por sus sentimientos humanitarios, su trato afable con los enfermos, hábitos de limpieza personal e instrucciones especiales que se daban a los empleados en los grandes hospitales modernos. Además, los aspirantes debían reunir las siguientes condiciones: acreditar la instrucción primaria, para el caso de las alumnas que deseaban inscribirse, una buena recomendación era el haber cursado estudios en la Escuela Normal o tener estudios de obstetricia. Para las personas del sexo masculino se les validaban como recomendación algunos cursos en la Escuela Preparatoria o haber desempeñado un empleo en las Oficinas Públicas a satisfacción de sus superiores. Se daba preferencia al personal de enfermería de ambos sexos que laboraban en los hospitales de la ciudad, quienes podían estar inscritos como alumnos con el debido certificado del Director del Hospital en que laboraban, quien debía acreditar su dedicación al trabajo, su manera afable para tratar a los enfermos y sus hábitos de aseo individual. Todo el alumnado debía entregar un certificado de “buenas costumbres”. Las lecciones se darían todos los días de 3:00 a 6:00 de la tarde, exceptuando sábados y domingos, en el anfiteatro y las salas del Hospital de Maternidad.⁴⁴⁸

A pesar de que la convocatoria estaba dirigida a aspirantes de ambos sexos, la documentación oficial emitida por la Escuela Teórico-Práctica, siempre hacía referencia en femenino a las

⁴⁴⁷ Sara Torres Barrera, Elvia Zambrano Lizárraga, “Breve historia de la educación de la enfermería en México”, en *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, núm. 18, vol. 2, 2010, p. 106.

⁴⁴⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Hospital de San Andrés, Escuela Teórico-práctico de enfermeras, *Convocatoria para ingresar a la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeras, que prestará sus servicios en el Hospital General*, Caja 1, Exp. 34, 1898.

“enfermeras” o a las “alumnas”. Y es que según la lista emitida a la Secretaría de Gobernación fueron cuarenta y cuatro alumnas las que se inscribieron, sólo un hombre. Sus nombres son los siguientes: Agustina Acevedo, María de Jesús Acosta, Ángela Anaya, María Bazan, Dolores Balderas, Sara Delgado, Simona Cruz, Concepción García Luna, Guadalupe Gómez, Juana Gómez, María Guerrero, Eduviges Hernández, Rosa Hernández, Virginia Hernández, Vicenta Islas, Leonor Monterde, Guadalupe Ortega, Eufrasia Raso, Manuela Ruiz, Concepción Ramos, Trinidad Rivera, Ana Sandoval, Francisca Tapia, Felix Tejeda, Refugio Torres, Angela Trujillo, Refugio Tinoco, Guadalupe Zarraga, Asunción Walker, María Franchetti, Dolores Díaz, Soledad Ramírez, Emilia Chávez, Carmen Pujol, Soledad Tejeda, Ester Camargo, Elisea Jauregui, Victoria Rivera, Francisca Estrella, Delfina Ruiz, Margarita Macías, Petra Ondarza, Delfina Arcila, Josefina Sandoval.⁴⁴⁹ Esto muestra que desde sus orígenes la carrera de enfermería se iba perfilando como una profesión eminentemente femenina.

Los primeros profesores de esta escuela fueron el señor Alfredo Cooper y la señora Lillie Cooper, ambos egresados de la escuela Médico y Quirúrgica de entrenamiento para enfermeros en Beattle Creek, Michigan. En su enseñanza se incluyeron materias como higiene doméstica, cuidados de los enfermos en todas las ramas de la enfermería general, quirúrgica y obstetricia. Esta última materia era exclusiva para las mujeres. A pesar de los esfuerzos realizados por el doctor Liceaga, por los profesores, y por demás involucrados para tratar de organizar la escuela, el proyecto fracasó. Esta situación llevó a la contratación de otras dos enfermeras norteamericanas para ocupar los puestos de docentes en el año de 1900; la primera fue la profesora Rose Crowder, egresada de la escuela de enfermeras del Hospital del este de Illinois, donde había sido preparada en administración general, asepsia quirúrgica, obstetricia, medicina, enemas, baños, masajes y cirugía.

⁴⁴⁹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Hospital de San Andrés, Escuela Teórico-práctico de enfermeras, *Lista de las alumnas de la Escuela, enviada a la Secretaria de Gobernación*, Caja 1, Exp.33, 1898.

A su inmediata llegada presentó su proyecto de lecciones para enfermeras al doctor Eduardo Liceaga, el cual es transcrito ante la importancia de su contenido:

Mi primera lección tendrá por objeto imprimir en el ánimo de las enfermeras la necesidad de una limpieza minuciosa en todas las cosas que pertenezcan á la profesión, combinado con el orden y el método, además el arreglo perfecto de todas las cosas y su limpieza, así como lo conveniente de que las enfermeras usen un uniforme especial [...].

Su primer trabajo consistirá en hacer las camas convenientemente, haciéndolas apreciar las ventajas que se obtiene con técnicas especiales para los diferentes casos y enfermedades. Vendrá después la importancia de observar los síntomas que presentan los enfermos y la forma de hacerlo, deteniéndome especialmente en la manera de tomar el pulso, la temperatura y la respiración, y cómo hacer su registro convenientemente. Enseguida la manera de vestir á los enfermos para estar en la cama, cuando y como cambiarlos de ropa con la mayor comodidad posible [...]. La manera de dar los baños, sus diferencias según los casos de enfermedad y los efectos de las diferentes temperaturas del agua.

En seguida estudiaremos la dietética y la manera de hacer y dar los alimentos especialmente los líquidos. La forma en la que deben prepararse y aplicarse las lavativas desde las de agua simple hasta las alimenticias, comenzado con los purgante, [...]. Con estos conocimientos las discípulas estarán ya en aptitud de administrar medicinas por la boca primero, enseguida por la vía hipodérmica y por ultimo al exterior, vigilando sus efectos.⁴⁵⁰

La profesora Rose Crowder expone de manera muy clara los principios que caracterizarán la etapa de profesionalización de la enfermería, la cual es entendida como una disciplina específica con un cuerpo de conocimientos propios; así como una serie de técnicas curativas, basadas en una rigurosa metodología racional, lógica y científica. Se comienzan a delimitar las funciones de la profesión, en las que se incluirán la medición de signos vitales, la administración de fármacos, y la observación de los síntomas que presentan los enfermos, que las lleva a tener que involucrarse con la formulación del diagnóstico. Se trabajará con un método de trabajo propio de la actividad profesional, y todo un

⁴⁵⁰ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Salubridad Pública, Sección: Establecimientos dependientes, Serie: Escuela de Enfermeras del Hospital General, Exp. 8, caja 1.

lenguaje científico que habla de la enseñanza de una serie de conocimientos rigurosos y sistemáticos. Ejercer como enfermera significaba poseer una instrucción y una formación, cuyas actitudes, aptitudes y técnicas asistenciales se enmarcaban en una estricta disciplina, orden, e higiene:

Les enseñaré después á preparar soluciones antisépticas y sus empleos; la esterilización, su valor, y la manera de obtenerla por medio del calor y los antisépticos. La factura de aparatos quirúrgicos y el modo de hacer y conservar todo lo que pertenece a la cirugía aséptica. La cirugía menor y las curaciones en general, y el cuidado de las heridas tanto limpias como infectadas. Obteniendo así un conocimiento parcial de la cirugía, comenzaré a enseñarles la conducta de la enfermera en la sala de operaciones y los cuidados especiales que deben tomarse con los enfermos abdominales ó de cirugía craneana, para ejercer con perfección su profesión. Terminaré el curso con todo lo que se refiere á la obstetricia pues para su práctica es necesario conocer antes el trabajo de la cirugía y poseer además, bastante experiencia y cuidado.

Hay algunos puntos importantes que procuraré inculcar desde el primer día de enseñanza [...] á saber: la asepsia, la bondad, y cortesía hacia todo el mundo, el buen humor y la buena voluntad, y por último, tanto en el aprendizaje como en la práctica, la importancia de seguir cuidadosamente las prescripciones del médico y sus ordenes, recordando siempre que la enfermera no es ni puede ser médico.⁴⁵¹

Era evidente que la labor de enfermera ya no se limitaría al orden y limpieza de los enfermos y del hospital, sino que su preparación le permitiría administrar medicamentos vía oral e hipodérmicos, así como su participación como ayudante en cirugías menores en la sala de operaciones. Parte importante del programa académico era la formación del carácter que debían tener las novicias, caracterizado por una permanente bondad y cortesía hacia todo el mundo, el buen humor y la buena voluntad, así como tener siempre presente el lugar jerárquico que ocupaban frente al médico, debían seguir cuidadosamente las prescripciones y ordenes de éste, haciendo hincapié que la enfermera *no es ni puede ser médico*. El origen que tuvo la figura de la enfermera “moderna” es producto de la influencia

⁴⁵¹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Salubridad Pública, Sección: Establecimientos dependientes, Serie: Escuela de Enfermeras del Hospital General, Exp. 8, caja 1.

de Florence Nightingale –reformadora de la enfermería británica- y sus discípulas directas, quienes marcaron la nueva profesión con los prejuicios de su propia época, como parte de una sociedad victoriana caracterizada por la opresión de las mujeres y por una clase aristócrata que veía en el cuidado de los enfermos una noble labor “natural” y aceptable para las mujeres de su clase.⁴⁵²

La “enfermera Nightingale”. Una profesión para “el bello sexo”

La “enfermera Nightingale”, era simplemente la “mujer ideal” trasplantada del hogar al hospital y libre de obligaciones reproductoras.⁴⁵³ De ahí que entre las principales líneas de educación que se exigían para ejercer dicha profesión, se concentrarán más en el carácter y aspecto físico, que en las habilidades adquiridas en la escuela. Tales exigencias fueron las mismas para el caso mexicano. Al revisar las solicitudes de las aspirantes a ingresar a la Escuela de Enfermeras, se puede constatar que para poder entrar tenían que cumplir una serie de requisitos no sólo académicos y de aptitudes en torno a la asistencia de las personas enfermas, sino también una serie de cualidades físicas como las de ser mujeres jóvenes de no más de 30 años, solteras y atractivas. Cabe resaltar que en la solicitud se apuntaba estatura y peso de la aspirante. La mayoría de ellas medían más de metro y medio, y su peso no rebasaba los 59 kilogramos. Dichas cualidades debían ser cumplidas no sólo por las alumnas, sino también por parte de las maestras traídas de Estados Unidos como lo deja ver en la siguiente conversación vía correspondencia entre el doctor Miguel Márquez, quien laboraba en el Hospital Porfirio Díaz, al recomendar al doctor Liceaga a la enfermera Rosa Crowder como directora de la Escuela Teórico práctica de enfermeras:

Se recomienda una enfermera titulada (del paso Texas) que habla perfectamente el español, interesada en ir a México, y que por añadidura es muy guapa [...].

⁴⁵² Bárbara Ehrenreich y Deirdre English, *op. cit.*, 1973, p. 32.

⁴⁵³ *Ibidem.*

Exigió pago de 50.00 en oro. Y gastos de viaje.

A lo que respondió el doctor Liceaga:

Ya se me presentó a la enfermera venida de E.U. es muy agradable, bien educada y parece que está dispuesta á trabajar. Sin embargo de lo anterior referente á las cualidades de la mencionada señorita, espero noticias que Ud. Ha de recibir sobre otras enfermeras, pues siempre es bueno tener de donde escoger [...].⁴⁵⁴

Además de exigir que las aspirantes fueran jóvenes, solteras y atractivas⁴⁵⁵, pues la hoja de solicitud apuntaba sus medidas, así como su peso y estado civil, también debían tener un carácter sumiso, dulce y amable, ya que se trataba de una profesión que exigía el cumplimiento de ciertos estereotipos de género que llevarían a la feminización de la enfermería. Las mujeres dedicadas a esta labor a pesar de que lograron trabajar fuera del hogar, ingresar a la universidad para estudiar, compartir espacios laborales con hombres y hasta renunciar a la vida familiar tradicional; debían conservar en su carácter el “ideal de mujer sumisa y madre virtuosa”, cuyos cánones de comportamiento debían regular no sólo su vida personal, sino también su vida social y laboral. Lo anterior facilitaría que la clase médica conformada por hombres lograra legitimar su jerarquía y superioridad sobre ellas, así como su

⁴⁵⁴ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Hospital de San Andrés, Escuela Teórico-práctico de enfermeras, *Correspondencia de Rosa Warden sobre su llegada a México, su aceptación como directora de la Escuela Teórico-práctica de enfermeras por renuncia de Ros Crowder, comprobantes de sueldo, instrucciones del funcionamiento de la escuela, petición de renuncia y aceptación de la misma*, 1902-1904, Exp. 32, caja 1, f. 17.

⁴⁵⁵ Ángela Montes de 20 años de edad, originaria de la ciudad de México, mide un metro cuarenta y nueve centímetros, pesa cincuenta y un kilos, es soltera, Archivo Histórico de la Secretaria de Salud, Hospital de San Andrés, Escuela Teórico-práctico de enfermeras, *Solicitud de Ángela Montes*, exp. 21, caja.1. Luz Morales de veinte años con seis meses de edad, nacida en la ciudad de México, mide un metro con cincuenta centímetros, soltera, depende de su madre, no tiene hijos. *Solicitud de Luz Morales para ingresar en la Escuela Teórico-Práctico de enfermeras*, Exp. 22, caja 1. Eugenia Rubio de 31 años de edad, nacida en la ciudad de México, soltera, con un hijo de 10 años que se encuentra a cargo de su hermana, quien depende económicamente de ella. *Solicitud de Eugenia Rubio*, Exp. 26, caja 1. Eloísa Uribe de 20 años de edad, originaria de Huchapan, mide un metro con cincuenta y nueve centímetros, peso de cincuenta y cinco kilos, depende de Adriana Uribe y Maria Badillo, estudió en la Escuela Nacional Elemental. *Solicitud de Eloísa Uribe*, Exp.30, caja.1.

restricción a otras carreras profesionales como la medicina, la ingeniería, la jurisprudencia, etc., carreras que habían sido consideradas exclusivas del género masculino.⁴⁵⁶

Las cartas de recomendación que éstas anexaban a su solicitud debían resaltar una serie de cualidades femeninas. En el caso de Estéfana Mireles se observa esto. De 18 años de edad, originaria de Querétaro, soltera, con respaldo económico, dependiente de la señora Rosario Mireles, además de haber presentado certificado de estudios de primaria y carta de buena fe, se señalaba que “era una mujer trabajadora y callada”: *creo que con sus cualidades, agregadas a su regular instrucción, puede ser útil a esta institución*. Su segunda carta de recomendación firmada por una de sus maestras la señora Herminia Márquez describía a Estéfana Mireles de la siguiente manera: *como alumna fue obediente [...], y dócil, jamás le hice reprimir, le considero como uno de los modelos de la clase respecto a su conducta. Fue cumplida en todas sus obligaciones*. Dichas recomendaciones que exaltan su obediencia y sumisión permitieron que Estéfana Mireles fuera aceptada como alumna supernumeraria en octubre de 1904,⁴⁵⁷ sin la necesidad de cuestionar o ahondar en torno a sus capacidades intelectuales o aptitudes de asistencia a enfermos, en tanto que la carrera no requería aptitudes intelectuales, pero sí, actitudes femeninas.

El hecho de que algunas mujeres comenzaran a ejercer como enfermeras, parteras o cualquier otra profesión permitida a las mujeres de finales de siglo XIX y principios del XX, no indicaba que éstas debían de olvidar o dejar de lado el cumplimiento de su “deber ser” como parte de “el bello sexo”, esto es, de seguir encarnando aquellos estereotipos de mujer recatada con modales mesurados, callada, obediente, pulcra física y “moralmente”. Todas estas exigencias, como apunta Carmen Ramos, correspondían a una época y una forma de vida que se ubica en el México de fin de siglo, caracterizada

⁴⁵⁶ Gabriela Cano, “Género y construcción cultural de las profesiones en el porfiriato: magisterio, medicina, jurisprudencia y odontología, en *Historia y Grafía*, número 14, México, Universidad Iberoamericana, 2000, p. 209.

⁴⁵⁷ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Hospital de San Andrés, Escuela Teórico-práctico de enfermeras, *Solicitud de Estéfana Mireles para ingresar en la Escuela Teórico-Práctico de enfermeras*, Exp. 18, caja 1.

por una fuerte tradición religiosa.⁴⁵⁸ Pero tales elementos normativos de conducta, ahora chocaban con la serie de transformaciones económicas, políticas y sociales que vivía el país, y que también vendrían a transformar la vida de las mujeres pertenecientes a la clase media principalmente, cuyas exigencias y prioridades de vida, colocaba esas normas como ideales cada vez más difíciles de cumplir. Por otra parte, la lucha de las mujeres ya era aclamada por grupos de hombres y mujeres pertenecientes a una mentalidad liberal, que escandalizaba a una mayoría conservadora, lo que desembocaría en una serie de conflictos y en una evidente lucha de poder entre aquellos hombres educados a la usanza antigua y aquellas mujeres que luchaban por su superación y valoración personal y de género.

Tal fue el caso de la profesora Rose Warden, la segunda directora de la Escuela Teórico-Práctica de Enfermeras, quien junto con el doctor Liceága, establecieron el plan de trabajo y reglamento que orientó la preparación de las estudiantes en el cuidado de los enfermos, la manera de informar a los médicos y de administrar los pabellones, así como la ampliación de las prácticas en el Hospital de Maternidad e Infancia, pues las alumnas asistían al Hospital de San Andrés tres días a la semana por la tarde para recibir clases teóricas y prácticas impartidas por la misma señorita Warden. Todo ese trabajo se había hecho a través de una labor conjunta entre el doctor Liceága y la profesora Warden, la cual desembocaría en una lucha entre ambos personajes, pues la señorita Warden en su labor de directora de la escuela, traspasó los límites de poder y autoridad que su condición de enfermera y de mujer le negaban. Esa insubordinación sería razón suficiente para ser despedida de su puesto como profesora en el año de 1904, según lo señaló el doctor Liceága:

Apreciable señorita:

⁴⁵⁸ Carmen Ramos Escandón, “Señoritas Porfirianas: Mujer e ideología en el México progresista, 1880-1910”, en Carmen Ramos Escandón (coord.) *Presencia y transparencia. La mujer en la historia de México*, México, El Colegio de México, 2ª edición, 2006, p. 145.

La señorita Rosa Crowder que se encargó de la enseñanza de las alumnas inauguró la Escuela [...]. Más la señorita Crowder tuvo ciertas exigencias que no pudieron ser aceptadas y se separó.

[...] Cuando la vi [a usted] tan sana, tan entusiasta por la enseñanza, [...] creí que se habían acabado para mí todas las dificultades. Manifesté á usted, desde el primer día, que no era una escuela en forma la que teníamos en México; que esta escuela se formaría realmente cuando estuviera concluido el Hospital General, que mi intención era solamente preparar un cierto número de jóvenes que pudieran completar su educación más tarde, pero que estuvieran capaces de atender a los enfermos, de dar á los médicos las reseñas que necesitaran, de hacer la administración de los pabellones, [...]. Para lograr estos objetos, era preciso en primer lugar, que completarán su educación social [...]. Proporcioné al hospital todo el material que usted aconsejó: algodón, lienzos para hacer vendas y compresas, sustancias desinfectantes, estufas para hacer la esterilización y cuanto usted creyó que se necesitaba para la enseñanza. Quizo usted que las alumnas estuvieran uniformadas y dispuse lo necesario, las alumnas se uniformaron. Las reglas a que las alumnas debían sujetarse me fueron sugeridas por usted y las modifiqué cuantas veces usted creyó conveniente. Siempre que le pareció a usted útil se les introdujeron cambios en las horas en que las alumnas debían asistir al hospital, en su relación con los médicos. etc.

Quizo usted que se hiciera un “reglamento” en forma y se diera nueva organización al servicio y apoyando su idea hice un “proyecto de reglamento” que sometí al estudio de usted, y los discutimos juntos [...].

Cuando creí ya logrados los deseos de usted, recibí con sorpresa orden del Ministerio para que la “Escuela de Enfermeras” pasara al Hospital de San Andrés”. Esta resolución había sido sugerida por usted, porque le parecía campo muy estrecho el de la “sala de niños” para hacer la enseñanza con la amplitud que usted se había propuesto [...] me extraño mucho la conducta que usted había seguido dirigiéndose al Ministerio sin consultarme la innovación que pretendía usted hacer. En aquel momento debí haber dado a usted las gracias por sus servicios [...] [ante su] insubordinación, ya no prestaba usted garantías para obligar a las alumnas que tuvieran esta subordinación, pero considerando que simplemente habría usted obrado con ligereza y sin pensar, sugiriendo un plan diferente del que yo había propuesto oficialmente, y sobre todo, teniendo en consideración las indicaciones del Señor Director de la Beneficencia Pública que está animado de los mejores deseos para el progreso de la Escuela y que creyó que dándole mayor amplitud a mí proyecto, [su propuesta] lo hacía más útil para la enseñanza, [por ello] desistí de mi propósito [...]. Aceptando por mí el nuevo plan, fui con usted al Hospital de San Andrés y juntos elegimos las salas que se habían de destinar á la enseñanza de las enfermeras. Cundo usted, estuvo conforme con ello, lo propuse oficialmente al Ministro de Gobernación.

Dos días después cambió usted de idea y quiso que le dejaran todo el Hospital y que se quitara al Sr. Dr. Domínguez, de Director del Establecimiento. A fuerza de razonamientos y de persuasión convencí a usted de que era enorme la carga que se iba a echar encima y consentí en que se le agregaran las salas de Cirujía Mayor y la de medicina que está bajo la dirección del Sr. Dr. Bandera.

[...] le pareció a usted conveniente adquirir para mejorar la enseñanza de las alumnas; se les hizo comedor y dormitorios especiales [...] Como usted recordara he atendido cuantas indicaciones me ha hecho, he procurado evitarle todo género de dificultades, con el objeto de que no pudiera usted culpar el poco éxito que se obtenía en la enseñanza y disciplina de las alumnas á que no se atendían las indicaciones de usted.

Por desgracia los resultados no han correspondido á los esfuerzos que he hecho por complacer a usted. El “Reglamento no se ha seguido nunca; las lecciones no se dan con regularidad; la disciplina no se ha conseguido, pues las quejas que incesantemente me dan de usted, bien de palabra ó por escrito, me ha convencido de que no sabe usted hacerse obedecer [...].

Como el Hospital General se tiene que abrir próximamente, como no he logrado que ponga usted orden [...], me veo en la penosísimas necesidad de cambiar de Profesora para las alumnas [...].

Más como no quiero que parezca que esta decisión es tomada por mí, suplico á usted que ponga su renuncia presentando algún motivo por el que no puede continuar al frente de la Escuela, pues no quiero que su reputación sufra en público, [...] Espero que comprenda usted todo el sacrificio que me cuesta a usted pedirle su renuncia, pues no puedo dudar de que le he estimado y querido como usted lo merece, pero que delante del imperioso deber que me he impuesto de tener enfermeras aptas en todos sentidos, para el cargo que les voy a confiar, no tengo otro camino que seguir, que en el que acabo de indicar [...] ⁴⁵⁹ .

Tal redacción de los hechos nos deja ver que la profesora Warden era una mujer de un carácter con iniciativa, dirección y disposición, quien traía un plan de trabajo claro y específico, lo que le llevó a exigir al doctor Liceága el material necesario para la ejecución de su programa docente: desde la exigencia del uso de uniforme en las alumnas hasta la organización de los mejores horarios de clase y la necesidad de implementar un reglamento. En un principio tales disposiciones sirvieron para hacer las reformas correspondientes que la Escuela de Enfermeras necesitaba, por lo que

⁴⁵⁹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Hospital de San Andrés, Escuela Teórico Práctico de enfermeras, Correspondencia de Rosa Warden sobre su llegada a México, su aceptación como directora de la Escuela Teórico-Práctica de Enfermeras por renuncia de Rosa Crowder, comprobantes de sueldo, instrucción del funcionamiento de la escuela, petición de renuncia y aceptación de la misma. Exp. 32, Caja 1, f: 67-71.

fueron aceptadas sin mayor cuestionamiento por el doctor Liceága; pero una vez que la profesora Warden comenzó a mostrar una actitud de resistencia a la dominación masculina al pasar por alto la autoridad del director y dirigirse directamente al Ministerio de Gobernación y aunado a su requerimiento de hacerse cargo ella misma del Hospital; eran conductas que cuestionaban la relación de poder y superioridad existentes entre los médicos frente a las enfermeras. Lo anterior desató un enfrentamiento por el poder entre ambos. Como respuesta a la petición de la profesora Warden, de dirigir ella misma el Hospital, el doctor Liceága argumentó que ello era imposible de cumplir, en tanto que se trataba de una dura y difícil responsabilidad que no sería capaz de enfrentar, ante su “condición inferior profesional y de género”. Le dejó sólo a cargo las salas de cirugía mayor y la de medicina.

La señorita Warden, no sólo estaba cuestionando las relaciones de poder en las instituciones, en este caso las médicas y hospitalarias, sino también la relación entre los individuos, esto es, la relación diaria entre los hombres y las mujeres con quienes compartía espacios de trabajo. Lo anterior es resultado de una sociedad patriarcal no acostumbrada a tratar con una mujer cuyo carácter y liderazgo la llevaron a ser calificada como una persona “incapaz y conflictiva”. Con base en tales argumentos, el doctor Liceága logró justificar la exigencia de su renuncia, aludiendo a que desde su llegada no había logrado poner orden dentro de la Escuela.

Del mismo modo, al revisar las causas que llevaron a la renuncia de la primera profesora de la Escuela, la profesora Crowder, ella misma señaló que la decisión de su renuncia era inquebrantable, pues además de no habersele proporcionado las condiciones de vivienda y comida que había pedido, otra de las razones era que no se avenía con algunos de los médicos del Hospital de Maternidad. En el año de 1902 la señorita Crowder presentó su proyecto de separarse de la Escuela de Enfermeras para regresar a los Estados Unidos⁴⁶⁰. La poca permanencia de estas mujeres como directoras de la Escuela de Enfermeras fue el resultado de una sociedad médica machista y

⁴⁶⁰ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Salubridad Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Escuela de Enfermeras del Hospital General, Exp. 8, Caja 1.

andocéntrica poco acostumbrada a lidiar con la participación activa de mujeres en un mismo espacio de trabajo, quienes al buscar participar en la resolución de problemas, en la organización y gestión de determinadas acciones, las llevó a perder su puesto. A diferencia de la situación que vivió la enfermera Warden, no se encuentra más documentación que amplíe cómo fue la relación de Crowder con el doctor Liceága o con los demás médicos; pero el solo hecho de señalar que no se quedaba ante la mala relación que lleva con los médicos del hospital, nos permite aseverar que también se enfrentó a una lucha por el poder con otros médicos del hospital.

El proceso de profesionalización y organización de la enfermería hospitalaria en México no sería nada fácil ante la falta de un personal capacitado para su enseñanza. Las alumnas recibieron sus cursos primero en el Hospital de Maternidad y luego en el de San Andrés, y de éste último en el año 1903 se lograron graduar sólo trece profesionistas, cuyo título les permitió ser nombradas enfermeras primeras y segundas del Hospital General, donde terminarían su formación cuando la escuela estuviera ya establecida en el año de 1907. Aún en el Hospital General la carrera de enfermería siguió perfilándose como una profesión eminentemente femenina, basada en una “natural” división sexual del trabajo”. De ahí que para ingresar a ella se pusiera más énfasis en la “formación moral”, que en las capacidades técnicas y profesionales de éstas, exigiéndoles un modelo bien definido de mujer; pues además de probar su instrucción primaria, honradez, carácter dócil, y respaldo económico, ahora se les exigía tener buena salud, vista, oído, y no tener ningún defecto físico, así como juventud y soltería, pues las obligaciones a las que se comprometían una vez terminados sus estudios incluían además de un trabajo arduo, tener que laborar de manera gratuita por un año dentro del Hospital como pago por sus estudios.

A pesar de la preparación académica que recibían las enfermeras durante los tres años: primer año Anatomía y Fisiología y un curso de curaciones; en su segundo año elementos de higiene y un curso de curaciones y masaje; y en el tercer año, cuidados que deben darse a las mujeres a punto de parir, a los niños, y a las personas con trastornos mentales, así como un curso de pequeña Farmacia⁴⁶¹ que les acreditaba como enfermeras tituladas y las colocaba en un lugar privilegiado y preferente en los puestos que dependían de la Beneficencia Pública. Su lugar como simples auxiliares del médico, y ejecutantes de las prescripciones médicas e higiénicas, siempre se manifestó de manera clara y contundente, tal y como lo especifica el discurso inaugural de la Escuela, emitido por el señor y médico Fernando López, director del Hospital General:

[...] la inauguración de la Escuela de Enfermeras del Hospital General; este acontecimiento es de gran significación por las ventajas que dicha escuela va á proporcionar, tanto para la buena asistencia de los enfermos, como para el porvenir mismo de la mujer mexicana que en esta nueva profesión puede encontrar ampliamente los medios de subsistencia.

La importancia del papel de la enfermera es indiscutible; vamos ahora ha considerarla bajo tres puntos de vista. Como ayuda del médico para poner en práctica con toda exactitud y energía, sus prescripciones médicas e higiénicas. El médico después de estudiar al paciente que se ha confiado á sus cuidados, y formarse un juicio de su enfermedad, desarrolla todo un plan de combate, cuya ejecución tiene necesariamente que confiar á otras personas [.. .]. Antiguamente, que no se conocía la higiene y la medicina era puramente empírica, bastaba para ayudar al médico hasta una simple sirviente, que no eran otra cosa que las antiguas afanadoras de los hospitales; pero actualmente para llenar las exigencias de la medicina y de la higiene, en el grado de adelanto que han alcanzado, se necesita que la enfermera posea gran delicadeza de sentimientos y una educación moral y científica que la haga digna de su alta misión.

[...] Es tan útil y necesaria la ayuda de una enfermera inteligente, educada e instruida; como peligrosa y aún pernicioso cuando carece de estas cualidades indispensables [...]. Además del

⁴⁶¹ *La Escuela de Medicina*, tomo, XXII, núm. 4, febrero 28, 1907, p. 96.

inmenso bien que hace la enfermera al enfermo, poniendo en práctica con inteligencia y eficacia las indicaciones del médico, tiene la sublime misión de atenuar sus sufrimientos ó al menos evitar que se le aumenten los que le producen su cama, proporcionándole la manera de tomar con comodidad sus medicinas y alimentos,, evitándole ruidos, la luz fuerte, en fin, todo lo que pueda ser causa de molestias ó pena para el paciente. Por esto es tan necesario que la enfermera sea verdaderamente abnegada, pues necesita una gran dosis de paciencia, para soportar las impertinencias naturales de los enfermos y sin ceder por nada, en aquellos que sea contrario a las indicaciones del médico [...] ⁴⁶².

Ejercer como enfermeras, una profesión entre la superación y la sumisión

Esta profesión abría las posibilidades de superación económica y personal de la mujer mexicana, en un periodo histórico en el que la instrucción femenina se proponía hacer de ella un miembro activo de progreso pero sin dejar de lado las ideas tradicionales de matrimonio, amor y domesticidad, lo que explica la permisividad de su acceso a una profesión claramente sexuada, que exigía de ellas una serie de atributos femeninos como la delicadeza de sentimientos, la abnegación y una “educación moral” y científica indispensables para hacerla capaz y merecedora de dicha misión. Sólo a través de la “abnegación y la paciencia”, éstas podrían soportar las impertinencias naturales de los enfermos para atenuar sus sufrimientos, y jamás contradecir o desobedecer las indicaciones del médico. La sumisión y obediencia se volvieron un requisito indispensable para destacar desde su formación como estudiantes. Y si alguna de ellas desobedecía, cuestionaba las órdenes de sus superiores, o mostraba un comportamiento inmoral, eran expulsadas de inmediato bajo el argumento de carecer de actitudes para ejercer esa profesión. Tal fue el caso de la alumna Enedina León:

Señor Director de la Escuela teórico práctica de Enfermeras

⁴⁶² *La Escuela de Medicina*, tomo XXII, núm.5, marzo 15, 1907, pp. 110-112.

Tengo el desagrado de avisar á Ud que la alumna Enedina León cada vez se porta peor. Su conducta es inconveniente tanto con las enfermas, como con los enfermos con quien no tiene caridad.

Ayer me dio la queja el Practicante de Cirujia de mujeres para que ya la quite de allí, no puedo cambiarla a las salas de hombres porque ella no se da el lugar que le corresponde y aparte de que tuvo uno de los enfermos de novio, platica con todos ellos.

Yo esperaba que se corrigiera, quedo en vista que esto nos Sucede así y que no me conviene que siga aquí, a Ud le ruego se le quite [...]S.S.S⁴⁶³.

El director de la Escuela teórico-práctica de enfermeras del Hospital General redactó una carta a la madre de Enedina León, en el que expuso los motivos de expulsión de su hija:

Señora Jesús Jaramillo.

Señora mía:

A cada una de las alumnas de la Escuela teórico-práctica de enfermeras del Hospital General se le lleva un “registro privado”, que nota su conducta, su aplicación al estudio, de su instrucción, de su aseo personal, de su asistencia á la Escuela y la manera como trata á su superiores á sus iguales y a los criados. Esta “hoja de servicios” forma la historia de cada alumna, y por el examen de su historia, se ha venido en conocimiento de que la señorita Enedina León, no tiene los dotes que se necesitan para la profesión de enfermera. Desde hace tiempo debí haber dado á Ud este aviso, pero ordené se le tuviera en observación durante seis meses, y como ha reincidido en las misma faltas de cumplimiento, como alumna, me veo en la imperiosa necesidad de comunicar a Ud, para que sepa el motivo por el cual la señorita, su hija, no puede continuar como alumna de la citada “Escuela de Enfermeras”.

No siendo su vocación la de Enfermera, ni ella podrá aprovecharse de los conocimientos que ha adquirido, no será feliz en el ejercicio de la profesión que intenta seguir; ni los enfermos que se pongan á su cargo, recibirán los cuidados que su estado reclama.

Por todos estos motivos, ruego á Ud, se sirva separarla de la “Escuela” en la inteligencia de que esta separación en nada perjudica su reputación personal y de que esta carta se conserva con el carácter de confidencial. De Ud. Su atto y S.S.⁴⁶⁴

⁴⁶³ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Salubridad Pública, Sección: Establecimientos Dependientes, Serie: Escuela de Enfermeras del Hospital General, *Solicitud de Enedina León para ingresar a la escuela, constancia de que está inscrita en la Escuela de Artes y Oficios, carta de buena fe para ingresar, separación de la escuela y carta de queja por mala conducta*. Exp. 15, Caja. 1.

⁴⁶⁴ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo: Salubridad Pública, Sección: Establecimientos Dependientes, Serie: Escuela de Enfermeras del Hospital General, *Solicitud de Enedina León para ingresar a la escuela, constancia de que está inscrita en la Escuela de Artes y Oficios, carta de buena fe para ingresar, separación de la escuela y carta de queja por mala conducta*. Exp. 15, Caja. 1.

De modo que para ser una buena enfermera era necesario en primera instancia ser una “buena y respetable mujer”, de lo contrario, “no existía vocación para ello”, pero paradójicamente los requisitos académicos, económicos y sociales que exigía para acceder a esa profesión, distaban mucho del modelo ideal del “bello sexo”, quienes debían probar por lo menos estudios básicos a nivel primaria, tener la holgura económica para estudiar y después laborar un año gratuitamente para el hospital, además de no tener responsabilidades como esposas, madres o hijas, pues las exigencias de sus horarios de trabajo eran incompatibles con las responsabilidades que requería cualquiera de esas ocupaciones. Las profesiones liberales que se abrieron para mujeres como el magisterio y la enfermería, exigían a estas por primera vez en la historia dejar de lado su labor de madre y esposa, en tanto que la edad ideal para ejercerlas, era la misma para engendrar hijas e hijos, además que la labor de enfermera requería de toda la fuerza, vitalidad y juventud para entregarse por completo al cuidado de las personas enfermas.

Es evidente claro que aunque estas profesiones no tenían como finalidad eliminar las diferencias y roles entre hombres y mujeres, en el fondo les proporcionarían una independencia económica y por ende social del varón o de un marido, así como la posibilidad de establecer un proyecto de vida lejos de la maternidad y el matrimonio. Muchas de ellas, gracias a su formación intelectual y a aspiraciones de desarrollo profesional, sobresaldrían como jefas de personal, lo que les permitió no sólo convertirse en mujeres profesionistas, sino en personas capaces de participar, hacer pactos y compartir un espacio laboral con la comunidad médica representada por hombres; acontecimientos que para este periodo histórico representaban un verdadero cambio en las relaciones de género y en el modelo hegemónico de feminidad y masculinidad.

El país demandaba mujeres que participaran de manera activa en el progreso de la nación, y cuidar enfermos era una labor que por principio requería las particularidades y cualidades que el “sexo femenino poseía según su naturaleza biológica”. De modo que aparentemente aquellas que decidían dedicarse a esta profesión, no cuestionaban el modelo hegemónico de los sexos de manera directa, pues la figura de la enfermera se constituyó a través de una serie de valores en torno a lo femenino muy aceptados por la sociedad patriarcal; lo que tampoco asegura que todas las mujeres vivieran y estuvieran de acuerdo con el rol que las destinaba a una “condición “ de desigualdad y sumisión frente a los hombres y a los médicos. No obstante, muchas de ellas se dieron cuenta de que a través de los aspectos prototípicos de lo femenino más valorados, podían adquirir y legitimar un cierto prestigio, poder de participación y hasta cierta independencia profesional; bajo la condición de reforzar aquella “identidad femenina”, basada en su “naturaleza biológica”. Una vez que la salud adquiere un valor económico imprescindible, se visibiliza la contribución de estas mujeres tanto a “nivel moral”, como a nivel material; ya que a través de sus cuidados, otorgarán el sustento espiritual y emocional que le devolverá la fuerza y salud necesarias a la persona enferma para integrarle de nuevo a la fuerza de trabajo. A pesar de tratarse de una profesión que perpetúa la imagen del género femenino a ciertos atributos como el “ángel dador de dulzura y amor incondicional”; en este proceso en el que adquieren un nuevo valor social los cuidados, se redefinirá también la profesión de las enfermeras, al incorporarlas a espacios laborales privilegiados como el Hospital General, el cual representaba la culminación de lo más avanzado hasta entonces en el ámbito de la ciencia y era visto como una prueba del progreso del país. Estas mujeres adquirieron un reconocimiento moral y social a nivel público e institucional, que a su vez les otorgaría cierta distinción del resto, ante su contribución en la restitución de la salud del ser productivo:

Vamos ahora á estudiar, en cuatro palabras las ventajas que esta nueva carrera puede proporcionar á la mujer joven y que deben ser consideradas bajo dos puntos de vista; uno moral y otro material.

[...] ¿Qué mejor manera pues, de llenar un corazón caritativo y tierno, que emplearse en el alivio de las miserias humanas?. Un hombre inteligente, fuerte, capaz de todas las energías, se convierte durante una enfermedad en un ser débil de cuerpo y alma, en un inválido, incapaz tal vez hasta de acercar a sus labios un vaso con agua para pagar su sed devoradora. Entonces la enfermera, una mujer, á la que cuando estaba en estado de salud, habría calificado quizá, de débil e insignificante, viene á ser su consuelo y su apoyo. Ella lo mueve con delicadeza para ponerlo en posición cómoda; arregla las ropas de su lecho para que no le ocasionen molestias, le prepara el baño y aún le da en su boca las medicinas y alimentos que han de contribuir á devolverle la salud y las fuerzas perdidas; le dirige palabras de ternura y de consuelo que lo confortan y lo ayudan a soportar con paciencia sus sufrimientos, en una palabra, ella, la enfermera es su ángel de salvación.

¿No es este un verdadero ideal para el corazón de una mujer superior? Porque de todo lo que hemos dicho antes, se deduce que la enfermera no debe ser una mujer vulgar; siendo así, no podría comprender lo sublime de su misión.

Dando pues la mujer un curso tan noble á sus sentimientos y á sus energías; consagrando su vida á tan bello ideal de caridad, se verá libre de sus propias miserias; siendo el apoyo de otros, no será un ser débil que se deje arrastrar por sus pasiones; y vigorizando así su espíritu, sabrá salir victoriosa en los combates de la vida. La enfermera debe ser un verdadero modelo de moral y buenas costumbres; enseñándose a vencer todas sus repugnancias, en el trato íntimo con las miserias de la naturaleza, aprenderá á triunfar de su propia alma y en esto será ella la que salga ganando por todos motivos [...].

Entre todas las ocupaciones que pueden proveer á la mujer de los medios necesarios para su subsistencia y tal vez de su familia, pocos ha de haber, seguramente, más ventajosos, que los que puede llegar a obtener una enfermera [...].

[...] Las alumnas que cursen con éxito los tres años de que consta la carrera, recibirán un diploma que acredite sus aptitudes y las de a conocer como enfermeras tituladas. Por este hecho obtendrán la protección decidida de la Dirección de Beneficencia Pública para obtener en su esfera los mejores puestos en los hospitales, y los médicos serán, sin duda alguna los colaboradores más eficaces para ayudarlas en la sociedad y darles el lugar distinguido que han alcanzado en otros países.⁴⁶⁵

⁴⁶⁵ *La Escuela de Medicina*, tomo XXII, núm.5, marzo 15, 1907, pp. 110-112.

Esta nueva concepción de la medicina científica y la enfermedad⁴⁶⁶, que cambiaría la forma y el lugar de atención a las personas enfermas, a través de la institucionalización de la clínica y de un cuerpo médico especializado, llevaría al posterior desarrollo de la enfermería moderna a principios del siglo XX. Sin embargo, esa profesión se constituyó como una fuente de identidad de género, la cual no sólo conservó, sino que reforzó el modelo hegemónico de lo femenino y lo masculino a través de la dicotomía hombre-mujer/ médico-enfermera, atribuyendo el rol de médico al hombre -cuyo poseedor del conocimiento le otorgó el poder de sanar-, y el rol de enfermera a la mujer -como simple cuidadora y ejecutora-. A pesar de eso, el acceso de las mujeres a esta profesión les permitió obtener un título profesional, y con ello su entrada a un espacio laboral distinto del hogar, socialmente reconocido y remunerado; el cual les dotó de acción y poder en un espacio como el hospitalario, desde donde pudieron ejercer su autoridad femenina bajo una nueva categoría profesional, y cuya preparación científica les permitiría una mayor participación en la práctica clínica, el acceso a una mejor preparación académica y por ende un lugar distinguido como profesionista de la salud. Aún con las limitaciones impuestas para ejercer sólo ciertas actividades y obtener conocimientos básicos, que no rebasaran la jerarquía superior del médico, muchas de ellas lograron desarrollarse exitosamente a nivel laboral y distinguirse por el simple hecho de trabajar en el Hospital General, espacio que representaba lo más avanzado en investigación y clínica médica moderna del país.

Las enfermeras del Hospital General

Al inaugurarse el Hospital General de México en 1905 el Dr. Liceaga, quien era director médico de la construcción, había invitado a trasladarse de Europa a México a las enfermeras alemanas Maude Dato y Gertrudis Friedrich. La señorita Dato fue designada jefa de enfermeras siendo la primera en asumir este cargo; y la señorita Friedrich fue nombrada subjefa; mientras que la secretaría estuvo a

⁴⁶⁶ En torno a la nueva concepción de la medicina moderna y la manera en que los médicos percibieron la enfermedad en el cuerpo como una lesión anatómica a finales de siglo XVIII y principios del XIX, que llevaría a la institucionalización de la clínica, se encuentra el trabajo de Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 22ª reimp., 2009, pp. 17-34.

cargo de la señora Delgado, enfermera mexicana. También en ese mismo año se hacen cargo de las jefaturas de enfermería de los servicios del Hospital General de México las alumnas egresadas del curso de clases preparatorias para su adiestramiento de enfermeras auspiciadas por la Beneficencia Pública, quienes además de haber sido las pioneras en el campo de la enfermería mexicana, ocuparon los cargos de jefaturas en esa área.

Dentro del personal de enfermería se contó con cincuenta y cuatro de ellas, a quienes se les asignó un sueldo de 33 o 76 centavos diarios, según su categoría; esto es, que las que recibían el salario más bajo oscilaba entre los 10 pesos al mes, y las de mayor sueldo percibían casi 23 pesos mensuales.⁴⁶⁷ Este personal vivía en el hospital bajo los siguientes horarios de trabajo: las enfermeras debían levantarse a las 5:00 am desde el 1 de abril al 31 de Octubre, y durante los dos meses siguientes a las 6:00 am, la hora de acostarse era a las 10:00 pm.⁴⁶⁸ También había enfermeras aspirantes sin sueldo ni uniforme, quienes en su calidad de alumnas de la escuela de enfermeras, debían asistir a las clases y conferencias que daban los médicos y las enfermeras en Jefe, y estar a la disposición de las enfermeras primeras y segundas en todo lo que se les indicara. Este dato nos permite confirmar que las de mayor rango tuvieron cierto poder y autoridad dentro de su propia área. Por otro lado, la responsabilidad de asumir diecisiete horas de trabajo y una serie de actividades y órdenes administrativas y clínicas, no debía ser asunto sencillo, pues ellas tuvieron que hacer de su lugar de trabajo su nuevo proyecto de vida lejos de su hogar y de su familia; y hasta posponer en un segundo plano las posibilidades de casarse y tener hijas e hijos.

Al revisar el Reglamento del cuerpo de enfermeras del Hospital General, se observa que no hubo grandes cambios en la condición laboral que éstas tenían antes de su profesionalización, ya

⁴⁶⁷ Un maestro de escuela ganaba de 8 a 12 pesos mensuales en un pueblo. Un hombre podía aspirar a recibir hasta 25 pesos de sueldo al mes en la ciudad. Véase: Anne Staples, "El cuerpo femenino, embarazos partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico", *op. cit.*, 2008, p. 213.

⁴⁶⁸ *Reglamento del cuerpo de enfermeras del Hospital General*, Archivo Histórico de Salubridad, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital General, Caja 7, exp.14.

que se siguieron encargando del aseo y orden de los enfermos y del hospital, funciones que ya no debían corresponder a una nueva profesión, cuyos conocimientos científicos y especializados se supone les permitiría el acceso a una labor cuyo valor y nivel jerárquico debía ser mayor. También su trabajo en la práctica clínica se siguió limitando a repartir a los enfermos sus alimentos y medicinas, así como a la observación y anotación de síntomas, la toma de temperatura, pulso y respiración, lavativas, vegigatorios e inyecciones hipodérmicas. Se les siguió prohibiendo realizar curaciones de heridas quirúrgicas o accidentales, úlceras y aplicación de aparatos. Sólo las enfermeras primeras en Jefe podían hacerse cargo de los enfermos graves, y podían entrar a la sala de operaciones como ayudantes del médico (art. XXXIII y XXXIV). Tampoco podían tener acceso al anfiteatro de disección, botica y demás áreas, todo ello como disposición general del reglamento. Aparte de todo lo anterior toda enfermera, independientemente de su categoría, debía dirigirse al médico como: “el señor doctor”, o “el señor practicante”, a pesar de que compartían un espacio, labor y hasta mayores responsabilidades, ya que estas siempre tenían que acompañar al médico en sus visitas, auxiliarles en la realización de pequeñas operaciones (art. 68), y estar atentas a toda circunstancia que pudiera ser de interés para el tratamiento y evolución de los enfermos. La Jefa de enfermeras tenía a su cargo la enseñanza de las aspirantes, a quienes daba lecciones teóricas y prácticas. Así todas las enfermeras estaban bajo las órdenes de la Jefa de las mismas, quien se encargaba de sus expedientes personales, así como de la evaluación de su desempeño académico y laboral, (art. 79).⁴⁶⁹

Esta serie de contrastes permite reflexionar en torno que a pesar de la existencia de un reglamento que a nivel teórico establecía claramente normas, diferencias y límites entre médicos, practicantes y enfermeras según su categoría; en la práctica dichas políticas no se llevaban al pie de la letra, ante la prioridad de atender a quienes enfermaban, para asegurar su recuperación y salvar vidas.

⁴⁶⁹ *Reglamento del cuerpo de enfermeras del Hospital General*, Archivo Histórico de Salubridad, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital General, Caja 7, Exp. 14.

Otro compromiso asumido por el personal médico era trabajar por el buen funcionamiento de un nuevo hospital, que representaba todos los adelantos en materia de salud hasta entonces logrados en el país. Esa labor quedaba en manos de todo el personal sanitario, tanto en médicos como en enfermeras, quienes a pesar de su “condición menor frente al médico”, lograron desarrollarse de manera exitosa y hasta obtener cargos directivos, dentro de su campo laboral específico. Un caso que ilustra esto es el de la enfermera A. López Hermosa, quien con una plantilla de tres enfermeras, una partera y una estudiante de obstetricia, tomó a su cargo el servicio de ginecología del Hospital General de México. Por otra parte la enfermera Petra Lima quedó como jefa del pabellón de infecciosos del mismo Hospital. Para 1906 terminaron su misión como instructoras las enfermeras alemanas Maude Dato y Gertrudis Friedrich. Quedaban en sus lugares como jefa: María Mc. Claud y como subjefe Ana Jambori, ambas procedentes de Estados Unidos de América, y poco tiempo después ésta última ocuparía el cargo de Jefa de enfermeras.

Las oportunidades de superación personal y profesional eran una realidad para aquellas mujeres que así se lo proponían. Por ejemplo, en el año en que se inaugura la Escuela de Enfermeras del Hospital General de México, 1907, la señora Refugio Estévez Reyes entró a trabajar al Hospital General como costurera, pero las circunstancias y su interés la llevaron a ser trasladada como auxiliar al departamento de cirugía. El mostrar gran capacidad y compromiso en la atención a los enfermos, le permitió ser designada por el General Urriza al grado de Sargento Primero y enfermera. En 1908 la enfermera Eulalia Ruiz Sandoval, titulada de la Escuela de Enfermería del Hospital General de México, es nombrada jefa de enfermeras del propio hospital, y el 28 de febrero de 1910, Hermelinda García, una de las primeras egresadas de la Escuela de Enfermería del Hospital General de México, recibe su diploma, extendido por la Dirección General de Beneficencia Pública del Distrito Federal, al terminar los tres años de estudio y prácticas reglamentarias, y haber cursado las

materias de curaciones, elementos de anatomía, higiene, obstetricia y farmacia, para ser nombrada Jefa de enfermeras del Hospital Militar de Orizaba.

No se puede negar que la carrera de enfermería permitió de una u otra manera el desarrollo profesional y personal de muchas mujeres, y otras tantas, gracias a su disciplina y entrega laboral, pudieron ganar un estatus de autoridad –como jefas de enfermeras- dentro de un espacio laboral regido por médicos varones; se trató de un trabajo que fue significativo en la contribución al cuidado de la salud pública de la joven nación. Tal situación debió ser parecida en algunos estados de la República, pues en lo que se refiere al desarrollo de la carrera de enfermería Mílada Bazant señala el caso del Estado de México. Fue en el Hospital de Toluca donde se impartió la carrera de enfermería en la Escuela Práctica Elemental Médico-Quirúrgica, y también donde se les preparó académicamente con el objetivo de ensanchar el servicio médico y auxiliar, así como con el de mejorar la dirección sanitaria del Estado. Para ingresar a esa carrera la ley exigía una serie de requisitos aún más difíciles de cumplir, de lo que se requería en la ciudad: ser mayor de 21 años y haber cursado la instrucción primaria, así como presentar una fianza que fijaba el gobernador, que no podía ser de menos de 200 pesos, cuyo perfil asegurara que el alumno prestaría sus servicios al estado durante tres años en el lugar que el gobierno le designara. La carrera de carácter teórico-práctica tenía una duración de tres años y exigía que las alumnas vivieran en el Hospital desempeñando el servicio de enfermeras. La parte teórica duraba una hora al día, que comprendía nociones de las diferentes ramas de la medicina. En cambio la práctica duraba todo el día, por lo que las alumnas debían vivir dentro del hospital. A pesar de que existía un mes de vacaciones –diciembre- del cual se eximía a los alumnos de las clases, no por ello se les excluía de su servicio dentro del hospital, de tal modo que tales vacaciones eran una mera ficción.

Una vez terminados y acreditados los cursos, se verificaba el examen profesional para la obtención del título, el cual les limitaba a ejercer sólo en el Estado de México.⁴⁷⁰

Yucatán también estableció los estudios de enfermería en su Escuela de Medicina. La carrera era muy teórica durante el primer año y más práctica en el Hospital O´Horan durante los siguientes dos años. Para 1904 eran dieciocho enfermeras las que cursaban el segundo y tercer año, a quienes se les proporcionó una pensión de 50 pesos mensuales. Esta ley también establecía que las enfermeras estaban obligadas a prestar sus servicios durante tres años en el lugar donde el gobierno las asignara con un sueldo de 60 pesos mensuales. Además, como una forma de estimular el ingreso de sus estudiantes, la ley decretó una gratificación de 100 pesos a las alumnas distinguidas tanto en los cursos, como en los servicios prestados, y para aquellas que cumplían una antigüedad de 24 o 30 años de trabajo, podían recibir una pensión vitalicia del Estado.⁴⁷¹

Tales requisitos nos permiten aseverar que las mujeres que aspiraban a ser enfermeras profesionistas debían pertenecer a una clase social media para poder costear sus estudios. Por lo regular eran mujeres solteras o viudas, jóvenes cuyas edades oscilaban entre los 25 y 35 años, quienes vieron en la enfermería una oportunidad de superación económica, laboral y por supuesto social y de género; pues ahora serían ellas las que ocuparían el cargo de las antiguas enfermeras empíricas que por tantos años habían laborado en alguno de los hospitales de la época colonial y del siglo XIX. Estaban listas ante las nuevas exigencias que requería una labor percibida como profesión científica. A pesar de la larga experiencia de las enfermeras tradicionales, la gran mayoría de estas ni siquiera sabían leer y escribir;⁴⁷² y finalmente su remplazo se “justificaba” porque el desarrollo económico del régimen requería de personas preparadas y profesionales para construir la nueva fisionomía de la tan anhelada nación moderna. A pesar de ello, su remplazo no sería tajante ni inmediato; pues siguieron ofreciendo sus servicios como enfermeras-cuidadoras de forma

⁴⁷⁰ Mílada Bazant, *op. cit.*, 2006, p.234.

⁴⁷¹ *Ibid.*

⁴⁷² Esto se pudo constatar al revisar las nóminas, ya que en muchas ocasiones quien firmaba la hoja de pago era la enfermera en Jefe, aludiendo a que las demás no lo podían hacer probablemente porque no sabían leer y escribir.

clandestina, trabajando en alguna casa particular, con alguna familia, para quienes era más importante el respaldo de su experiencia y conocimientos, que la ostentación de un título profesional. La mayoría de las personas, sin importar la escala social, seguían atendiéndose dolores y enfermedades, con las técnicas curativas y curanderos (as) tradicionales, a quienes conocían y en quienes confiaban; confianza que todavía no estaba depositadas en la figura del médico ni en sus terapéuticas científicas de curación. Esta situación no dejaba de generar molestias entre la comunidad médica, ante la falta de trabajo y credibilidad por parte de la sociedad. Así lo expresaba el médico Porfirio Parra a sus alumnos de medicina en 1907:

No escojáis la profesión médica si vuestra alma ama con exceso el aplauso, y no poseéis bastante estoicismo para soportar las inmerecidas censuras, los desconsoladores efectos de la ingratitud y de la injusticia. Sabed que la labor del médico no es siempre debidamente estimada, que su saber y pericia no son constantemente reconocidos, que se ve muchas veces postergado al indigno charlatán, y que el público adorador constante de la falsa deidades [...], está dispuesto á hacer al médico responsable de todas las eventualidades, de todos los tropiezos, de todos los fracasos, de todos los desastres y que no contento con atribuirle tan abrumadora responsabilidad, suelen lapidarle con los epítetos más injuriosos. Sabed que en ocasiones hasta sus más legítimos triunfos se le niega y se atribuye el buen resultado, ya á la mano del curandero, ya al brebaje aconsejado por la comadre, ya á la potente intervención del cielo [...]⁴⁷³.

A pesar de la profesionalización de la enfermería, lo que la ubicó dentro de las ramas científico-modernas, es importante señalar que los fundamentos ideológico-culturales en los que se desarrolló la nueva profesión se siguieron basando en la tradicional división sexual del trabajo, lo que vendría no sólo a colocar, sino a asegurar el papel y jerarquía de la profesión de enfermera, sólo como una auxiliar del médico.

⁴⁷³ Porfirio Parra, “Ventajas e inconvenientes de la profesión médica. Conferencia a los alumnos de la Escuela N. Preparatoria”, en *La Escuela de Medicina*, tomo XXII, núm. 21, noviembre 15, 1907, pp. 481-490.

También se preservó la exigencia hacia las enfermeras de tener ciertas características propias de su género, indispensables para el buen desarrollo de la profesión, como el “espíritu de abnegación y bondad”; paradójicamente en una labor que requería mujeres de carácter fuerte, ordenado y de mando, para poder ejercer como jefas de personal, quienes debían mostrarse con autoridad y capacidad de organización, así como con gran resistencia física y emocional, ante los difíciles horarios de trabajo a los que eran sometidas dentro del hospital, lejos de su hogar y de su familia. A pesar de que las nuevas posibilidades profesionales abiertas a la mujer hasta entonces se concentraban en oficios que constituían una prolongación del mundo doméstico y maternal, es evidente que la enfermería, abrió a las mujeres un mecanismo de movilidad social ascendente, al permitirles desarrollarse en áreas como la asistencia médica, la docencia y la administración hospitalaria.

Lo expuesto hasta ahora, permite conocer y comprender un poco más en torno a la vida laboral y hasta en el tipo de carácter que estas mujeres desarrollaron como cuidadoras y sanadoras profesionales, así como la manera en que los médicos varones se llegaron a sentir frente a ellas: algunas veces amenazados ante un saber, poder y autoridad que por muchos años había sido exclusivo de las mujeres. Lo anterior explica por qué la relación entre ambos fue tan compleja y hasta conflictiva, la cual, no pocas veces desembocó en una confrontación por el poder y el saber médico-asistenciales.⁴⁷⁴ Las prácticas y saberes de las enfermeras profesionales ahora quedaban legalmente reguladas, vigiladas y dirigidas por el médico; pero aún persistía la pugna contra las prácticas de aquellas mujeres y hombres sanadores y curanderos del pueblo, quienes seguían siendo consultados y respetados, de manera preferente a un facultativo:

La vida de los hombres se encuentra entre las manos de individuos tan especuladores como ignorantes. El empirismo más desenfrenado y peligroso, el charlatanismo más desvergonzado; ninguna prueba de saber y habilidad se exige á esa pléyade de curanderos [...].

⁴⁷⁴ Bárbara Ehrenreich, *op. cit.*, 1981, p. 22

Las prácticas más causantes de verdaderos asesinatos han usurpado el lugar del arte de los partos. Los *componedores* y las imprudentes *brujas* abusan del título de *oficial de salud* para cubrir su ignorancia y sus especulaciones de mala ley [...].

Existen y subsisten un regular número de *comadronas* líricas; de *componedores de huesos* populares, curanderos y curanderas de casa de vecindad; *brujas* ó hechiceras que suministran bebidas y pócimas, que explotan a la gente analfabeta (y aun la que no lo es).⁴⁷⁵

La estigmatización y la negación de las "otras" medicinas se constituyeron en una estrategia a través de la cual el saber científico redujo el saber tradicional a la ignorancia y la superstición.⁴⁷⁶ De modo que consultar a la partera, al curandero o a la bruja, no era una conducta civilizada, en un contexto en el que se luchaba por “encaminar a la nación por el progreso y la modernidad”, se exigía combatir activamente esa parte del país que todavía era “bárbaro, pobre y atrasado”. Por ello, los hombres educados de las clases medias y altas se dedicaron a observar, describir y explicar ese contraste entre modernidad e indisciplina, entre civilización y barbarie, evitando a toda costa, reconocer el valor y protagonismo de estos saberes médicos ancestrales, así como la superioridad moral y médico-asistencial de estos hombres y mujeres, cuyos procedimientos y métodos diagnósticos y terapéuticos, innegablemente habían hasta entonces contribuido de manera significativa a la salud pública de la nación.

⁴⁷⁵ *Crónica Médica Mexicana*, tomo II, núm. 1, julio, 1898, pp. 51-52.

⁴⁷⁶ Claudia Agostoni, “Médicos científicos y médicos ilícitos en la Ciudad de México durante el porfiriato”, en *op. cit.*, 1999, p. 21.

Conclusiones

A partir de una mirada feminista de la historia de la medicina y de las profesiones sanitarias, con un enfoque analítico de género⁴⁷⁷, esta investigación mostró el papel protagónico de un grupo de mujeres: las parteras, las nodrizas y las enfermeras en las distintas prácticas médico-sanitarias de finales de siglo XIX y principios del XX, cuyas labores no habían sido reconocidas en su justa dimensión, a pesar de que sus cuidados y prácticas terapéuticas contribuyeron al mejoramiento de la salud pública y de la asistencia social de la joven nación porfiriana.

También pudimos conocer una parte del pasado de estas mujeres que nos revela una imagen distinta del estereotipo de feminidad de la época denominado como: “sexo débil” o “bello sexo”, concebido en su conjunto como un ser pasivo, callado, inmóvil, cautivo del hogar y la familia el cual, muy poco o nada tuvo que ver con las formas de vida de este grupo de mujeres, quienes en su papel de parteras, nodrizas y enfermeras, obtuvieron y desarrollaron ciertos mecanismos de saber, poder y autoridad en distintas áreas de los cuidados de la salud, lo que las dotó de un gran respeto y prestigio como médicas y sanadoras, me atrevo a decir que hasta nuestros días. En este mismo sentido, me parece imprescindible hacer mención de otro grupo de mujeres que en ésta mismo periodo histórico obtuvieron un título en la Escuela Nacional de Medicina, como el caso de la emblemática y primera médica Matilde Montoya⁴⁷⁸ (1887), a quien le seguirían Columba Rivera (1900), Guadalupe Sánchez (1903), Soledad de Régules (1907), Antonia L. Ursúa (1908) y Rosario Martínez, esta última concluyó la carrera en 1906 pero se tituló hasta 1911. En otras carreras relacionadas con la salud no podemos pasar por alto los casos de las odontólogas Clara V, Rosas

⁴⁷⁷ Es muy claro mi interés por mostrar la conexión transdisciplinaria entre historia de la medicina e historia de las mujeres, bajo una clara influencia hermenéutica de los trabajos de Teresa Ortiz Gómez quien plantea la importancia de la historia de la medicina no androcéntrica en su papel para legitimar las prácticas de las mujeres en el campo de la salud. Véase: Teresa Ortiz, “Interacciones entre salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica, en *Diálogo filosófico*, núm. 59, 2004, pp. 229-244.

⁴⁷⁸ Es importante señalar que la madre de Matilde Montoya, Soledad Lafragua se desempeñó como partera, quien seguramente fue una pieza clave para que su hija Matilde se inscribiera en el año de 1870 a la Escuela Nacional de Medicina a la carrera de obstetricia. Presionada ante la necesidad de mantenerse ella misma y a su madre, presentó un examen que le permitió desempeñarse como partera desde los 14 años. Véase: Alvarado María de Lourdes, “Matilde Montoya: primera médica mexicana, México, Ciencia y desarrollo, CONACYT, Sept.-Oct., 1994, p. 71.

quien se tituló en el año de 1908, María Luisa Rojo y Angélica Avilés, ambas obtuvieron su título en 1909. En otros estados de la República y a este reducido grupo de profesionistas se agregaron las egresadas de los colegios e instituciones científicas de los estados, que tuvieron también a sus pioneras en la medicina y la abogacía. En Guadalajara, Juana Navarro y Jacinta Curiel son conocidas como las primeras médicas.⁴⁷⁹

El objetivo de ésta investigación fue rescatar el papel de las mujeres en la historia de finales de siglo XIX y principios del XX, a través de una serie de prácticas médicas, curativas y terapéuticas, que a su vez nos permitieron replantear el significado histórico y cultural de los cuidados, los cuales de manera errónea se han entendido como una ocupación de menor valor e importancia, así como exclusiva de las mujeres y del ámbito doméstico. A pesar de esto, pudimos observar que dicha labor se ubicó entre la esfera doméstica y la pública, en cuyos ámbitos predominaron ciertas formas de poder, saber y autoridad femenino, desde donde este grupo de sanadoras no sólo compartió sus conocimientos y experiencias curativas, sino que además lograron crear redes sociales informales con otras mujeres para sanar y cuidar; ejemplo de ello, la asistencia de un parto, el cual era atendido por varias mujeres: una partera, una tenedora y una nodriza.⁴⁸⁰ A través de las distintas prácticas médicas y sanitarias ejercidas por ellas, se crearon identidades femeninas, fuertemente legitimadas por una sabiduría ancestral que iba acompañada de una serie de rituales, que les permitía, además de sanar y traer vida al mundo, preservar parte de sus prácticas médicas tradicionales indígenas.

Analizar desde una perspectiva de género los discursos, las prácticas médicas y de salud, así como sus instituciones y sus formas de organización profesional, nos ha permitido confirmar que

⁴⁷⁹ Gabriela Castañeda López y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, *Desafiando a la tradición. Las primeras egresadas de la Escuela de Medicina de México 1887-1936*, México, Academia Nacional de Medicina, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Universidad Autónoma de México Facultad de Medicina, 2014.

⁴⁸⁰ Esta idea en torno a la cooperación entre mujeres de un mismo grupo familiar o de una misma comunidad para ejecutar prácticas curativas como una forma de manifestar esos vínculos de solidaridad entre mujeres, no es una interpretación nueva, pues Caterina Pizzigoni le hace mención en su trabajo titulado “Como frágil y miserable. Las mujeres nahuas del Valle de Toluca”, en Pilar Gonzalbo Aizpuru, *Historia de la vida cotidiana en México. El siglo XVIII: entre tradición y cambios*, vol. III, México, Fondo de Cultura Económica, 2a reimpr., 2009, pp. 517-522.

éstas se instituyen y organizan a partir del papel social que a hombres y mujeres se les asigna en cada periodo histórico; y que en el proceso de inclusión-exclusión, presencia-ausencia de unos y otras en las distintas actividades y profesiones sanitarias, intervienen complejas relaciones jerárquicas de poder, saber y autoridad entre estas mujeres y hombres; las cuales a su vez son legitimados o deslegitimados a partir de un orden social, político y económico de tipo patriarcal.

En este caso fue en el contexto de un proyecto político - conocido como Reformas Liberales- que tenía como finalidad transformar al país en una nación moderna, sana, civilizada, libre y competitiva a nivel económico y social, que se buscó educar e instruir a las mujeres pertenecientes a las clases medias y populares para incluirlas como seres productivos en el contexto del capitalismo industrial, en distintas actividades como el magisterio y las correspondientes a las áreas de la salud. Fue entonces cuando el gobierno y las autoridades correspondientes a la Beneficencia Pública y la Universidad Nacional de Medicina, apoyaron política y económicamente la profesionalización de estas mujeres, -la gran mayoría provenientes de la provincia- como obstetras, farmacéuticas, odontólogas y enfermeras; tomando en cuenta lo importante que sería su contribución al cuidado de la sociedad enferma, además de que dicha profesionalización ayudaría a la eliminación de las antiguas e “incivilizadas” prácticas médico-curativas tradicionales.

Fue el momento en que las elites profesionales de formación universitaria comenzaron a deslegitimar a aquellos personajes que ejercían desde el ámbito doméstico o en sus distintas comunidades culturales o religiosas. Así madres, abuelas, hijas, amigas, vecinas, sanadoras, curanderas, brujas, sanadoras religiosas, comadres y parteras, boticarios, barberos, hueseros, hierberos, quienes habían desarrollado durante siglos muchos medios para atender la salud, sanar y cuidar a las personas de su entorno,⁴⁸¹ una serie de prácticas curativas, que les había dotado de

⁴⁸¹ Teresa Ortiz, “La práctica sanitaria en la historia. ¿Una cuestión femenina?”, en *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, núm. 23, 2007, pp. 62-63.

cierto poder, autoridad y saberes populares, que comenzaron a ser remplazados por un sistema médico occidental y androcéntrico a través de una serie de mecanismos excluyentes basados en un saber y poder científicos, mediante una serie de reglamentos y normatividades que exigían la profesionalización de las prácticas curativas, lo que llevaría a la subordinación y exclusión de estas mujeres frente al médico profesionalista varón. Tales mecanismos de subordinación y exclusión obedecieron a los intereses de un Estado burgués patriarcal, fuertemente jerarquizado por diferencias de clase, raza y género, cuyo fin era desprestigiar al grupo mujeres curanderas, que por su condición sexual y su categoría racial -indígena o afrodescendiente-, más su posición social de pobreza, se contraponía a la imagen del médico culto, blanco, “único representante de la verdadera ciencia universal”.

De ahí la fuerte campaña de desprestigio que se difundió en la prensa médica en contra de este grupo de curanderos a quienes calificaban de charlatanes, especuladores e ignorantes, causantes de verdaderos asesinatos:

En esta ya populosa y culta Capital, existen y subsisten un regular número de *comadronas* líricas; de *componedores de huesos* populares, con carbonería, tendejón ó recaudería por consultorio; curanderos y curanderas de casa de vecindad; *brujas* ó hechiceras que suministran bebidas y pócimas para curar el mal de amores, ejercitar venganzas que saborean las víctimas de los trapicheos del cónyuge infidente y que hacen *el mal de ojo* á distancia, con cómicos á veces y á veces criminales procedimientos; y llegan y se aclimatan durante algunas temporadas curanderos que explotan la peculiar tendencia para aceptar lo misterioso y sobrenatural de la gente analfabética (y aun de la que no lo es); si todo eso existe hoy día en nuestra Metrópoli, ¿se figuran nuestros lectores lo que abunda esta polilla, esta filoxera, esta langosta de la vida humana, en las poblaciones cortas y alejadas de los centros ó capitales de nuestros Estados? [...] ⁴⁸².

A pesar de que el proceso de profesionalización e institucionalización de las distintas actividades médico-sanitarias buscaba desplazar y extinguir los saberes médicos populares y a sus principales actores: curanderos, hierberas, comadronas y nodrizas; paradójicamente el régimen liberal porfirista

⁴⁸² *Crónica Médica Mexicana*, tomo II, núm. 1, julio 1, 1898, pp. 51-52.

permitió a otro grupo de mujeres su inserción en la universidad y a ciertas profesiones que habían sido reservadas para los hombres, lo que a su vez les permitió un desarrollo laboral y social fuera y más allá del estrecho espacio del hogar. Aunque el objetivo no era la reivindicación ni la transformación de la “condición social inferior de la mujer”, no podemos minimizar el apoyo brindado por algunos médicos y por el entonces presidente Porfirio Díaz al integrar a las mujeres a profesiones como la obstetricia, la enfermería, la farmacéutica, la odontología, el magisterio y la medicina; oficios que aunque se relacionaban con “ciertos atributos de su género” que venían a reforzar su condición “natural” de mujereas, como seres reproductivos y preservadores biológicos y sociales de los futuros ciudadanos; también les permitió obtener cierto poder para participar en espacios públicos y mixtos como el hospital; en donde muchas mujeres obtuvieron puestos directivos y de jefatura como obstetras y enfermeras, en el Hospital General (1905) del que se hace mención detallada en el último capítulo.

A pesar del proceso de feminización en profesiones como la obstetricia y la enfermería, la práctica médica y asistencial se fue construyendo bajo claras relaciones de poder, jerarquía y autoridad, en donde los principales miembros de la profesión médica fueron los hombres como consecuencia de la aplicación de políticas excluyentes hacia las mujeres de ciertas prácticas médicas, y su segregación en ciertos espacios laborales que se configuraron como “adecuadas” para ellas.⁴⁸³ De ahí surgieron leyes que limitaban a las obstetras a atender sólo aquellos partos naturales, en tanto que la intervención quirúrgica en caso de cesárea, era exclusiva de los varones. Lo mismo sucedió con la enfermería, la cual se constituyó como una profesión claramente sexuada, que reforzó el modelo hegemónico de lo considerado femenino y masculino, a través de la dicotomía hombre-mujer/ médico-enfermera, al atribuir el rol de médico al hombre -cuyo poseedor del conocimiento le otorgó “el poder de sanar”-, y el rol de enfermera a la mujer -como “simple cuidadora, ejecutora y auxiliar” del médico-.

⁴⁸³ Teresa Ortiz, Johanna Birriel- Salcedo y Rosa Ortega, “Género, profesiones sanitarias y salud pública”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, suplemento 1, Barcelona, 2004, p. 140.

En este proceso en el que adquieren un nuevo valor social los cuidados, la higiene y la salud, estas profesionistas obtienen un reconocimiento moral y social a nivel público e institucional; - aunque no en el discurso gubernamental-, que a su vez, les otorgaría cierta distinción y respeto social en relación al resto de las mujeres, por su loable contribución en la restitución de la salud de la ciudadanía trabajadora, y en el cuidado materno-infantil. Pero fue muy clara la posición del Estado porfirista, en que su integración a espacios laborales y profesionales obedecía a un solo interés; su activación económica; más no un cambio o transformación en su posición social “inferior”. Los cuidados fueron espacios legítimos donde las mujeres podían participar, ya que se identifican con elementos como la maternidad, el cuidado del otro, el sacrificio, elementos todos ellos, considerados constitutivos de su condición genérica.

A pesar de ello, estas mujeres lograron obtener saber, poder y autoridad en el campo de la salud. Y tanto las parteras, nodrizas y enfermeras tradicionales, como las obstetras y enfermeras profesionales, contribuyeron al cuidado de la vida y salud de la mayoría de la población; pero dicha contribución ha sido invisibilizada y ocultada por una historia de la medicina y la salud pública escrita por hombres, quienes no podían restar protagonismo al único representante del sistema médico occidental: el médico profesionista varón. Por ello, esta investigación buscó destacar la presencia y capacidad de acción de las mujeres en su papel de sanadoras en distintas prácticas de salud y poner al descubierto quiénes eran exactamente, dónde y cómo ejercieron su labor, el lugar que les asignó la sociedad y el Estado, así como lo que significó para ellas y la sociedad en la que vivieron desempeñar una labor o profesión sanitaria en un espacio médico y en un sistema social dirigido sólo por hombres.

La profesionalización e institucionalización de la medicina occidental permitió establecer una división de trabajo a partir de una jerarquía profesional en cuya cúspide se encontraban los médicos varones, pues su legitimidad era otorgada por la obtención de un título profesional que les permitió subordinar, cuestionar y hasta eliminar la autoridad y superioridad moral de las parteras, nodrizas,

curanderas y enfermeras en su papel de mujeres sabias y sanadoras. Esto es una clara muestra de las relaciones de poder, clase, raza y género que operaban en el sistema médico institucionalizado de finales de siglo XIX y principios del XX, el cual no era más que el reflejo del tipo de estructura social patriarcal imperante hasta entonces. La posición privilegiada que por tantos años habían tenido las mujeres sanadoras, ponía en entredicho los conocimientos de la medicina moderna y venía a cuestionar el “natural” orden social, en el que la mujer no era más que “un ente biológico incompleto e inferior”, “destinado a la reproducción humana y al cautiverio del hogar”.

A pesar de esta búsqueda por controlar y someter al grupo de mujeres dedicadas a los cuidados de la salud, se observa que en la práctica las cosas fueron diferentes. Al revisar los reglamentos de los hospitales de la época, la división jerárquica basada en diferencias académicas o genéricas, fue mucho más flexible de lo que se pensaba. En la descripción de las actividades que cada persona trabajadora debía realizar, pudimos constatar que en la práctica clínica, los médicos varones la mayoría de las veces tuvieron que compartir con las parteras, nodrizas y enfermeras, sus conocimientos, experiencias y espacios laborales. Ello no sólo dentro del hospital, sino también en la atención privada; pues como se verificó en la prensa médica, en muchas ocasiones necesitaron trabajar en equipo por un bien común: el bienestar, la vida y salud de la población enferma. Ejemplo de ello fueron los casos presentados de atención a niñas y niños enfermos, quienes cuando parecía que ya no tenían remedio, los mismos médicos hacían llamar a una nodriza para que los alimentara, y en varios casos lograron salvar su vida gracias a la leche y cuidados de una nodriza. Y qué decir de los casos en que algunos médicos anunciaban y ofrecían sus servicios en colaboración con una partera, pues sabían que además de aprender de ellas la gente prefería dicha atención, ante la confianza y experiencia que estas mujeres tenían.

Con todo y los prejuicios de género imperantes en la época, pudimos ver en esta investigación la manera en que algunas mujeres lograron acceder a la universidad y a espacios laborales y

administrativos dentro de los hospitales, en los que se les respetó y reconoció su trabajo; en un contexto político y social cuyo interés era la reconstrucción de un Estado nacional moderno, estable, fuerte y competitivo, lo que a su vez requería del trabajo conjunto tanto de hombres como de mujeres. Lo anterior instó un clima de preocupación y revaloración en torno al papel social de las mujeres como “reproductoras físicas y morales de la sociedad”, que llevaría a la clase política liberal a aceptar los beneficios y ganancias de abrirles las puertas a la educación y al trabajo, sobre su estancia en el hogar. Lo anterior permitiría una singular presencia femenina en nuevas profesiones como obstetras, enfermeras, farmacéuticas, dentistas, maestras, y empleos de cuello blanco⁴⁸⁴ en oficinas gubernamentales, empresas, compañías de correo, teléfono y telégrafo, tiendas, almacenes y hospitales, desde los cuales poco a poco se iría cuestionando su lugar en la sociedad, así como su condición social “dependiente, débil, sumisa e inferior”.

A diferencia de los estudios realizados por Ana María Carrillo y Oliva López Sánchez, los cuales exponen la importancia del trabajo de las mujeres parteras en este periodo histórico, así como la relación de subordinación a la que fueron sometidas a partir de la profesionalización de la práctica gineco-obstetra, esta investigación apoyada en sus valiosas aportaciones, amplió el estudio y el análisis desde una visión feminista, la cual me permitió desmitificar la vieja idea de que las mujeres históricamente se han encontrado sujetas y subordinadas a los hombres, o en este caso, a las instituciones y a la comunidad médica masculina, o que han sido seres totalmente pasivos ante las imposiciones del sistema patriarcal. Se pudo observar lo contrario, el trabajo ejercido por parteras, nodrizas y enfermeras en el campo de la salud es una muestra de su protagonismo y hasta e su superioridad en algunas actividades sanitarias, indispensables para la consolidación de una nación sana y fuerte. Sólo por mencionar otros ejemplos, al revisar la prensa médica, pudimos constatar

⁴⁸⁴ Joan W. Scott, “La mujer trabajadora en el siglo XIX”, en Genevière Fraisse y Michelle Perrot, *Historia de las mujeres en Occidente*, tomo 4, España, Taurus, 1993, p. 413.

como parte de la narración hecha por los médicos, que al describir sus casos clínicos, a las primeras que llamaban a atender un parto era a las parteras; y sólo en los casos en que éste se complicaba se hacía llamar al médico. O al revisar las nóminas de los hospitales, se puede observar que la mayoría del personal encargado de atender, cuidar y vigilar a los enfermos fueron las mujeres en su calidad de enfermeras, pues el médico sólo hacía su recorrido por el hospital una vez por la mañana siempre en compañía de la enfermera, quien debía dar detalle de la situación clínica del enfermo, al ser ellas mismas también las encargadas de la administración de los hospitales.

Es un hecho que el acceso de las mujeres a espacios como el hospitalario y la universidad, ya abría una brecha en torno a la condición social de las mujeres, ya que los requerimientos académicos y laborales, les exigían ciertas aptitudes intelectuales, y otras tantas actitudes de competitividad, compromiso y hasta de autoridad que comenzarían a hacer de ellas, mujeres cuyo carácter y ambiciones poco tenían que ver con los ideales del “bello sexo”; lo que explica la afirmación de María de Lourdes Alvarado, al describir el siglo XIX como un periodo de gran importancia en el desarrollo educativo de las mujeres; a pesar del predominio del estereotipo esposa-madre-hija impuesto por la tradición; al mismo tiempo se fue entretejiendo un discurso renovador y alternativo, apoyado en instituciones educativas de diverso tipo y nivel que abrieron a las mexicanas nuevas perspectivas y les permitieron incorporarse a la vida productiva del país como docentes, escritoras, mecanógrafas, auxiliares de contabilidad, secretarias, telegrafistas, especialistas en obstetricia, enfermeras, médicas, odontólogas, farmacéuticas, químicas y abogadas.⁴⁸⁵

El acceso a estas profesiones y su posterior desarrollo laboral, no fueron tareas sencillas para quienes tuvieron que enfrentarse a desafíos emanados de un espacio como el médico, dirigido por una reducida elite masculina que por salvaguardar su superioridad profesional, creó discursos

⁴⁸⁵ María de Lourdes Alvarado, *La educación “superior” femenina en el México del siglo XIX. Demanda social y reto gubernamental*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Estudios Sobre la Universidad, Plaza y Valdés Editores, 2004, pp. 297-298.

descalificativos que ponían en entredicho la capacidad laboral e intelectual de aquellas en razón de su condición sexual, y académica inferior; de ahí que calificaran a las nodrizas como mujeres “amorales y mercenarias” y a las parteras y curanderas empíricas como “charlatanas ignorantes”, cuya condición de pobreza, aunada a su pertenencia étnica, representaban la degeneración de una sociedad y una raza eminentemente patriarcal y mestiza. Recordemos que los liberales reformistas son artífices de la desaparición del indígena como figura legal, y las mujeres comparten con los llamados “indios”, y con” los llamados pobres” no sólo la exclusión en el discurso, sino también su marginación real en la sociedad.⁴⁸⁶

A pesar de todas estas críticas, la mayoría de la población aún para principios del siglo XX, siguió mostrando su preferencia por ser atendidos por estas mujeres en quienes confiaban plenamente, ante el respaldo de varios años de experiencia, y por ende, de una mayor gama de conocimientos, los cuales fueron superiores a los estudios teóricos de los médicos, a quienes sólo los respaldaba el título profesional. No obstante, estas mujeres no aceptaron de manera pasiva e inmediata los cambios en la organización y práctica de las profesiones sanitarias que se dio a lo largo del siglo XIX, pues una vez que se vieron amenazadas y subordinadas por las nuevas normatividades emanadas de las autoridades y leyes médico-sanitarias, no tardaron en reclamar y hasta exigir el respeto a su empleo, a sus capacidades y conocimientos; ya que al igual que los médicos se habían preparado académicamente, lo cual las había hecho merecedoras de un título profesional. Ejemplo de la capacidad contestataria de estas mujeres fue el caso de las parteras tituladas, quienes crearon la Liga de Parteras con el fin de defender su profesión; o el de las nodrizas, quienes a pesar de los ataques recibidos por la clase médica, y su sometimiento a una reglamentación sanitaria, siguieron trabajando y atendiendo la demanda de la población; y finalmente, las enfermeras, que aún ante el papel de subordinación e inferioridad asignado frente a

⁴⁸⁶ Fernanda Nuñez Becerra, “La degeneración de la raza a finales del siglo XIX. Un fantasma ‘científico’ recorre el mundo”, en José Gómez Izquierdo (coord.), *Los caminos del racismo en México*, México, Plaza y Valdés, 2005, p.72.

los médicos, lograron sobresalir en una profesión cuyo trabajo, esfuerzos y compromisos, no eran tan distintos a las condiciones laborales de un profesionista varón.

Es evidente que de una u otra manera, las parteras, nodrizas y enfermeras cuestionaron el “deber ser” de la época, al elegir un modelo de vida distinto al rol tradicional de las mujeres, como lo muestran los expedientes académicos de las alumnas que ingresaron a la escuela Teórico Práctica de Enfermeras, cuyas aspirantes debían ser jóvenes y solteras, para tener el tiempo suficiente que requería su preparación académica y su posterior práctica profesional. Una vez que estas mujeres obtenían su título, ya tenían asegurado su puesto laboral al menos en el recién inaugurado Hospital General. Muchas de ellas, además de su trabajo como enfermeras, podían tener un cargo directivo, como el caso de A. López Hermosa, quien con una plantilla de tres enfermeras, una partera y una estudiante de obstetricia, coordinó el servicio de ginecología; o la enfermera Petra Lima a quien se le encargó la jefatura del Pabellón de Infecciosos del mismo Hospital General. Aunado a ello podían impartir clases teóricas y prácticas a las estudiantes, pues ellas fueron las pioneras en el campo de la enfermería mexicana. Sólo en el Hospital General fueron 54 las enfermeras contratadas en su inauguración (1910), cuyo sueldo era de entre 33 y 76 centavos diarios, según su categoría. Estas mujeres debían vivir en el hospital, su trabajo comenzaba a las 5:00 am y finalizaba a las 10:00 pm, por lo que su lugar de trabajo se volvió su nuevo proyecto de vida, lejos de su hogar y su familia. Se trató de mujeres que seguramente tuvieron que posponer la posibilidad de casarse y tener hijos, para dedicar más tiempo a una profesión que las dotaba de cierta independencia social y económica.

A través de estas labores mujeriles; se ponía en entredicho el antiguo rol de las mujeres, ya que algunas mostraron una actitud contestataria cuando sus intereses peligraban, y lejos de manifestar docilidad y total sumisión, se revelaron frente al caduco sistema social y cultural para mostrar la imagen de mujeres competitivas con nuevas aspiraciones de desarrollo profesional, cuyo carácter y compromiso, había llevado a algunas de ellas a ganar una plaza en los distintos hospitales públicos

de la época; a otras, a obtener un puesto directivo, administrativo o docente. Además, estas mujeres tuvieron la capacidad de negociar, algunas veces obedeciendo y otras haciéndose obedecer, para poder ejercer su poder y autoridad en un espacio propio: como jefa de enfermeras, parteras en jefe, maestras, etc., pero principalmente para defender sus ideales y el proyecto alternativo de dirigir sus vidas y aspiraciones en la obtención de una profesión respetable, el cual ponía en entredicho *el papel social “natural” de la mujer* al tener una mayor participación y presencia ya no sólo como madres y esposas, sino como sujetos activos e imprescindibles para la consolidación de una “nación moderna y sana”.

Tal fue el caso de la enfermera Rose Warden, la segunda directora de la Escuela Teórico-Práctica de enfermeras, cuya labor se desarrolló al lado del médico Liceága para crear e implementar el plan de estudios y la reglamentación de la escuela. Ella orientaría la preparación académica de las futuras y primeras enfermeras del país, así como la vigilancia y guía de la administración de los pabellones del Hospital Materno Infantil. También trabajó en la ampliación y aplicación de las prácticas clínicas de las estudiantes, las cuales debían reflejar lo más moderno en enfermería de la época, etc. A pesar de ello, la señorita Warden sería despedida de sus funciones directivas, pues para el doctor Liceága, se atrevió a cuestionar su autoridad médica, ante la solicitud de ser ella quien se hiciera cargo del Hospital completo, y no sólo de las salas de Cirugía mayor y la de medicina, ambas bajo su coordinación.

Y qué decir de la partera Paz. P. de Dávalos, quien fue miembro de la Sociedad Médica “Pedro Escobedo” y a pesar de que dicha asociación estuvo formada en su mayoría por médicos varones, muchas veces debatió y presentó sus conocimientos en torno al embarazo, parto y puerperio frente a otros médicos. O el caso de la partera indígena Dolores Román, quien fue profesora en la Escuela de Medicina, y jefa de la Casa de Maternidad junto con el médico José Ferrer Espejo. Además de su labor como docente en la formación de obstetras, fue reconocida y respetada por sus conocimientos

al haber sido la primera en practicar con gran destreza la versión por maniobra externa en caso de mal acomodamiento del feto.

Estas mujeres parteras, nodrizas y enfermeras, con o sin título, desarrollaron una labor que fue más allá de la mera asistencia y el cuidado de los enfermos. Las nodrizas por ejemplo, además de haber otorgado el alimento que permitió a muchas niñas y niños sobrevivir, también se encargaron del cuidado y la educación de éstos. Las parteras independientes y las que laboraron en el Hospital de Maternidad en el área de partos ocultos, fungieron además como consejeras y expertas en temas de sexualidad femenina, higiene matrimonial, cuidados prenatales y pos natales, además de que conocían todo lo relativo a la salud femenina; de ahí que muchas mujeres pertenecientes a distintas clases sociales preferían ser atendidas por una partera en quienes confiaba plenamente de manera semejante a una segunda madre, para ser auxiliadas y aconsejadas desde un estatus de iguales, bajo la norma patriarcal y sexista que mostraba a “todas las mujeres como seres naturalmente destinadas a criar a las hijas y los hijos y cuidar de la familia”; entonces quiénes mejor que otras mujeres para proporcionar la ayuda como un acto de solidaridad, “en un estado natural” –como la preñez y el parto- “exclusivo del género femenino y del ámbito doméstico”.

A través del análisis de género, se logró identificar los conflictos, transformaciones, rupturas, negociaciones y hasta contradicciones sociales, políticas y económicas a las que tuvieron que enfrentarse: parteras, nodrizas y enfermeras, ante una serie de comportamientos y aspiraciones laborales y profesionales que las alejaban del modelo ideal hegemónico de mujer. Mostrando que a pesar de que a nivel jurídico y legal no eran consideradas como ciudadanas, al contar con el dominio y preparación en torno al cuidado de los enfermos, tuvieron una participación social fundamental a través de un trabajo que una vez que es visibilizado y valorado en su justa dimensión, las coloca como sujetos de la historia.

Las nuevas exigencias políticas, económicas y sociales del Estado liberal capitalista, pero sobre todo, los cambios exigidos por el propio proceso de reconstrucción de la nación porfirista que presumía basarse en un nuevo tipo de orden social, permitió a estas mujeres acceder a una educación escolar profesional, a actualizarse y capacitarse profesionalmente, tener acceso al conocimiento médico científico de la época, resignificando con ello, las prácticas sociales que les permitió desarrollarse en nuevos espacios anteriormente reservados para el género masculino.

En su conjunto, esta investigación trató de dar una nueva mirada de la historia de la medicina y de la salud en femenino, a través del análisis de aquellas prácticas y conocimientos médicos no hegemónicos, pero no por ello menos importantes. A pesar de la escasez de fuentes en torno a las prácticas curativas tradicionales, o de datos que me hubieran permitido conocer más de las curanderas tradicionales; este trabajo busca preservar en la memoria histórica el esfuerzo que tuvieron que hacer estas mujeres por conservar – para el caso de la curanderas tradicionales- y para acceder – en el caso de las profesionistas- a un lugar hasta entonces reservado para los hombres. Como pudimos ver, en esta disputa las relaciones de poder y saber no fueron lineales, pues los médicos varones no se dedicaron sólo a controlar y subordinar a las mujeres llámense parteras, nodrizas o enfermeras, sino que también se establecieron relaciones de autonomía, negociación, pactos, rupturas, elementos de continuidad y transformación, que hicieron aún más compleja la relación entre los y estas mujeres, al haber tenido que compartir espacios de trabajo, conocimientos y responsabilidades; y cuyo pasado histórico a pesar de su escasa visibilidad, indudablemente forma parte fundamental de la práctica profesional médico-sanitaria ejercida por las mujeres de finales del siglo XIX y principios del XX y que siguen prevaleciendo hasta el día de hoy.

Bibliografía

Agostoni, Claudia., “Las delicias de la limpieza: La higiene en la ciudad de México”, en Staples, Anne., (coord.) *Historia de la vida cotidiana en México*, México, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica, 2ª reimpresión 2009.

_____ (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008.

_____ “Los infinitamente pequeños debates y conflictos en torno a la bacteriología”, en Agostoni, Claudia y Speckman, Elisa., (eds.), *De normas y transgresiones. Enfermedad y Crimen en América Latina (1850-1950)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.

_____ “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato”, en Gabriela Cano y Georgette José Valenzuela, (coords.), *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX* México, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, Miguel Ángel Porrúa, 2001.

_____ “Médicos científicos y médicos ilícitos en la Ciudad de México durante el porfiriato”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, México, vol. 19, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 1999.

_____ *Monuments of progress. Modernization and public health in México City, 1876-1910*, Calgary, University of Calgary Press/University Press of Colorado/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2003.

Alanís Rufino, Celia Mercedes., *En el niño está el porvenir de la patria. La institucionalización de la atención médica infantil, ciudad de México 1920-1943*, tesis inédita, Instituto de Investigaciones Históricas Dr. José María Luis Mora, 2010.

_____ *El Hospital de Maternidad e infancia, 1861-1905. Los inicios de la medicalización de la obstetricia en la ciudad de México*, México, Tesis inédita, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2007.

Alonso, José Félix., “De la caridad a la asistencia. Un enfoque de la pobreza y la marginación en México”, en *La atención Materno Infantil. Apuntes para su historia*, Secretaría de Salud, México, 1993.

Alvarado, María de Lourdes., *La educación “superior” femenina en el México del siglo XIX. Demanda social y reto gubernamental*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Estudios Sobre la Universidad, Plaza y Valdés Editores, 2004.

_____ *El siglo XIX ante el feminismo. Una interpretación positiva*”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1991.

Amorós, Celia., (dir.), *10 palabras clave sobre mujer*, Pamplona, Estella (Navarra), 1995.

Anzures, María del Carmen y Bolaños, *La medicina tradicional en México. Procesos históricos, sincretismo y conflictos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1983.

Aróstegui, Julio., “Los progresos de la ciencia, las artes y el pensamiento”, en Julio Aróstegui, Cristian Buchrucker y Jorge Saborido, *El mundo contemporáneo: historia y problemas*, España, Crítica Editorial, 2001.

Arreola, Betzabé., *¿Locura o disidencia? Las mujeres locas del Manicomio General de La Castañeda (1886-1920)*, México, Editorial Académica Española, 2011.

Arrom, Silvia, *Las mujeres de la ciudad de México, 1790-1857*, México, Siglo XXI, 1988.

_____ *La mujer mexicana ante el divorcio eclesiástico (1800-1857)*, México, Secretaria de Educación Pública, 1976.

Ávila Cisneros, Ignacio., Francisco Padrón Puyou (coords.), *Historia de la pediatría en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 1997.

Avisos saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación. Sacados de la Embriología Sacra del Sr. D. Francisco Manuel Canciamila, y puentos en castellano. Por el Dr. D Ignacio Segura. Médico de efa Corte. 1777.

Barran, José Pedro., *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos*, Montevideo, Banda Oriental, 1995.

Bazant, Jan., *Los bienes de la iglesia en México, 1856-1875. Aspectos económicos y sociales de la revolución liberal*, México, El Colegio de México, 1971.

Bazant, Mílada., *Historia de la educación durante el porfiriato*, México, El Colegio de México, 6a reimpr., 2006.

B. Cooper, Donald., *Las epidemias en la ciudad de México, 1791-1813*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Colección Salud y Seguridad Social- Serie Historia, 1980.

Blázquez Graf, Norma., *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas a las mujeres a la ciencia*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008.

Dávalos, Marcela., “La salud, el agua y los habitantes de la ciudad de México. Fines del siglo XVIII y principios del XX”, en Hernández Franyuti, Regina (comp.), *La ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX*, Tomo II, Instituto de Investigaciones José María Luis Mora, México, 1994.

Duby, Georges y Perrot, Mechelle., “Del destino social al destino personal”, en Georges Duby, Mechelle Perrot, *Historia de las mujeres en Occidente*, vol. 4 (El siglo XIX), Editorial Aguilar, 1993.

Cabré, Montserrat., “‘Como una madre, como una hija’: las mujeres en los cuidados de la salud en la Baja Edad Media”, en *Historia de las mujeres en España y América Latina. De la prehistoria a la Edad Media*, Isabel Moran (dir.), vol. I, Madrid, Cátedra, Segunda Edición, 2006.

Cano, Gabriela., “La polémica en torno al acceso de las mujeres a las profesiones entre los siglos XIX y XX”, en Josefina Mac Gregor (coord.), *Miradas sobre la nación liberal: 1848-1948. Proyectos, debates y desafíos. Libro 2. Formar e informar: la diversidad cultural*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010.

_____ “Ciudadanía y sufragio: el discurso igualitario de Lázaro Cárdenas”, en Marta Lamas, *Miradas feministas sobre las mexicanas del siglo XX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2007.

_____ “La historia de las mujeres: algunas preocupaciones metodológicas”, en *Problemas en torno a la historiografía de las mujeres*, México, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, 1988.

Carner Françoise, “Estereotipos femeninos en el siglo XIX”, en Carmen Ramos Escandón (coord.), *Presencia y transparencia. La mujer en la historia de México*, México, El Colegio de México, 2ª ed., 2006.

Carrasco Cristina, Borderías Cristina y Torns Teresa (eds.), *El trabajo de Cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata, 2011.

Carrillo, Ana Maria., “La alimentación ‘racional’ de los infantes: maternidad científica, control de las nodrizas y la lactancia artificial”, en Tuñón, Julia., (comp.), *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, 2008.

Castañeda López y Rodríguez de Romo, *Desafiando a la tradición. Las primeras egresadas de la Escuela de Medicina de México 1887-1936*, México, Academia Nacional de Medicina, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Universidad Autónoma de México Facultad de Medicina, 2014.

Castro y Bronfman, Mario., “Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión”, en Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, 1998.

Cházaro, Laura., “Reproducción y muerte de la población mexicana: cálculos estadísticos y preceptos higiénicos a fines de siglo diecinueve”, en Agostoni Claudia y Speckamn Elisa (eds.), *De*

normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.

Crispín Castellanos, Margarito., “Hospital de Maternidad e Infancia. Perspectiva histórica de un centro de beneficencia pública de finales de siglo XIX”, en *La atención Materno Infantil. Apuntes para su historia*, México, Secretaría de Salud, 1993.

Cuellar Hernández, Rosendo., *La religión nahua en Texoloc*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1982.

Cueto Marcos y Birn Anne- Emanuelle, “Syllabus del curso: Historia Social de la Salud Pública en América Latina”, en Marcos Cueto (ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 1996.

D. Raat, William., *El positivismo durante el porfiriato*, México, Secretaría de Educación Pública, 1975.

Ehrenreich, Bárbara., *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*, Barcelona, La Sal, 1984.

Ehrereich, Barbara y English, Deirdre., *Witches, midwives and nurses: a History of Women Healers*, New York, Feminist Press at Cuny, 1973.

Fernández Ortigoza, Ignacio., *Apuntes sobre la alimentación en la primera edad*, tesis para el examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, México, 1884.

Folbre, Nancy., “Medir los cuidados: género, empoderamiento y la economía de los cuidados”, en Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns (eds.), *El trabajo de los cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Libros de la Catarata, 2011.

Foucault, Michel., *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 22ª reimp., 2009.

_____ *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978)*, Buenos Aires, tr. Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2006.

_____ *Historia de la Locura en la época Clásica*, Fondo de Cultura Económica, España, 2006.

_____ *Las vidas de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, Madrid, La Piqueta, 1990.

García Peña, Ana Lidia., “Madres solteras, pobres y abandonadas: ciudad de México siglo XIX”, en *Historia Mexicana*, enero-marzo, año/vol. LIII, núm. 003, El Colegio de México, 2004.

_____ *Problemas metodológicos de la historia de las mujeres: la historiografía dedicada al siglo XIX mexicano*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1994.

González, Luis., “El liberalismo triunfante”, en *Historia General de México*, México, El Colegio de México, 10ª reimpr, 2009.

González Navarro, Moisés *El Porfiriato. La vida social*, en Cosío Villegas, *Historia Moderna de México*, México/Buenos Aires, Editorial Hermes, 3ª edición, 1973.

Gutiérrez del Olmo, “De la caridad a la asistencia. Un enfoque de la pobreza y la marginación en México”, en *La atención materno infantil. Apuntes para su historia*, México, Secretaría de Salud, 1993.

Gutiérrez Natividad Chong (coord.), *Mujeres y Nacionalismo en América Latina. De la independencia a la nación del nuevo milenio*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.

Herrera Feria, María de Lourdes., “Huérfanas, nodrizas y profesoras poblanas a finales del siglo XIX”, en María de Lourdes Herrera Feria, *Estudios históricos sobre las mujeres en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2006.

Huertas García, Rafael., *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones científicas, Centro de Estudios Históricos, 1987.

- _____. *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el estado liberal*, Barcelona, Octaedro- Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2008.
- H. Puleo, Alicia., “Patriarcado”, en Celia Amóros (coord.) *Diez palabras clave sobre mujer*, México, Editorial Verbo Divino, 1995.
- Huerta Jaramillo, Ana María Dolores., “La ropa sucia se lava en casa. La higiene como responsabilidad de la mujer en el México del siglo XIX”, en Gloria Tirado Villegas, *Construyendo la historia de las mujeres (Puebla, Tlaxcala, Sinaloa)*, México, Instituto Poblano de la Mujer y Centro de Estudios de Género, FFyL, BUAP, 2002.
- Incháustegui, Carlos., *Relatos del mundo mágico mazateco*, México, Centro Regional de Puebla-Tlaxcala, Instituto Nacional de Antropología e Historia/Secretaría de Educación Pública, 1977.
- Izquierdo María de Jesús, “El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién? Organización social y género, en *Debate Feminista*, año 15, vol. 30, octubre, 2004, pp. 129-153.
- Nash, Mary., “Nuevas dimensiones en la historia de la mujer”, en Mary Nash (eds.), *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Ediciones del Serbal, Barcelona, 1984.
- Jeffress Little, Cynthia., “Educación, filantropía y feminismo: partes integrantes de la feminidad argentina, 1860-1926”, en Asunción Lavrin (comp.), *Las mujeres latinoamericanas. Perspectivas históricas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985.
- Kalinsky, Beatriz, Arrue, W, y Rossi, Diana, *La salud y los caminos de la participación social marcas institucionales e históricas*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 6ª edición, 1993.
- Legorreta, Lozoya., *La herbolaria en México*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1988, Menéndez, E. L., *Prácticas populares, ideología médica y participación social: aportes sobre antropología médica en México*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, CIESAS, 1992.

León, Nicolás., *La Obstetricia en México. Notas bibliográficas, étnicas, históricas, documentarias y críticas, de los orígenes históricos hasta el año 1910*, Partes II, Tip. de la Vda de F. Diaz de Leon, Sucrs, México, 1910.

López Austin, Alfredo., *Textos de medicina náhuatl*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1984.

López Sánchez, Oliva., “La medicina higienista del siglo XIX y la regulación de la sexualidad”, en Edith Yesenia Peña, Lilia Hernández y Francisco Ortiz (coords.), *La construcción de las sexualidades*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2009.

_____ *La profesionalización de la gineco-obstetricia y las representaciones técnico-médicas del cuerpo femenino en la medicina de la ciudad de México (1850-1900)*, Tesis de doctorado en Antropología, CIESAS, México, 2004.

_____ *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*, México, Plaza y Valdés Editores, 1998.

Magallón Portolés, Carmen., “Privilegio epistémico, verdad y relaciones de poder. Un debate sobre la epistemología del Feminist Standpoint”, en, M. J. Barral, C. Magallón, C. Miqueo, M. D. Sánchez (eds.), *Interacciones Ciencia y Género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria, 1999.

Malvido, Elsa., “En el marco de la secularización, los hospitales de México en el siglo XIX. De la caridad a la salud pública”, en *XIII Reunión de Historiadores de México, Estados Unidos y Canadá*, Querétaro, octubre, 2010.

_____ *La población siglos XVI al XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial Océano, 2006.

_____ “Las epidemias en la ciudad de México, 1882-1850”, en Regina Hernández Franyuti, *La ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX*, tomo II, México, Instituto de Investigaciones doctor José María Luis Mora, 1994.

Martínez Barbosa, Xóchitl., “La Casa de los Niños Expósitos”, en *La atención Materno Infantil. Apuntes para su historia*, Secretaría de Salud, México, 1993.

Mendoza Castañeda, Elena., *La asistencia hospitalaria en la ciudad de México 1845-1895*, México, Tesis inédita, Universidad Autónoma Metropolitana, 2000.

Molina del Villar, América., “Remedios contra la enfermedad y el hambre”, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México. El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, México, Fondo de Cultura Económica, tomo III, 2005, pp. 182-183.

Morales Pereira, Samuel, “Algunas consideraciones sobre las causas que motivan la gran mortalidad de la primera infancia”, México, Tesis inédita, 1888.

Navarro y Cardona, Agustín., *Apuntes sobre la alimentación en la primera infancia*, tesis inédita, Escuela N. de Medicina de México, México, 1883.

Nuñez Becerra, Fernanda., “La degeneración de la raza a finales del siglo XIX. Un fantasma ‘científico’ recorre el mundo”, en José Gómez Izquierdo (coord.), *Los caminos del racismo en México*, México, Plaza y Valdés, 2005.

_____ “Mujer y trabajo en el siglo XIX: el ángel del hogar VS. La prostituta”, en María de Lourdes Herrera, *Estudios históricos sobre las mujeres en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2006.

Ortiz Gómez, Teresa., “Historia de la medicina e historia de las mujeres”. en *La historia de las mujeres: una revisión historiográfica* (coord.), Tomas Pérez, Magdalena Santo, Dueñas, María Jesús del Valdivieso, María Isabel del Valdivieso, Cristina de la Rosa Cubo, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial, 2004.

_____ “Espacios de sociabilidad femenina en la profesión médica en los siglos XIX y XX”, en Vicky Frías (coord.) *Las mujeres y la ciencia ante el siglo XXI*, Madrid, Universidad Complutense, 2001.

_____ *Medicina, historia y género; 130 años de investigación feminista*, España, Colección Alternativas, 2006.

Osorio Carranza, Rosa María., *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, Instituto Nacional Indigenista, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2001.

Palacios Gracia, Indira Dulce. M., “Bruja, supersticiosa o ignorante”, en María de Lourdes Herrera Feria (coord.), *Estudios Históricos sobre las Mujeres en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2006.

Parcero, Ma. de la Luz., *Condiciones de la mujer en México durante el siglo XIX*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1992.

Parra, Porfirio., “Ventajas e inconvenientes de la profesión médica. Conferencia a los alumnos de la Escuela N. Preparatoria”, en *La Escuela de Medicina*, tomo XXII, núm. 21, noviembre 15, 1907.

Palti, Elías José., *La invención de una legitimidad. Razón y retórica en el pensamiento mexicano del siglo XIX (un estudio sobre las formas del discurso político)*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005.

Pérez Sedeño, María Concepción., *Valores cognitivos y contextuales en periodo de ciencia normal. La medicina del siglo xx*, (Inédita), 2003.

Pérez Toledo, Sonia., *Población y estructura social de la Ciudad de México, 1790-1842*, México, Biblioteca de Signos, 2004.

Perrot, Michelle., “Haciendo historia: las mujeres en Francia”, en Carmen Ramos (coord.), *Género e Historia: la historiografía sobre la mujer*, México, Instituto Mora. Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.

Pizzigoni, Caterina., “Como frágil y miserable”: las mujeres nahuas del Valle de Toluca, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México. El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, México, Fondo de Cultura Económica, tomo III, 2005.

Postel, Jacques y Quéte, Claude., (comp.), *Historia de la psiquiatría*, 1983, p. 353.

Quezada, Noemí., Rodríguez Martha Eugenia y Suárez Marcela (eds.), *La Inquisición Novohispana*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, México, 2000.

Radkau, Verena., *Por la debilidad de nuestro ser. Mujeres del pueblo en la paz porfiriana*, México, Centro de Investigaciones de Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 168, 1989, p. 12.

Ramos Escandón, Carmen., “Mujeres positivas. Los retos de la modernidad en las relaciones de género y la construcción del parámetro femenino en el fin de siglo mexicano, 1880-1910”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (eds.), *Modernidad, Tradición y Alteridad. La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, p. 293.

Ramos Escandón Carmen (comp.), *Género e Historia. La historiografía sobre la mujer*, Instituto Mora, México, 1992.

_____ “Señoritas Porfirianas: Mujer e ideología en el México progresista, 1880-1910”, en Ramos Escandón, Carmen., (coord.) *Presencia y transparencia. La mujer en la historia de México*, México, El Colegio de México, 2ª edición, 2006.

Ríos Everardo, Maribel., *El género en la socialización profesional de enfermeras*, UNAM, México, 2001.

Rivera Gómez, Elva., “Los estudios de género y su relación con la historia. La historiografía reciente 1990-2000”, en Juan Andreo y Sara Beatriz Guardia (eds.), *Historia de las mujeres en América Latina*, vol. 2, España, Universidad de Murcia, 2002.

Rodríguez, Josep A. y de Miguel, Jesús María., *Salud y poder*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección monografías 112, 1990.

Sacristán, Cristina., “El pensamiento ilustrado ante los grupos marginados de la ciudad de México, 1767-1824”, en Regina Hernández Franyuti (comp.), *La Ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX*”, tomo II, México, Instituto de Investigaciones doctor José María Luis Mora, 1994.

Sánchez, María Eugenia y Salazar, Delia (coords.), *Los niños: su imagen en la historia*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2006, *Niños y adolescentes: normas y trasgresiones en México, siglos XVII-XX*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2008.

Sarasúa, Carmen., *Criadas, nodrizas y amos. El servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*, España, Siglo Veintiuno, 1994.

Scott, Joan Wallach., “La mujer trabajadora en el siglo XIX”, en Fraisse, Genevière y Perrot, Michelle., *Historia de las mujeres en Occidente*, tomo 4, España, Taurus, 1993.

_____ *Género e Historia*, México, Fondo de Cultura Económica. Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2008.

Septién, José Manuel., *Historia de la Ginecología y la Obstetricia en México*, Instituto Gineco-Obstetrica Santa Teresa, México, 1986, p.189.

Signorini, Italo., *Los tres ejes de la vida: almas, cuerpos, enfermedad entre los nahuas de la Sierra de Puebla*, Xalapa, Universidad Veracruzana, 1989.

Soustelle, Jacques., *La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la conquista*, México, Fondo de Cultura Económica, 1982.

- Speckman Guerra, Elisa., “Las tablas de la Ley en la era de la modernidad. Normas y valores en la Legislación porfiriana”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (editoras), *Modernidad, Tradición y Alteridad. La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.
- Staples, Anne Folger Dean., “El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico”, en Tuñón Julia Pablos (comp.), *Enjaular los cuerpos. Normatividades decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México, 2008.
- Starr, Paul., *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*, México, Fondo de Cultura Económica, 1991.
- Suárez Laura y López Guazo, *Eugenesia y racismo en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, 2005.
- Tanck de Estrada, Dorothy., “Muerte precoz, los niños en el siglo XVIII”, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 2005.
- Tenorio Trillo, Mauricio., *Artilugio de la nación moderna. México en las exposiciones universales, 1880-1930*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998.
- Towler, Jean y Bramall, Joan., *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Barcelona, Masson, 1997.
- Tubert, Silvia., (ed.), *Figuras de la madre*, Madrid, Editorial Feminismos, 1996, pp. 106-107.
- Viesca Treviño, Carlos., “La materialización de un sueño”, en Díaz de Kury Martha y Viesca Treviño Carlos (coord.), *Historia del Hospital General de México*, México, Hospital General de México, 1994.
- Villalbazo José y Vargas Rogelio, “Reseña histórica del hospital de la mujer”, en *La atención Materno Infantil. Apuntes para su historia*, México, Secretaría de Salud, 1993.

Zea, Leopoldo., *El positivismo en México: nacimiento, apogeo y decadencia*, México, sexta reimp., Fondo de Cultura Económica, 1990.

Zolla Carlos, "Clasificación y funciones de los terapeutas tradicionales", en *Instituto Mexicano del Seguro Social, Medicina tradicional y herbolaria: materiales para su estudio*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984.

Zolla, Carlos., y Carrillo, Ana María., "Mujeres, saberes médicos e institucionalización", en Juan Guillermo Figueroa Perea (Comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México, 1998.

Hemerografía:

Abogado, Enrique L., "La medicación alcaloide en la práctica ginecológica", *Crónica Médica Mexicana*, tomo VII, núm. 9, septiembre de 1904, p. 241.

Agostoni, Claudia., "Salud pública y control social en la Ciudad de México a finales del siglo diecinueve", en *Historia y Grafía*, núm. 17, 2001.

Alanís Rufino, Mercedes., "Una cuestión de parteras y médicos. Mujeres en el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México, 1861-1905", en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 12, vol. 2, 2009.

"Alimento de Wagner para los niños. El mejor sustituto de leche materna", en *La Escuela de Medicina*, Mayo 1, núm. 13, tomo XI, México, 1891, pp. 285-286.

Altamirano, Fernando., "Algunas observaciones sobre las plantas medicinales indígenas, Cascalote y Lentejilla", en *Academia Nacional de Medicina*, tomo 17, 1882.

_____ "El método hídrico", en *Gaceta Médica de México*, tomo XXIV, núm. 11. 1891.

Alvarado María de Lourdes, *Matilde Montoya: primera médica mexicana*, México, Ciencia y desarrollo, CONACYT, Sept.-Oct., 1994.

Alvarado Ma. De Lourdes y Becerril Guzmán, Elizabeth., "Mujeres y educación superior en el México del siglo XIX", en *Publicaciones digitales dgsca*, 3 de marzo de 2007.

Anónimo, “Opiniones de algunos médicos de México sobre el Estado Sanitario de la Ciudad”, *Medicina Científica*, tomo VI, entrega 5, marzo de 1893.

Aragón, Enrique., “Los retrasados mentales”, en *Obras Completas del Dr. Enrique Aragón. Mis 31 años de académicos*, 1929, p. 134.

Aréchiga Córdoba, Ernesto., “Dictadura sanitaria, educación y propaganda higiénica en el México revolucionario, 1917-1934”, en *Dynamis, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, núm. 25, 2005.

Arrom, Silvia Marina., “Las señoras de la caridad: pioneras olvidadas de asistencia social en México, 1863, 1910”, en *Historia Mexicana*, Vol. LVII, núm. 2, octubre-diciembre, 2007.

Báez- Jorge, Félix., “Racismo y etnocentrismo en el pensamiento político del Porfiriato y la Revolución Mexicana (apuntes para el memorial del etnocidio)”, en *Sotavento*, México, Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales, Universidad Veracruzana, vol. 1, núm. 1, 1997.

Bartra, Armando., “Teoría y práctica del racismo. Plantaciones y monterías en el porfiriato”, en *Revista Ciencias*, Universidad Nacional Autónoma de México, núm. 60-61, octubre 2000-marzo 2001.

Beatriz Urías Horcasitas, “Medir y civilizar”, en *Revista Ciencias*, Universidad Nacional Autónoma de México, núm. 60-61, octubre 2000-marzo, 2001.

Boletín del Consejo Superior de Salubridad, tomo 1, núm. 10, 1892.

Cabré I Pairet, Montserrat, Ortiz Gómez, Teresa., (eds.), “Mujeres y salud: Prácticas y saberes”, *Dynamis*, núm. 19, 1999.

Cano, Gabriela., “Género y construcción cultural de las profesiones en el porfiriato: magisterio, medicina, jurisprudencia y odontología”, en *Historia y Grafía*, número 14, México, Universidad Iberoamericana, 2000.

Capetillo., V. B, Rodríguez, “Hospital de maternidad. Clínica de obstetricia. Movimiento habido el mes de febrero de 1876”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XI, vol. 15, 1875.

Carrillo, Ana María., “Los médicos y la ‘degeneración de la raza indígena’”, *Ciencias*, núms 60-61, octubre-marzo, 2000-2001, pp. 64-70.

Carrillo, R., “La cuna: su pasado, su presente, su porvenir”, en *Gaceta Médica de México*, pp. 320-321.

_____ “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, en *Dynamis*, núm. 19, 1999.

_____ “Los médicos y la ‘degeneración de la raza indígena’”, en *Ciencias*, núm. 60-61, octubre-marzo, 2001.

_____ “Economía, política y salud pública en el México Porfiriano (1876-1910)”, en *História, Ciências, Saúde . Manguinhos*, vol. 9 (suplemento), 2002.

Castillo Troncoso, Alberto., “Imágenes y representaciones de la niñez en México en el cambio del siglo XIX al XX. Algunas consideraciones en torno a la construcción de una historia cultural”, en *Cuicuilco*, México, septiembre-diciembre, vol. 10, núm. 29, 2003.

Coello Kuon – Yeng, *Revista Médica de Nuestros Hospitales*, Guayaquil, vol. 17 núm. 4, 2011.

Crónica Médica Mexicana, tomo II, núm. 1, julio, 1898.

Crónica Médica Mexicana, vol. VII, num.12, 1904. p. 322.

Criado y Aguilar, “La herencia morbosa y los niños”, en *La Medicina Científica*, tomo VII, número 15, 1894, pp.235-236.

“Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, en *La medicina científica*, Tomo IV, núm. 16, 1891, pp. 241-242.

Cuevas Guajardo Leticia y Guillén Cadena, “Breve Historia de la enfermería en México”, en *Revista electrónica de investigación en enfermería, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México*, vol. 1, núm. 1, febrero, 2012.

Dávalos López Marcela, “Párrocos y médicos en torno a las parturientas: un siglo en contra de las comadronas-“, en *Dimensión Antropológica*, vol. 13, Agosto, 2009.

D. Apple, Rima., “Constructing mothers. Scientific motherhood in the nineteenth and twentieth centuries”, *Social History of Medicine*, núm. 8, 1995.

D. Renté, Santiago., *Algunas consideraciones sobre la importancia del reconocimiento de las nodrizas*, México, 1900, p. 30.

De Garay, Adrián., “Higiene. Los microorganismos del suelo en relación con la higiene”, en *Gaceta Médica de México*, vol. XXXII, núm. 12, 1895, p.255.

_____ “Los microorganismos del suelo en relación con la Higiene”, en *Gaceta Médica de México*, vol. XXXII, núm. 12, 1895, p. 254.

Di Liscia, María Silvia., “Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina”, 1870-1940, en *Signos Históricos*, núm. 13, enero-junio, 2005.

“El cuidado del periné durante el parto”, en *La escuela de Medicina*, Octubre 15, núm. 8, Tomo. IV, 1882.

Farge Charleville, Arlette., “La historia de las mujeres. Cultura y poder de las mujeres: Ensayo de historiografía, en *Historia Social*, núm. 9, 1991.

Fernández Ortigoza, *Apuntes sobre la alimentación en la primera edad*, tesis inédita, México, 1884, p. 70.

Flores Gutiérrez Sonia y Ramos Mariblanca R., “La mujer y las ciencias de la salud, durante el Siglo XIX”, en *Revista de la Facultad de Medicina*, Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 43 núm. 6, noviembre-diciembre, 2000.

Gaceta Médica de México, tomo XVIII, vol. 23, 1883.

Gaceta Médica de México, tomo XX, núm. 23, 1885.

Gaceta Médica de México, tomo XX, núm. 3, 1885.

Gaceta Médica de México, tomo XX, núm. 18, 1885.

García Peña, Ana Lidia., “Madres Solteras, pobres y abandonadas: Ciudad de México, siglo XIX”, en *Historia Mexicana*, Vol. LIII, enero-marzo, número 3, El Colegio de México, 2004, pp.647-692.

Gaviño, Ángel., “Higiene pública. Opinión respecto del saneamiento de la ciudad de México”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XXXIV, núm. 13, 1897, pp. 343-360.

Guerra Bravo, Samuel., “Problemas epistemológicos en el estudio del saber popular”, en Vladimir Serrano, Ruth Gordillo, Samuel Guerra, (*et. al.*), *Ciencia Andina*, Ecuador, Ediciones Abya- Yala, segunda edición, 1990.

González Canalejo, Carmen., “Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la ‘cuestión social’ (1857-1936), en *Dynamis*, núm. 27, 2007.

González Navarro, Moisés., “Las ideas raciales de los científicos, 1890-1910”, *Historia Mexicana*, vol. 4, núm. 37, 1988.

González Urueña, Jesús., “Proyecto de reformas al servicio médico de policía”, *La Escuela de Medicina*, tomo XX, núm. 16, agosto de 1905, p. 362.

Gorbach, Frida., “La historia, la ciencia y la nación. Un estudio de caso en el México decimonónico”, en *Dynamis: Acta Hispanoica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 33, núm. 1, 2013.

Gutiérrez, M., *Obstetricia. Necesidad de la sobrevigilancia médica en el puerperio*, núm. 14, vol. XXI, 1902.

“Herencia Médica”, en *Crónica Médica Mexicana*, tomo II, núm. 7, 1899, pp. 186-188.

Hernández Gamboa, Eduardo., “Genealogía Histórica de la Lactancia Materna”, en *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, Septiembre-Marzo, núm. 15, 2009.

Hernández Morales, Luis Ernesto., “Criar hijos ajenos: Las nodrizas en México durante los siglos XVIII y XIX”, en *Revista Bicentenario*, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México, núm. 14, 2011.

Herrera, Daniel., *La alimentación de los niños*, Tesis inédita, México, 1889.

“Higiene. Las aguas potables de la Capital de México”, en *Gaceta Médica de México*, vol. XIX, núm. 4, 1884, pp. 89-516.

Horcasitas, Beatriz Urías., “Medir y civilizar”, *Ciencias*, núms. 60-61, octubre-marzo, 2000-2001, 2004.

Icaza, J. R., “Higiene Infantil. Algunas consideraciones sobre la lactancia”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XIX, núm. 12, 1884, p. 257.

_____ “Algunas consideraciones sobre la lactancia. Inanición en los niños recién nacidos por la alimentación insuficiente”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XIX, núm. 12, 1884 p. 257.

Ichon, Alain., *La religión de los totonacos de la sierra*, México, Secretaria de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista, Serie Antropología Social, núm. 16.

Iglesias, Manuel S., “Higiene. Breves consideraciones acerca de la mortalidad infantil”, *Gaceta Médica de México*, octubre, núm. 19, 1898.

_____ “Medidas que deben adoptarse para disminuir el número de fallecimientos en los cinco primeros años de la vida”, en *Gaceta Médica de México*, tomo 3, núm. 22, 1903.

_____ “El número de fallecimientos en los cinco primeros años de la vida”, en *Gaceta Médica de México*, vol. III, núm. 22, 1903, pp. 336-337.

Ingenieros, José., “Patología de las funciones psicosexuales. Nueva clasificación genérica”, en *La Escuela de Medicina*, tomo XXV, núm. 12, 1910.

Iratí Palmero, Alicia., “Mujeres profesionales que ejercieron en Argentina en el siglo XIX”, en *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 12, núm. 38, mayo-agosto, Universidad Autónoma del Estado de México, 2005, p. 61.

Jover, Cándido., “Indicaciones según el sexo”, *La Medicina Científica*, tomo IX, entrega 19, octubre de 1896, pp. 298-299.

La atención intercultural de las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud, Dirección de Medicina Tradicional y desarrollo intercultural, México, 2009.

La Escuela de Medicina, tomo, XXII, núm. 4, febrero 28, 1907.

La Escuela de Medicina, tomo XXII, núm.5, marzo 15, 1907.

La Escuela de Medicina, mayo 15, núm. 14, tomo IX, México, 1891.

La Escuela de Medicina, tomo XV, octubre 15, núm. 6, 1899.

Lara y Pardo, “La enseñanza de la higiene en México”, *La Escuela de Medicina*, tomo XIX, núm. 5, marzo, 1904, pp. 97-98.

“La rivalidad entre médicos y curanderos mexicanos durante el siglo XIX”, en *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*, La Habana, Julio-diciembre, núm. 102, 2007.

Leyton Robinson, César y Huertas, Rafael., *Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile.*

La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875), en *Dynamis: Acta Hispanoica and Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 32, núm. 1, 2012.

López Austin, "Cuarenta clases de magos del mundo náhuatl", en *Estudios de Cultura Náhuatl*, vol. VII, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1967.

López Sánchez, Oliva., “La mirada médica y la mujer indígena en el siglo XIX”, en *Ciencias*, Revista de cultura científica de la facultad de ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México, octubre 2000-marzo 2001, núm. 60-61.

M. Cowley, Luis., “Cátedra de Higiene”, en *La Escuela de Medicina*, Tomo XXIV, núm. 28, 1909.

María Reyes, José., “Mortalidad de la niñez”, en *Gaceta Médica de México*, Tomo XIII, vol. 20, 1878, p. 377-385.

Malanco, Fernando., “La Higiene en la República Mexicana”, en *La medicina Científica*, tomo V, núm. 1, 1892, pp. 5-8.

Manly, Alejandro., *El Álbum de la Mujer*, Año 2, tomo 3, núm. 13, Septiembre, 1884.

Martínez Barbosa, Xóchitl., *El Hospital de San Andrés, un espacio para la enseñanza, la práctica y la investigación médicas, 1861-1904*, México, Siglo XXI, 2005.

“Mejoramiento de la raza”, *La Escuela de Medicina*, tomo xxvii, núm. 16, agosto de 1912.

Menéndez. L, Eduardo., *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, núm. 13, México, Ediciones de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Secretaría de Educación Pública, Cuadernos de la Casa Chata, 1981.

Mestre, A., “Algunos datos para la topografía médica de Galeana”, en *Crónica Médica Mexicana*, tomo II, número 10, abril, 1899.

Morales Pereira, Samuel, “Algunas consideraciones sobre las causas que motivan la gran mortalidad de la primera infancia”, México, Tesis inédita, 1888.

Navarro y Cardona, Agustín., *Apuntes sobre la alimentación en la primera infancia*, tesis inédita, Escuela N. de Medicina de México, México, 1883.

Núñez Becerra, Fernanda., “Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista”, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 13, vol. 1, 2010.

_____ *Los secretos para un feliz matrimonio. Género y sexualidades la segunda mitad del siglo XIX*”, en *Estudios de Historia moderna y contemporánea de México*, México, núm. 33, enero-junio, 2007.

_____ “Mujer y trabajo en el siglo XIX: el ángel del hogar VS. La prostituta”, en María de Lourdes Herrera, *Estudios históricos sobre las mujeres en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2006.

Ortiz Gómez, Teresa., “Interacciones salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica”, en *Diálogo Filosófico*, núm. 59, 2004.

_____ Birriel Salcedo, Johanna, Ortega del Olmo, Rosa, “Género, profesiones sanitarias y salud pública”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 1, núm. 18, 2004.

_____ “Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX”, en *Arenal*, vol. 1, núm. 6, 1999, pp. 1134-6396.

_____ “La práctica sanitaria en la historia. ¿Una cuestión femenina?”, en *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, núm. 23, 2007.

_____ y Denise Bernuzzi Sant’Anna, “Perspectives on gender and health”, en *Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts*, núm. 12, 1992.

_____ “De matrona a matrona: Francisca Iracheta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870”, *Arenal*, vol. 1, núm. 6, 1999.

_____ “Género, profesiones sanitarias y salud pública”, en *Gaceta Sanitaria*, núm. 18, suplemento 1, 2004, p. 190.

_____ Johanna Birriel- Salcedo y Rosa Ortega, “Género, profesiones sanitarias y salud pública”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, suplemento 1, Barcelona, 2004.

Orvañanos, Domingo., “Higiene Pública”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XXVI, núm. 16, 1891, p. 316.

_____ “Breves consideraciones acerca de la influencia del suelo de la ciudad de México, como causa de la endemia de afecciones intestinales-“, en *Gaceta Médica de México*, vol. XXXI, núm. 10, 1894, pp. 185-189.

Parra, Porfirio., “Algunas consideraciones sobre la estadística médica”, en *Gaceta Médica de México*, vol. V, núm. 12, 1910.

Pérez Loredó, Luz., “Momentos históricos de la enfermería en México”, en *Revista Higiene*, núm. 38, vol. 2, Sociedad Mexicana de Salud Pública.

“Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 14, núm. 3, mayo/junio, México, 2004.

“Para nuestros hijos cuando tengas diez y ocho años. Consejo de un médico”, en *La Escuela de Medicina*, tomo XVIII, núm. 16, 1903, p. 374.

Piccato, Pablo., “La construcción de la perspectiva científica: miradas porfirianas a la criminalidad”, en *Historia Mexicana*, XLVII: 1.

Ramos, Manuel., “De las relaciones que deben mediar entre el médico y las parteras”, en *La Escuela de Medicina*, tomo I, septiembre 1, 1879, núm. 5.

“Reglamento al que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión”, en *La Medicina Científica*, tomo V, núm. 11, 1892.

Reglamento del Consejo Superior de Salubridad”, en *La medicina científica*, tomo V, núm. 8, 1982, pp. 117-118.

Renté, Santiago D., *Algunas consideraciones sobre la importancia del reconocimiento de las nodrizas*, México, 1900, p. 30.

Reyes, Agustín., “Estudio sobre la mortalidad de México habida en el año de 1880”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XVI, núm. 21, 1881.

Reyes, José María., “Estadística de mortandad de niños en Berlín, según la alimentación”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XXII, núm.2, 1887, p. 40.

_____ “Mortalidad de la niñez”, en *Gaceta Médica de México*, Tomo XIII, vol. 20, 1878.

Revista electrónica de investigación en enfermería. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 1, núm. 1, Febrero, 2012.

Rivera Tapia, José Antonio., “La situación de salud pública en México (1870-1960)”, en *Revista Hospital General Dr. Manuel Gea González*, Enero-Abril, vol.6, núm. 1, p. 41.

Rodríguez, Martha Eugenia., “Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y el parto en el México Virreinal”, en *Anuario de Estudios Americanos*, tomo LVII, núm. 2, 2000.

Rodríguez Romo, Ana Cecilia., “los médicos como gremio de poder en el Porfiriato”, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 5, vol. 2, 2002, pp. 4-5.

Rodríguez de Romo, Ana Cecilia y Rodríguez Pérez, Martha Eugenia., “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, vol. 2, julio- octubre, 1998.

Rodríguez, Ana Cecilia., “Los médicos como gremio de poder en el Porfiriato”, en *Boletín Mexicano de historia y Filosofía de la Medicina*, México, núm. 5, vol. 2, 2002.

Rojas Enríquez Carlos, “El Hospital Juárez de San Pablo”, en *Revista del Hospital Juárez de México*, México, Abril- Junio, vol. 75, núm. 2.

Salud. Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud, “100 años de Enfermería en México”, número 55, febrero, 2007, p. 3.

Sales Gelabert, Tomeu., “Ciudadanía y cuidados, apuntes para una política feminista democrática”, en *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, núm. 63, 2014.

Septién, José Manuel., *Historia de la ginecología y la obstetricia en México*, México, Instituto Gineco- Obstetra, Santa Teresa, 1986.

Serret, R., “Elección de nodrizas”, en *La Escuela de Medicina*, Octubre 15 de 1888, núm.19, tomo IX.

Shadow, María J. Rodríguez., “Interacciones de raza, clase y género en Nuevo México”, en *Política y Cultura*, número 14, 2000.

Stern, Alexandra., “Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México posrevolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960”, *Relaciones*, vol. 21, núm. 81, (invierno) 2000.

Staples, Anne., “Las parteras en el México decimonónico”, en *Revista GenEros*, México, Junio 2000, año 7, núm. 21, p. 29.

Torres Barrera, Sara y Zambrano Lizárraga, Elvia., “Breve historia de la educación de la enfermería en México”, en *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, núm. 18, vol. 2, 2010.

Troncoso, Alberto del Castillo., “Imágenes y representaciones de la niñez en México en el cambio del siglo XIX al XX. Algunas consideraciones en torno a la construcción de una historia cultural”, en *Cuicuilco*, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, vol. 10, núm. 29, 2003.

Vallejo Gustavo y Huertas Rafael., “La ciencia en el disciplinamiento de la ciudad moderna”, en *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, vol. 32, núm. 1, 2012.

Van Den Eynde, “Género y ciencia, ¿términos contradictorios? Un análisis sobre la contribución de las mujeres al desarrollo científico”, en *Revista Iberoamericana de Educación*, núm. 6, Septiembre-Diciembre, 1994.

Vargas Gregorio, ¿Existe el empacho en los niños?, México, 1873, p. 47.

Villada, Manuel María., “Apuntes acerca de especies indígenas de la familia de los helechos empleadas en la medicina”, en *Gaceta Médica de México*, tomo XXXII, número 51, 1895.

Fuentes de Archivo

- Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), Fondo: Beneficencia Pública Sección: Establecimientos Hospitalarios Serie: Hospital del Divino Salvador.
- AHSSA, Fondo: Casa de Niños Expósitos, Sección: Nodrizas, Libro Inspección de nodrizas.

- AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital de Maternidad e Infancia. Reglamento del Hospital de Maternidad e Infancia.
- AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital de Maternidad e Infancia. Reglamento del Hospital de Maternidad e Infancia.
- AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital de Maternidad e Infancia. Reglamento del Hospital de Maternidad e Infancia.
- AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Morelos, Reglamento del Hospital Morelos. Y nómina de sueldos de empleados.
- AHSSA Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Juárez, *Reglamento del Hospital*.
- AHSSA Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital Divino Salvador, *Reglamento del Hospital*.
- AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital del Divino Salvador, Reglamento del Hospital.
- AHSSA, Hospital de San Andrés, Escuela Teórico-práctico de enfermeras, *Convocatoria para ingresar a la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeras, que prestará sus servicios en el Hospital General*.
- AHSSA, Fondo: Salubridad Pública, Sección: Establecimientos dependientes, Serie: Escuela de Enfermeras del Hospital General.
- AHSSA, Hospital de San Andrés, Escuela Teórico-práctico de enfermeras.
- AHSSA, Fondo: Salubridad Pública, Sección: Establecimientos Dependientes, Serie: Escuela de Enfermeras del Hospital General.
- Archivo Histórico de la Universidad Nacional Autónoma de México, Fondo: *Escuela Nacional de Medicina*, Ramo: Institutos y Sociedades Médicas, Subramo: Sociedad Liga de Parteras.

- Reglamento de la inspección de nodrizas de la Casa de niños Expósitos. Capítulo I. “De las nodrizas “. Reglamento provisional de la Casa de niños Expósitos titulada “la cuna”. Aprobada por el secretario de gobernación, México, 1898.
- *Reglamento del cuerpo de enfermeras del Hospital General*, Archivo Histórico de Salubridad, Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital General.
- Archivo Histórico del Antiguo Colegio de Medicina. Fondo: Escuela Nacional de Medicina y alumnos, Sección: Secretaria.
- Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, Sección: Protomedicato, “Dictamen sobre actividades de parteras, dentistas y flebotomianos”, octubre 20, 1854.

Fuentes de Internet

Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos. Sancionada y jurada por el Congreso General Constituyente el día 5 de febrero de 1857, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

<http://bib.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/ecm/35716152323148053754491/index.htm>