



Medicina y sociedad:

saberes, discursos y prácticas.

Siglos XVI al XX

Gerardo Martínez Hernández, coordinador

historia
de la educación

iiSUE

El presente libro pretende mostrar las formas en que la historia de la medicina puede relacionarse con la sociedad desde posiciones muy variadas, y las colaboraciones que lo componen son un ejemplo de los diálogos de la enseñanza y la práctica de la medicina con la historia y con la sociedad. La temporalidad va del siglo XVI, cuando en el Nuevo Mundo se impuso el modelo europeo de corte hipocrático-galénico, pasa por los cambios derivados de los movimientos culturales de la Ilustración y el Romanticismo, y termina en la modernidad del siglo XX. En esta temporalidad acontecen varias transformaciones teóricas en la ciencia médica, que van desde la antigua teoría humoral hasta los modelos ilustrados y cientificistas surgidos entre los siglos XVIII y XX. Aun cuando el ámbito geográfico se centra principalmente en México, dos contribuciones miran hacia Latinoamérica y Europa. Todas se enfocan en la medicina académica; es decir, la que se enseñaba y se ejercía en los espacios institucionales, pues se debe recordar que la medicina fue la primera ciencia institucionalizada y, por lo tanto, cuenta con una larga tradición dentro de la historia de la medicina, no así dentro de la historia de la educación.

Medicina y sociedad:

saberes, discursos y prácticas.

Siglos XVI al XX

historia
de la educación

iisue

Descarga más libros de forma gratuita en la página del [Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación](http://www.iisue.unam.mx/libros) de la Universidad Nacional Autónoma de México

**www.
iisue.
unam.
mx/
libros**

Recuerda al momento de citar utilizar la URL del libro.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOBRE LA UNIVERSIDAD Y LA EDUCACIÓN
Colección Historia de la Educación

Medicina y sociedad:

saberes, discursos y prácticas.
Siglos XVI al XX

Gerardo Martínez Hernández, coordinador



iisue

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación
México, 2019

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas

Nombres: Martínez Hernández, Gerardo, editor.

Título: Medicina y sociedad : saberes, discursos y prácticas : siglos XVI al XX / Gerardo Martínez Hernández, coordinador.

Descripción: Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, 2019. | Serie: IISUE Historia de la educación.

Identificadores: LIBRUNAM 2055008 | ISBN 978-607-30-2365-8.

Temas: Medicina social – México - Historia. | Medicina social - América Latina - Historia. | Atención médica – México –Historia. | Salud pública – México – Historia. | Medicina - Aspectos sociales – México.

Clasificación: LCC RA418.3.M6.M435 2019 | DDC 362.10972—dc23

Este libro fue sometido a dos dictámenes doble ciego externos, conforme a los criterios académicos del Comité Editorial del Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La obra es producto de la investigación “Los médicos de la Real Universidad de México en la sociedad novohispana. Siglos XVI al XVIII” financiada por el PAPIIT (1A400916).

Coordinadora editorial
Bertha Ruiz de la Concha

Edición
Dania Beltrán Parra

Edición digital (PDF)
Jonathan Girón Palau

Diseño de cubierta
Diana López Font

Primera edición en PDF: 2020

DR© Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación,
Centro Cultural Universitario, Ciudad Universitaria,
Coyoacán, 04510, Ciudad de México,
<http://www.iisue.unam.mx>
Tel. 56 22 69 86

ISBN (impreso): 978-607-30-2365-8
ISBN (PDF): 978-607-30-4069-3



Esta obra se encuentra bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Hecho en México

- 9 Introducción
Gerardo Martínez Hernández
- 29 SABERES Y DISCURSOS
- 31 Españoles nacidos en Indias: la construcción del criollo en la obra
Problemas y secretos maravillosos de las Indias,
de Juan de Cárdenas, 1591
Gerardo Martínez Hernández
- 77 Partería novohispana y pensamiento ilustrado en el siglo XVIII
Irina Adalberto Ravelo Rodríguez
- 133 “Entonar los nervios”. El caso del medicamento Cardui
Carolina Narváez Martínez
- 167 PRÁCTICAS Y REPRESENTACIONES
- 169 La modernización de los servicios médicos militares en 1846
Marianne Patricia Guadalupe Bourdelle Cazals Kirsch
- 197 Una mirada médica a la infancia de la Ciudad de México
en los últimos decenios del siglo XIX y en los primeros del XX
Carlos Rolando del Castillo Troncoso

- 231 TRANSICIÓN Y DISIDENCIA
- 233 El hospital que no existe de hecho, pero sí de derecho:
la supresión del Hospital de San Juan de Dios
de la Ciudad de México, 1821-1826
Xóchitl Martínez Barbosa
- 251 Mary W., *Frankenstein* y la historia de la ciencia
en las universidades
Clara Inés Ramírez González
- 291 Siglas y acrónimos
- 293 Los autores

Gerardo Martínez Hernández

LA MEDICINA EN LA HISTORIA DE MÉXICO.
UN BREVE ESBOZO HISTORIOGRÁFICO, SIGLO XX

Después de pasar un largo letargo historiográfico, que se extendió desde fines del siglo XIX hasta las décadas centrales del XX, la historia de la medicina en México tomó un nuevo impulso que no ha cesado desde entonces. En el siglo pasado, el caso particular de la historia como disciplina sobresalió por la disputa que tuvo lugar desde fines de la década de los años treinta hasta las postrimerías de los cuarenta. En esta coyuntura, se enfrentó el ala “tradicional” o cientificista, de vieja raigambre porfirista y ligada al positivismo, y la “marginal” o historicista, vinculada con las teorías del historiador alemán Leopoldo von Ranke. El telón de fondo de este desafío intelectual era una sociedad que cambiaba de manera acelerada y que requería nuevas herramientas teóricas y metodológicas en los campos sociales y humanísticos para tratar de explicarse a sí misma. Fueron años de cambio. Durante el sexenio de Lázaro Cárdenas (1934-1940) apareció un nuevo nacionalismo que tenía la necesidad de sustentarse teóricamente para pasar página al inmediato Estado posrevolucionario, que todavía se encontraba teñido por la violencia y la descomposición social. Era un momento de reconstrucción. Después de la inestabilidad causada por la Revolución y su posterior reacomodo de fuerzas, parecía llegar un momento de reconciliación y fue aquí donde la historia entró en escena, pues daría las bases para escribir un metarrelato nacional, obviamente tomando

como modelo la conformación del Estado. No es casual que justo en ese momento la historia comenzara su profesionalización, con la creación de estudios superiores y la fundación de distintos centros, instituciones y sociedades dedicados a la investigación del pasado mexicano. Entre los años treinta y cuarenta se consolidaron la historia y la historiografía mexicanas, auspiciadas por el gobierno, que se encontraba en plena metamorfosis. Su resultado final sería la revolución institucionalizada en un partido político, que se sustentaba, a su vez, en una historia de Estado.

En 1933 tuvo lugar el Primer Congreso de Universitarios Mexicanos, en donde Antonio Caso, maestro de la vieja guardia intelectual, se enfrentó al joven Vicente Lombardo Toledano. Era el primer atisbo de una pugna que duraría por lo menos dos décadas más. México vivía una etapa de furor político y de nuevas ideas.¹ A fines de esa misma década, con la llegada de algunos intelectuales españoles exiliados, varias disciplinas científicas y humanísticas se vieron revitalizadas. El éxodo español, que tuvo lugar entre 1936 y 1939, implicó un aporte significativo al campo de la historia. Entre los personajes que llegaron estaban figuras de la talla de Ramón Iglesia, Eugenio Imaz, Joaquín Xirau, José Gaos y Wenceslao Roces. La mayor parte del grupo español de élite, como se le ha denominado a estos refugiados, se instruyó en la reforma educativa española. Esta reforma transformó en pocos años el panorama científico y cultural de España en los inicios del siglo xx. En aquella época se crearon en la península ibérica distintos centros de apoyo a la educación. Uno de ellos fue la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas, cuya finalidad era apoyar a los estudiantes españoles para que fueran al extranjero a completar su formación académica. Cientos de jóvenes fueron enviados a estudiar a Francia, Suiza, Inglaterra, Holanda y Alemania. Tres décadas después de haber comenzado la reforma educativa en España, sus resultados eran ya visibles. Resulta interesante saber que, entre los científicos e intelectuales que vinieron a México durante la Guerra Civil Española,

1 A. Moctezuma, "El camino de la historia hacia su institucionalización", *Historia y Grafía*, 2005, p. 48.

fueron los médicos el grupo más numeroso.² Entre aquellos galenos sobresalieron Francisco Guerra y Germán Somolinos d'Ardois, quienes hicieron una importante aportación historiográfica al estudio de la medicina en México y ayudaron a marcar un nuevo derrotero en la manera de hacer historia de la ciencia y la medicina en nuestro país. Mientras tanto, en el mismo rubro historiográfico de la ciencia y la medicina, ya destacaban los mexicanos José Joaquín Izquierdo, Nicolás León, Enrique Beltrán y Francisco Fernández del Castillo. Todos habían llevado a cabo un significativo trabajo de difusión de la historia científica y médica mexicana.

En la década de los cuarenta pareció establecerse una conciencia histórica entre los investigadores científicos.³ En 1942, la universidad encargó a Blas Cabrera la apertura de una cátedra de historia de la física. Al año siguiente, Maldonado Koerdell y Enrique Beltrán presentaron dos estudios acerca de la historia de las ciencias naturales. Tres años más tarde José Joaquín Izquierdo presentó en el VII Congreso Mexicano de Historia una ponencia titulada "Algunas proposiciones encaminadas a promover el estudio de la historia de la ciencia". Ya en la década de los cincuenta surgieron algunas publicaciones dedicadas al estudio de la historia, como *Historia Mexicana* o la revista *Sinopsis*, en las que se presentaban artículos de historia de la ciencia. En esa misma época otras revistas también comenzaron a presentar trabajos de carácter histórico-científico, tales como *La Prensa Médica Mexicana*, *Medicina*, *Ciencia*, *El Médico*, etcétera. En esta última publicación, Francisco Fernández del Castillo presentó varios de sus primeros trabajos sobre la historia de la medicina en México. Más tarde aparecieron otras revistas como *La Semana Médica*, *Allis*, *Vivere* y *Sugestiones*, que dedicaron espacios a los temas históricos. Por su parte, la *Revista de la Sociedad Mexicana de Historia Natural* continuó siendo la más rica en cuanto contenido histórico. Por esas mismas fechas también aparecieron libros funda-

2 F. Benítez, *Lázaro Cárdenas y la Revolución Mexicana III. El Cardenismo*, 1978, pp. 111-116.

3 El siguiente recuento historiográfico de la ciencia y la medicina de mediados del siglo xx está tomado de G. Somolinos D'Ardois, "Historia de la Ciencia", *Historia Mexicana*, 1965-1966, pp. 269-290.

mentales para la historia de la ciencia. Por mencionar algunos de los títulos más significativos, sobresalen las Ediciones del IV Centenario, patrocinadas por la Universidad Nacional, que a mediados del siglo pasado se hicieron en conmemoración de la fundación de la Real Universidad de México; *Medio siglo de ciencia mexicana*, de Enrique Beltrán, aparecido en 1952, y *La ciencia en la historia de México*, de Eli de Gortari, de 1963, que para esas fechas era el mejor libro acerca de la evolución científica en el país.

En cuanto a la historia general de la medicina en México, sólo apareció un libro en 1947: *México en la cultura médica*, de Ignacio Chávez.⁴ En cambio, aparecieron varias aportaciones a manera de artículos y capítulos de libro. José Joaquín Izquierdo escribió sobre José Luis Montaña;⁵ Miguel Bustamante acerca de la fiebre amarilla; Francisco Fernández del Castillo se encargó de la Academia de Medicina, la expedición de Balmis y del Archivo Histórico de la Facultad de Medicina,⁶ y Gonzalo Aguirre Beltrán presentó *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, de 1963,⁷ el cual inauguró una nueva forma de acercamiento al pasado médico mexicano, pues lo hacía desde una perspectiva antropológica. También destacaron los artículos de Samuel Fastlich sobre las incrustaciones dentarias precortesianas, y las aportaciones del también antropólogo Juan Comas Camps, quien dedicó algunos estudios a las figuras de fray Agustín Farfán y Gregorio López, autores del siglo XVI y que por esas fechas habían sido poco estudiados.

La historia de los hospitales es otro campo que destacó en la producción historiográfica de mediados del siglo pasado. Resaltan

4 I. Chávez, *México en la cultura médica*, 1987.

5 Se hace referencia a los trabajos Raudon, *cirujano poblano de 1810. Aspectos de la cirugía mexicana de principios del siglo XIX en torno de una vida*, de 1949; *El hipocratismo en México*, de 1955; *Montaña y los orígenes del movimiento social y científico en México*, también de 1955; *El Brownismo en México*, de 1956, y *Carpio y los primeros escritos del México independiente en pro de la reforma médica*, publicado también en 1956.

6 Entre otros trabajos, se encuentra la *Historia de la Academia Nacional de Medicina*, publicado en 1956; *La facultad de Medicina según el Archivo de la Real y Pontificia Universidad de México*, de 1953, y *Los viajes de don Francisco Xavier Balmis. Notas para la historia de la expedición vacunal de España a América y Filipinas, 1803-1806*, de 1960.

7 G. Aguirre Beltrán, *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, 1992.

los trabajos de Gilberto F. Aguilar y Ezquerro Peraza, *Los hospitales de México*, publicado en 1936, y de Gilberto F. Aguilar, *Hospitales de antaño*, de 1944. Sobre este mismo tema Rómulo Velasco Ceballos publicó *El Hospital Juárez*, en 1934, y *Visita y reforma de los hospitales de San Juan de Dios de Nueva España*, en 1945, ambos auspiciados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública. Por su parte, María Eleonor Sodi de Pallares presentó en 1956 un trabajo sobre el Hospital de Jesús: *Historia de una obra pía (el Hospital de Jesús en la historia de México)*. Adrián Quirós Rodiles había publicado en 1933 el libro *Breve historia del Hospital Morelos* y Francisco Fernández del Castillo, en 1946, sacó a la luz un libro titulado *El Hospital General de México* y un artículo dedicado al lazareto de la época colonial, publicado en la *Gaceta Médica de México*, denominado “El Hospital de San Lázaro”. Pero de todas las publicaciones que se hicieron en esos años sobre las instituciones hospitalarias, destacan los dos volúmenes de la magna obra de Josefina Muriel *Hospitales de la Nueva España*,⁸ que hasta la fecha continúa siendo un libro de consulta obligada para los historiadores de la medicina y del periodo virreinal, debido a la rica documentación extraída de los archivos coloniales mexicanos, pero que ya desde hace algunos años ha comenzado a mostrarse anticuada en algunos casos específicos.

En síntesis, desde mediados del siglo xx comenzó la profesionalización de la historia en México y, con este impulso, la historia de la medicina nacional parecía despertar del letargo metodológico y productivo que vivía desde la aparición de la magna obra de Francisco de Asís Flores y Troncoso: *Historia de la medicina en México, desde la época de los indios hasta la presente*. A pesar de esta primera inercia historiográfica, en México la labor histórica en el campo científico había sido “consecuencia del empeño e interés de un grupo reducido de investigadores mexicanos que han sabido vencer las muchas dificultades, de toda índole, que siempre frenaron el entusiasmo y dificultaron la conversión en realidades de muchos proyectos”.⁹

8 J. Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, 1990.

9 G. Somolinos D'Ardois, “Historia de la ciencia”, p. 281.

Pasadas algunas décadas, un grupo de profesionales dedicados a la historia de la medicina en México consolidó un equipo que se propuso llevar a cabo una inmensa historia general de la medicina en nuestro país, que fuera desde la época prehispánica hasta fines del siglo xx. En 1977 se dictaron los lineamientos para llevar a cabo tan inmensa labor. Los investigadores involucrados¹⁰ comenzaron a trazar las características generales de la obra. Por principio, se propuso que se publicaran cinco tomos, cada uno dedicado a la medicina prehispánica, colonial, del siglo xix, del xx y métodos alternativos de sanación. Posteriormente, acordaron dedicar un tomo a cada uno de los tres siglos virreinales. Pasados siete años salió el primer tomo con el título *Historia general de la medicina en México. I. México Antiguo*.¹¹ En 1990 vio la luz el segundo tomo bajo el título de *Historia general de la medicina en México. II. Siglo xvi*.¹² Luego, haciendo un salto cronológico, en 2001 se hizo la tercera entrega, presentando el cuarto tomo, dedicado a la medicina ilustrada del siglo xviii.¹³ Se dejó para un mejor futuro la publicación del tercer volumen, centrado en la centuria del barroco, el cual, hasta la fecha, no ha aparecido, como tampoco lo ha hecho el resto de la serie.

El acierto de esta colosal obra radicó en conjuntar un grupo de investigadores que mostró nuevos enfoques metodológicos. El resultado, hasta el momento, ha sido un planteamiento en ocasiones novedoso y con algunas contribuciones de evidente calidad. Sin embar-

10 El equipo inicial de este proyecto estuvo conformado por los médicos Fernando Martínez Cortés, Gonzalo Aguirre Beltrán, Miguel E. Bustamante, Samuel Fastlicht, Francisco Fernández del Castillo, Efrén C. del Pozo, Rubén Vasconcelos, Juan Somolinos Palencia, Jorge Avendaño Inestrillas, Luis Alberto Vargas Guadarrama y Carlos Viesca Treviño; por los historiadores Eugenia Meyer, Roberto Moreno de los Arcos, Josefina Zoraida Vázquez y Martha Eugenia Rodríguez; por el antropólogo Alfredo López Austin; por la enfermera Luz Pérez-Loredo Díaz, y finalmente, por el odontólogo José Sanfilippo. La mayoría de los investigadores mencionados se hallan adscritos al Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM.

11 F. Martínez Cortés (coord. general), A. López Austin y C. Viesca Treviño (coords.), *Historia general de la medicina en México. I. México Antiguo*, 1984.

12 F. Martínez Cortés (coord. general), G. Aguirre Beltrán y R. Moreno de los Arcos (coords.), *Historia general de la medicina en México. II. Siglo xvi*, 1990.

13 C. Viesca Treviño (coord. general), M. E. Rodríguez Pérez y X. Martínez Barbosa (coords.), *Historia general de la medicina en México. IV. Siglo xviii*, 2001.

go, el largo tiempo que ha pasado desde la última publicación de la serie obliga a que en los próximos tomos se lleve a cabo un análisis crítico sobre el estado de la cuestión y se actualicen las perspectivas desde las cuales se van a abordar los temas histórico-médicos.

La historiografía de la segunda mitad del xx tuvo el tino de nutrirse principalmente de los acervos documentales. No obstante, su periodización seguía limitada a la clásica división de la historia de México, aunque en ocasiones señaló subdivisiones temporales que respondían a la organización de las fuentes utilizadas. De igual modo, la crítica metodológica no fue una de sus prioridades, por lo que no es posible hallar entre sus obras discusiones historiográficas o justificaciones de los enfoques adoptados. Esta situación empezó a cambiar en la última década del siglo pasado.

A partir de 1990 comenzaron a aparecer nuevas y sugerentes perspectivas de estudiar el pasado médico mexicano desde la historia social y cultural.¹⁴ La característica principal de esta historiografía reciente es la capacidad de interpretación que se hace desde la posición de quien observa los fenómenos del pasado; es decir, que la verdad alcanzada por el historiador es relativa. De esta forma, se ha hecho evidente que la disciplina médica no puede ser comprendida fuera del orden social y cultural que la crea. Asimismo, se ha señalado que se encuentra sujeta a distintos condicionamientos, por lo que se deben de tomar en cuenta varios puntos de vista, tales como el jurídico, institucional, económico, político, religioso y cultural, entre otros.¹⁵

Otro acierto de esta propuesta es que el discurso deja de ser monopolizado por el médico, la institución o el Estado, y por primera vez se puede escuchar el posicionamiento de otros actores, ta-

14 El enfoque social en la escritura de la historia de la medicina ha sido gradual y desigual. El cambio de discurso se ha dado, sobre todo, en el caso de la historia de la psiquiatría, la cual se ha apoyado en los discursos de Foucault, Barthes, Ricoeur o Derrida. De esta rama de la historia de la medicina es de donde también ha venido la crítica historiográfica. Es significativo que la mayoría de los autores dedicados a este tema sean mujeres, pues ellas han percibido mejor el carácter impositivo y jerárquico de la academia médica, cuya composición es en su mayor parte masculina.

15 C. Sacristán, "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna", *Frenia*, 2005, p. 24.

les como los practicantes de otras profesiones sanitarias que habían sido marginados por la medicina oficial, o los mismos pacientes, quienes se habían mantenido subordinados a la autoridad del médico. Por ende, también se han podido criticar y sustituir algunos puntos de vista que habían permanecido como dogmas dentro de la historiografía médica. La medicina, desde una perspectiva biologicista, había determinado los conceptos de salud y enfermedad basándose en los descubrimientos fisiológicos que se iban dando. En cambio, con la entrada en juego de las perspectivas social y cultural, se puede observar que estos conceptos suelen estar determinados por una sociedad que aprueba lo que se considera sano y malsano. La defensa de lo corpóreo responde a los males existentes en cada etapa de la historia y en las maneras en que se enfrenta la enfermedad se halla un conjunto de elementos sociales y culturales.¹⁶

En este sentido, la historia de la medicina ha atendido algunas de las propuestas teóricas de la sociología, de la antropología y de los estudios culturales actuales. Algunos sociólogos han señalado que la ciencia, en la que se incluye la medicina, se tiene que considerar una construcción social que está determinada por el momento que la produce. Para ello es necesario hacer una aproximación histórica a los conceptos teóricos y operativos de las ciencias, y al impacto de determinados corpus teóricos que han abordado la explicación de la realidad física y social. Asimismo, han apuntado que en la producción de saberes se deben atender distintas variables dentro de un contexto que determina el estatus de lo “científico”.¹⁷ De esta manera, se puede observar que los valores de objetividad, de certeza, de lo normal y lo patológico de la medicina son construidos y se hallan interrelacionados con cuestiones éticas, morales y estéticas del tiempo que los produjo. Ejemplos de trabajos con este tipo de enfoque teórico son los que han realizado Claudia Agostoni y Laura Cházaro.¹⁸ En ellos se observa la coexistencia de distintas visiones

16 G. Vigarello, *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*, 2006, p. 6.

17 J. Bartolucci, “La ciencia como problema sociológico”, *Sociológica*, 2017, pp. 11 y ss.

18 Véase C. Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, 2008, y L. Cházaro (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, 2009.

del mundo que entran en tensiones y contradicciones, y se puede apreciar la ruptura de la continuidad lineal de la historia institucional convencional.

En el caso de la antropología médica, cabe apuntar que desde la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán se sentaron las bases para comprender cómo la dimensión cultural tiene una repercusión directa en las nociones y prácticas médicas y de las enfermedades. Otras aportaciones de la antropología al estudio de la medicina en México son las de Eduardo Menéndez, quien desde hace más de tres décadas ha desarrollado varias investigaciones que cuestionan la falta de atención que diversas disciplinas han tenido en los contextos de los procesos de salud-enfermedad.¹⁹ La antropología médica ha puesto énfasis en la composición multifactorial de la realidad con la finalidad de comprender los problemas de salud de forma integral, pues las enfermedades, desde la mirada antropológica, son eventos en los que entra en juego la relación del individuo con su entorno cultural.

LA HISTORIA DE LA MEDICINA Y SUS DIÁLOGOS CON LA SOCIEDAD

Desde hace algunas décadas, las críticas a la historia de la medicina en México han provenido de distintos frentes: de la historia social y de género, por ejemplo. Y es que el discurso médico que predominaba en la historiografía dejaba de lado distintas perspectivas desde las cuales se pueden enfocar los problemas médico-sanitarios. La historia de la medicina había nacido institucional y cientificista, lo que dio por resultado relatos lineales de hechos sobresalientes, de anécdotas y de figuras que certificaban un avance científico que llevaría a la medicina, a la par del Estado, a un óptimo desarrollo. La historia inicial de la medicina, hecha por médicos, miraba hacia sí misma y no hacia afuera, hacia la sociedad. Este libro, por lo tanto, pretende mostrar, desde puntos de vista muy variados, las formas en que la medicina puede relacionarse con la sociedad que la rodea. La

19 E. Menéndez, "Antropología médica: espacios propios, campos de nadie", *Nueva Antropología*, 1997, pp. 83-103.

propuesta de esta obra se fundamenta en la llamada historia social en la que se miran las posiciones de nuevos actores en los fenómenos creados alrededor de la práctica médica y los procesos de salud-enfermedad. Algunas de las características que se reflejan en los trabajos que componen el presente volumen son la relación y responsabilidad que tienen los médicos y sus instituciones con la salud de las personas y de las poblaciones, la creación de discursos en torno a esas relaciones, y la movilización de los recursos sociales para mantener el estado de salud del grupo al que se dirige su ejercicio profesional. Igualmente, hay trabajos que incluyen nuevas propuestas metodológicas, como es el caso de la llamada historia de género, la cual apenas ha empezado a ahondar en la relación de las mujeres con la medicina y su contexto social. Así, desde una mirada más contemporánea y crítica, la historia social de la medicina privilegia la investigación de las polarizaciones que inciden de manera directa en la forma en que se constituyen los procesos de salud y enfermedad.

Los trabajos que componen este libro son una muestra de los diálogos de la práctica médica con la historia y la sociedad. La temporalidad va del siglo xvi, cuando en el Nuevo Mundo se impuso el modelo europeo de corte hipocrático-galénico; pasa por los cambios que trajeron los movimientos culturales de la Ilustración y el Romanticismo, y termina en la modernidad del siglo xx. De manera particular, en esta temporalidad acontecen varias transformaciones teóricas en la medicina que van desde la teoría humoral hasta los distintos modelos surgidos en los siglos xviii, xix y xx. Por lo que respecta al ámbito geográfico, la mayor parte de los capítulos se centran en México. Hay, sin embargo, dos contribuciones que miran hacia Latinoamérica y Europa. No obstante, lo que pretende esta obra, más que demarcar un territorio o área geográfica de estudio, es mostrar enfoques teóricos recientes de los fenómenos histórico-médicos. A esta premisa responde también la organización de las contribuciones. Se optó por dejar de lado la tradicional forma cronológica para buscar un orden basado en conceptos. Esto se verá con mayor detalle en las siguientes líneas.

Este libro muestra diálogos entre las autoridades médicas y determinados grupos sociales. Estos intercambios a veces resultan

ríspidos, a veces conciliadores, pero siempre muestran a distintos actores en un diálogo constante con la medicina. En distintas ocasiones, los intercambios tratan de la producción de los saberes. En este sentido, la medicina oficial, institucional o científica, usualmente ha tenido que negociar el monopolio de sus conocimientos con otras formas de prevención y curación. Los saberes hegemónicos con frecuencia generan discursos, los cuales, por lo común, se convierten en dogmas, pero en otros casos devienen en acuerdos con otros sistemas de sanación. Los diferentes modelos médicos hegemónicos, basados en la premisa de la superioridad científica, presentan propuestas conceptuales que creen pertinentes para evaluar sus objetos de estudio —pacientes y poblaciones— sin ahondar en sus contextos culturales, sociales y económicos. Sin demeritar los grandes logros de la medicina científica, ésta por lo común minimiza o anula otros saberes, de la misma forma que deja de lado un diálogo menos jerárquico en la relación médico-paciente. El fenómeno de interrelación cultural se da sobre todo en las sociedades colonizadas, en donde los discursos hegemónicos, al no contar todavía con una sólida base de sus modelos de dominación, tienen que ceder terreno a las visiones de los pueblos sometidos. Por lo tanto, se configuran modelos de mestizaje cultural en los que los sistemas de conocimientos de dominadores y dominados son adaptados de acuerdo con los intereses de cada grupo, ya sea con fines de dominio, de adaptación o como medida de resistencia cultural.

En ciertos momentos, los diálogos entre la medicina y la sociedad giran alrededor de las prácticas y representaciones; es decir, en la manera en que la ciencia médica ha ejercido su influencia mediante la oficialización de determinadas prácticas que están mediatizadas por las condiciones sociales y que se proyectan en forma de discursos que buscan estandarizar a los sujetos y a las poblaciones que atienden. En este sentido, se contempla la propuesta enunciada por Denise Jodelet, quien definió el concepto de representación social como

una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y fun-

cionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal, en tanto que tales presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.²⁰

De esta forma se puede deducir que el discurso científico, en cuya lógica se encuentra inmersa la medicina, es un conocimiento socialmente elaborado que busca, bajo sus diversas formas, entre las que destacan la institucionalización y la mercantilización, dominar el entorno; comprender y explicar los hechos e ideas, y actuar sobre otras personas.

Finalmente, los diálogos entre medicina y sociedad no siempre logran tener un acuerdo final. En esos casos se debe hablar de transiciones y disidencias; es decir, de rompimientos de modelos o de transgresión como salida al estándar impuesto. Con respecto a estos conceptos, vale la pena señalar los momentos abruptos de la historia, aquellos que suelen marcar un antes y un después. En esos breves marcos temporales emergentes suelen generarse rompimientos que venían gestándose tiempo atrás. Asimismo, suelen presentarse las continuidades, cuyas pervivencias también deben atenderse, pues sólo así se podrá tener un panorama más integral de las transformaciones sociales. Las disidencias, por su parte, suelen ser indicadores del incumplimiento de las reglas sociales y muchas veces pueden mostrar los inicios del resquebrajamiento del *statu quo*. El rompimiento con los modelos hegemónicos de explicación suele exponer los desacuerdos parciales o totales con la realidad predeterminada por dichos modelos y, al mismo tiempo, da la pauta para investigar la generación de nuevas propuestas prácticas y teóricas que sustituyen a los viejos discursos. En las propuestas teóricas de los actores disidentes hay un enfrentamiento tácito con la tradición y el orden social impuesto.

20 D. Jodelet, "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en S. Moscovici (comp.), *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, 1986, p. 474.

Una vez expuestos los conceptos con los cuales se ha organizado el presente volumen, ahora se presentan de manera individual avances de los trabajos aquí contenidos. En la primera parte de este libro se presentan tres capítulos que discurren sobre los “Saberes y discursos”. Gerardo Martínez Hernández aborda el caso de un médico novohispano en su estudio “Españoles nacidos en Indias: la construcción del criollo en la obra *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*, de Juan de Cárdenas, 1591”, donde establece que dicho libro no es un tratado de medicina, sino una historia natural de la Nueva España, en el cual se cuestiona la aparición de un Nuevo Mundo en el imaginario europeo. En aquella nueva naturaleza, que era inconcebible un siglo antes, surgió la pregunta acerca de la influencia que ésta ejercía en los hombres europeos. Uno de los tópicos más tratados acerca de la obra de Cárdenas es la forma en la que el hombre blanco muta y se transforma en un ser que ya no es europeo. Este autor parece cuestionarse ¿cómo es este nuevo ser que tiene origen europeo pero que habita en una naturaleza completamente distinta a la del Viejo Continente? Para responder recurre a la teoría médica de los humores con la finalidad de demostrar que el criollo es un ser capaz de adueñarse de su Nuevo Mundo y ejercer poder sobre él. Parece ser la respuesta de un médico criollo a la disputa política que tenía lugar en la alta jerarquía novohispana, la cual estaba cooptada por las autoridades peninsulares.

El segundo trabajo de este apartado es de la autoría de Irina A. Ravelo Rodríguez, quien demuestra que los cambios introducidos a partir de las políticas borbónicas trastocaron los saberes de la medicina y, en particular, el campo de la partería, que antes estaba casi exclusivamente en manos de las mujeres. En “Partería novohispana y pensamiento ilustrado en el siglo XVIII”, Ravelo indica que a partir de las reformas emprendidas por los Borbones se inició un proceso de modernización de la partería que implicaba la formación de mujeres y la intervención de los cirujanos, quienes quedarían jerárquicamente por encima de ellas. Esto llevó, a la larga, a la desacreditación de las mujeres en el arte de parrear. La modalidad masculina en la atención al parto llegó a la Nueva España en el último tercio del siglo XVIII y significó la precarización del trabajo de las parteras,

la apropiación “científica” de su saber tradicional y, por tanto, su exclusión social. Al mismo tiempo, la figura masculina del cirujano se erigió como la única autoridad competente en materia obstétrica mediante la formación profesional, la cual estaba vedada para ellas. En síntesis, dice Ravelo, dicha usurpación tuvo como fin la toma del control del cuerpo de la mujer y de su capacidad reproductiva por parte de una medicina del Estado moderno.

Haciendo un salto temporal de dos siglos y trasladándose al sur del continente americano, aparece la colaboración de Carolina Narváez Martínez titulada “‘Entonar los nervios’. El caso del medicamento Cardui”. El Cardui fue un medicamento producido en Estados Unidos durante la primera mitad del siglo xx y fue comercializado en varias partes de Latinoamérica. Estaba indicado para la “mujer nerviosa”; es decir, para las mujeres que “estaban afectadas por los cambios producidos por el útero y el ciclo menstrual”. Parafraseando a la autora, la “enfermedad nerviosa” fue una construcción social, un discurso médico asociado al paradigma de género imperante en la época. El medicamento Cardui fue publicitado en distintos periódicos. En este estudio, Carolina Narváez se enfoca en el caso colombiano, específicamente en los anuncios publicados en el periódico *Relator* durante las décadas de los treinta y cuarenta. A través de dicha publicidad se pueden avizorar los procesos de consolidación de las industrias farmacéuticas, la regulación política de los medicamentos y —lo más importante desde el enfoque de este trabajo— la estigmatización del cuerpo de la mujer por parte del discurso médico, que tenía eco en la industria farmacéutica y en la prensa. El mensaje que se publicitaba era: ser mujer significaba estar enferma. Para enmendar este “problema” se recomendaban distintos remedios que se promocionaban con imágenes de mujeres atractivas, hiperfeminizadas y en actitudes sugerentes. El arquetipo de belleza estadounidense trasladado a América Latina.

En resumen, en esta primera parte se abordan los saberes médicos de diferentes épocas, siglos xvi, xviii y xx, cuya imposición se hacía a través de discursos: la grandeza y capacidad del criollo acorde a su composición humoral; la imposición masculina en la enseñanza del arte de partear, cuya práctica y sapiencia milenaria han

estado vinculadas con el ámbito femenino-maternal, y el intento de imposición de un modelo femenino, copia de la cultura estadounidense, dentro de una sociedad latinoamericana en proceso de industrialización, en la que las farmacéuticas comienzan a tener una gran capacidad de influencia.

La segunda parte, denominada “Prácticas y representaciones”, incluye dos aportaciones. La primera es de Patricia Cazals Kirsch, quien en su trabajo “La modernización de los servicios médicos militares en 1846” describe la reforma del Cuerpo Médico Militar mexicano durante la Guerra de Intervención Estadounidense en México. En febrero de ese año hubo un decreto presidencial que dio origen al Cuerpo Médico Militar del Ejército Mexicano. Cazals Kirsch aborda, a partir de documentos originales de la época, la comparación entre el Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar de 1836 y la propuesta del doctor Vander Linden, creador del reglamento de 1846 para el Cuerpo Médico Militar mexicano, que reflejaba la modernización de los servicios de sanidad militar y la introducción de nuevas normas en torno a cuestiones administrativas, operativas y en atención a la salud del herido durante las batallas castrenses. En este caso, la práctica de la medicina se presenta en un momento abrupto de la historia: la Guerra de Intervención Estadounidense.

Por su parte, Carlos R. del Castillo Troncoso se enfoca en la manera en que la medicina de fines del siglo XIX y principios del XX representó a la niñez de la capital mexicana. Su estudio “Una mirada médica a la infancia de la Ciudad de México en los últimos decenios del siglo XIX y en los primeros del siglo XX” se basa en el análisis de 50 tesis escolares y profesionales de estudiantes y profesores de la Escuela de Medicina entre 1869 y 1929, que muestran una mirada clínica y terapéutica de la niñez mexicana. Ésta fue una época en que se dieron transformaciones, descubrimientos y nuevos desarrollos científicos que fueron aplicados de manera novedosa a las enfermedades infantiles. Era la primera vez que la infancia hacía su aparición en el mapa del Estado. Los niños se hicieron presentes como grupo social y, por lo tanto, fueron objeto de proyectos sociales y educativos emprendidos por autoridades del gobierno. Los padecimientos de la infancia mexicana en aquellos años eran el reflejo de la calidad

de vida de las familias de la ciudad y de la polarización social, que implicaba el hacinamiento, la mala alimentación y la desnutrición en la que crecía la mayor parte de la población.

Vale la pena destacar que ambas propuestas presentadas están situadas temporalmente en un periodo de renovación y convulsión de la vida política y social mexicana: el comprendido entre la Reforma, pasando por el Porfiriato y la Revolución, y el inicio de la época estabilizadora posrevolucionaria. El primer trabajo se enfoca en la práctica de la medicina militar mexicana, la cual fue renovada a partir de la incorporación del doctor Vander Linden. Por su parte, el segundo trabajo se centra en la representación y atención de la niñez a partir de la mirada médica del Estado mexicano durante una etapa en la cual se sorteaban diversos cambios políticos y sociales.

La tercera y última parte, titulada “Transición y disidencia”, contiene también dos valiosas aportaciones. La primera, a cargo de Xóchitl Martínez, se denomina “El hospital que no existe de hecho, pero sí de derecho: la supresión del Hospital de San Juan de Dios de la Ciudad de México, 1821-1826”. En este trabajo, Xóchitl Martínez Barbosa trata el cierre del Hospital de San Juan de Dios durante una etapa de crisis en todo el país, que se reflejaba también en las instituciones hospitalarias. Es el estudio de una institución de origen novohispano que sobrevive al fin del Virreinato y que, con muchas carencias económicas e indefiniciones institucionales, pasa a formar parte, por muy poco tiempo, del nuevo orden emanado de la Independencia. Las políticas propuestas en las Cortes de Cádiz, que determinaron la supresión de órdenes monacales y hospitalarias, sirvieron de base para su secularización, ya en un contexto de nación independiente. Tres momentos son los que la autora analiza en el declive del Hospital de San Juan de Dios: la función social del hospital, el allanamiento de su edificio y los intentos por rescatarlo. Las fuentes en las que se basa este estudio son los expedientes del hospital que resguarda el AHCM. Y es que una vez que dejó de formar parte del orden colonial, este recinto pasó a manos del Ayuntamiento de la ciudad.

Cierra esta tercera parte —y el libro— la colaboración intitulada “Mary W., *Frankenstein* y la historia de la ciencia en las universi-

dades”, de Clara Inés Ramírez González. Pocas veces se abordan estudios históricos sobre situaciones o casos europeos desde un país como México. Aquí tenemos un buen ejemplo de cómo pueden llevarse a cabo este tipo de ejercicios a partir de intereses particulares en el campo de la investigación histórica. Clara Ramírez ha sido una estudiosa del pasado universitario español y mexicano en el Antiguo Régimen y actualmente sus investigaciones se están enfocando en la historia de la mujer. En este capítulo combina sus dos campos de estudio: la mujer y su exclusión de la universidad. Para explicar cómo Mary Wollstonecraft Godwin, que tenía prohibida la entrada a la universidad en el siglo XIX, pudo escribir un libro en el que se refieren una gran cantidad de conocimientos científicos en boga en aquel entonces, la autora aborda su contexto social y familiar. Así, se puede ver a una mujer de clase acomodada que tiene una influencia feminista por parte de su madre y un cercano círculo intelectual que comparte sus conocimientos con ella. Otra cuestión que la autora remarca acerca de *Frankenstein* es la utilización de la ciencia con fines poco éticos. Es, a decir de varios autores, la primera vez que se cuestionan los valores éticos de los científicos y, por lo tanto, el nacimiento de la bioética como campo de conocimiento.

Las etapas de grandes cambios suelen ser estudiadas a partir de las variaciones resultantes de esos procesos de transformación. En este caso, el Hospital de San Juan de Dios funciona como objeto de estudio para explicar un fenómeno de transición en el que lo viejo y lo nuevo convergen. Es posible ver la mutación de una institución novohispana en una institución civil dependiente del Ayuntamiento de la Ciudad de México. En otras palabras, aquí se pueden observar las continuidades coloniales y las innovaciones de la naciente sociedad mexicana independiente. Hay que recordar que la historia de los hospitales es una parcela específica de la historia social. Aquí se estudia el rompimiento de un modelo institucional, la generación de otro modelo y las dinámicas sociales y políticas que generaron dicha ruptura. Por su parte, el caso de Mary W. ejemplifica de forma clara la disidencia, entendida ésta como el desacuerdo o disconformidad de alguien con respecto a las doctrinas, creencias o sistema que sostiene un colectivo; esto es, el caso de una mujer que escribió acerca de la

ciencia en una época en la que no era común la relación entre mujeres y las ciencias. Llama la atención que haya sido una mujer quien por primera vez en la historia pusiera en cuestión los límites éticos de la medicina científica a través de la ficción. Mediante el análisis de la novela de Mary W. es posible ver el testimonio de una época en la que las mujeres de ciertas clases sociales empiezan a tener acceso a los conocimientos científicos. La historia social reciente ha señalado la importancia de las mujeres en distintos procesos; en cambio, la historia de la ciencia no ha puesto la suficiente atención en este tema.

Como puede apreciarse, todas las colaboraciones que componen este libro son originales y están basadas en fuentes primarias: de archivo, hemerográficas e impresos de la época. Todas hacen aportaciones valiosas en el ámbito de los recientes acercamientos de la historia social de la medicina. Así, una de las premisas de esta obra colectiva ha sido la de enfocarse en cuestiones conceptuales y teóricas aplicadas a distintas épocas y contextos, y no ceñirse a un orden cronológico, ya que de haberlo hecho así se habría podido caer fácilmente en una representación típica, lineal y progresiva, de la historia institucional de la medicina.

Las autoras y autores que aquí participan son investigadores, algunos ya de larga trayectoria, otros en ciernes, y estudiantes de doctorado en la UNAM y de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, España. La idea de este volumen surgió en el Seminario Interdisciplinar de Historia de la Medicina. Discursos, Representaciones y Prácticas que se realizó en el IISUE de la UNAM entre 2015 y 2017. Fue durante las sesiones que se realizaron en esos años que se presentaron y discutieron los avances de los trabajos aquí publicados. Dicho seminario se realizó como parte de las actividades del proyecto de investigación “Los médicos de la Real Universidad en la sociedad novohispana. Siglos XVI al XVIII”, adscrito al mencionado instituto y que ha contado con la ayuda del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (IA400916). La presente publicación también ha sido posible gracias al sustento del PAPIIT. Por último, pero no por ello menos importante, se debe agradecer a Paola Martínez, Abril Mosqueda y Sari Meléndez que

hicieron el paciente trabajo de revisión de los originales y que ayudaron a darle uniformidad a este libro.

REFERENCIAS

- Agostoni, Claudia (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM/BUAP, 2008.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, Gobierno del Estado de Veracruz/UV/INI/FCE, 1992.
- Bartolucci, Jorge, “La ciencia como problema sociológico”, *Sociológica*, vol. 32, núm. 92, septiembre-diciembre, 2017, pp. 9-40.
- Benítez, Fernando, *Lázaro Cárdenas y la Revolución Mexicana III. El Cardenismo*, México, FCE, 1978.
- Chávez, Ignacio, *México en la cultura médica*, México, INSP, 1987.
- Cházaro, Laura (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colmich/UMSNH, 2009.
- Fernández del Castillo, Francisco, *Los viajes de don Francisco Xavier Balmis. Notas para la historia de la expedición vacunal de España a América y Filipinas, 1803-1806*, México, Galas de México, 1960.
- Fernández del Castillo, Francisco, *Historia de la Academia Nacional de Medicina*, México, Fournier, 1956.
- Fernández del Castillo, Francisco, *La facultad de Medicina según el Archivo de la Real y Pontificia Universidad de México*, México, UNAM, 1953.
- Jodelet, Denise, “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”, en Serge Moscovici (comp.), *Psicología social. II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Barcelona, Paidós, 1986, pp. 469-494.
- Izquierdo, José Joaquín, *El Brownismo en México*, México, UNAM, 1956.
- Izquierdo, José Joaquín, *Carpio y los primeros escritos del México independiente en pro de la reforma médica*, México, UNAM, 1956.
- Izquierdo, José Joaquín, *El hipocratismo en México*, México, UNAM, 1955.
- Izquierdo, José Joaquín, *Montaña y los orígenes del movimiento social y científico en México*, México, Ciencia, 1955.

- Izquierdo, José Joaquín, *Raudon, cirujano poblano de 1810. Aspectos de la cirugía mexicana de principios del siglo XIX en torno de una vida*, México, Ciencia, 1949.
- Martínez Cortés, Fernando (coord. general), Alfredo López Austin y Carlos Viesca Treviño (coords.), *Historia general de la medicina en México. I. México Antiguo*, México, Academia Nacional de Medicina-UNAM, 1984.
- Martínez Cortés, Fernando (coord. general), Gonzalo Aguirre Beltrán y Roberto Moreno de los Arcos (coords.), *Historia general de la medicina en México. II. Siglo XVI*, México, Academia Nacional de Medicina-UNAM, 1990.
- Menéndez, Eduardo, “Antropología médica: espacios propios, campos de nadie”, *Nueva Antropología*, vol. XV, núm. 51, febrero, 1997, pp. 83-103.
- Moctezuma, Abraham, “El camino de la historia hacia su institucionalización”, *Historia y Grafía*, núm. 25, 2005, pp. 45-78.
- Muriel, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*, 2 t., México, IHH/Cruz Roja Mexicana, 1990.
- Sacristán, Cristina, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia*, vol. I, 2005, pp. 9-33.
- Somolinos D’Ardois, Germán, “Historia de la ciencia”, *Historia Mexicana*, vol. XV, núms. 2-3, octubre de 1965-marzo de 1966, pp. 269-290.
- Viesca Treviño, Carlos (coord. general), Martha Eugenia Rodríguez Pérez y Xóchitl Martínez Barbosa (coords.), *Historia general de la medicina en México. IV. Siglo XVIII*, México, Academia Nacional de Medicina-UNAM, 2001.
- Vigarello, Georges, *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*, Madrid, Abada Editores, 2006.

SABERES Y DISCURSOS

ESPAÑOLES NACIDOS EN INDIAS:
LA CONSTRUCCIÓN DEL CRIOLLO
EN LA OBRA *PROBLEMAS Y SECRETOS
MARAVILLOSOS DE LAS INDIAS*,
DE JUAN DE CÁRDENAS, 1591

Gerardo Martínez Hernández

La causa de que el hombre tenga un carácter irascible, indolente, artero, simple, malévol o benévolo, está en la naturaleza de los poros a través de los que se mueve el alma. Pues según como sean los conductos por los que el alma circula y a los que el alma se lanza y en los que se mezcla, así se forma el carácter.

Hipócrates, Sobre la dieta.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del criollismo novohispano —junto con el del mestizaje— ha sido objeto de diversos estudios y ensayos,¹ en los cuales se ha intentado explicar la génesis del mexicano o de lo mexicano a partir de la fusión de las culturas española e indígena, principalmente, y africana y asiática, en menor medida. Analizar el nacimiento de la identidad criolla resulta primordial en el contexto de la Nueva

1 Véanse los siguientes trabajos: S. Alberro, *Del gachupín al criollo. O cómo los españoles de México dejaron de serlo*, 1992; F. Benítez, *Los primeros mexicanos. La vida criolla en el siglo xvi*, 2004; D. Brading, *Los orígenes del nacionalismo mexicano*, 1988; R. Bartra, *La jaula de la melancolía. Identidad y metamorfosis del mexicano*, 1987; J. M. Vitulli y D. M. Solodkow (comps.), *Poéticas de lo criollo. La transformación del concepto criollo en las letras hispanoamericanas (siglos xvi al xix)*, 2009; E. O’Gorman, *La invención de América*, 1984, e *idem*, *Destierro de sombras, luz en el origen de la imagen y culto de nuestra señora de Guadalupe del Tepeyac*, 2001; A. Rubial García, *Una monarquía criolla (La provincia agustina en el siglo xvii)*, 1990; S. Gruzinski, *El pensamiento mestizo. Cultura amerindia y civilización del Renacimiento*, 2007; M. Fernández Félix y B. Esquinca (eds.), *El criollo en su reflejo. Celebración e identidad, 1521-1821*, 2010. Igualmente se pueden consultar los ensayos de O. Paz, *El laberinto de la soledad*, 2000, y de C. Fuentes, *El espejo enterrado*, 2012. De este último autor también puede revisarse la serie de cuentos agrupados en el libro *El naranjo, o los círculos del tiempo*, 1993.

España, puesto que no se puede entender a una sociedad sin conocer las raíces, tradiciones e incorporaciones que la conforman y, mucho menos, si no se atiende la construcción del discurso —aunque sea un recurso retórico del poder, en este caso colonialista— que legitima sus orígenes e identidad.

El concepto *criollo* en la Nueva España —y en el resto de Latinoamérica— comprende, como ya lo han demostrado Juan M. Vitulli y David M. Solodkow, un proceso de creación y transformación a lo largo de los tres siglos coloniales y los primeros años posteriores a las independencias latinoamericanas.² En el caso mexicano, cuando se habla de la conformación de la nación, normalmente se atiende a una construcción imaginaria que elaboró la *intelligentsia* mexicana de fines del siglo XIX y de la primera mitad del XX, en la que se originaron una serie de lugares comunes que definieron lo mexicano desde la perspectiva de la cultura hegemónica.³ Desde esa configuración del discurso del Estado, muchas veces se ha pretendido buscar lo nacional en el ámbito virreinal, cuestión que ha producido una visión distorsionada de los procesos históricos que atraviesan la línea que divide el régimen colonial del nacional.

El uso del término *criollo* plantea dificultades, en primer lugar, porque no se sabe con exactitud en qué momento comenzó a utilizarse para designar a los hijos de españoles nacidos en América. Además, se ha usado para explicar cuestiones de la más diversa índole, ya sean culturales, políticas o sociales. Incluso, se ha llegado a afirmar que hace referencia a un concepto filosófico que dibuja una manera de ser, a su vez representada por la naturaleza americana.⁴ Aunque se ha aceptado de manera general que el criollismo es una especie de identidad que forjaron los descendientes de los españoles nacidos en América, este concepto, a lo largo de los tres siglos coloniales, adquiere distintas connotaciones que le dan el tiempo y

2 Véase el trabajo que hacen a manera de introducción estos autores a la obra por ellos compilada: "Introducción. Ritmos y secuencias plurales: hacia una periodización del concepto 'criollo'", en *idem.* (comps.), *Poéticas de lo criollo...*, pp. 9-58.

3 R. Bartra, *La jaula de la melancolía...*, p. 17.

4 S. Rueda Smithers, "Introducción. El universo visible e invisible", en M. Fernández Félix y B. Esquinca (eds.), *El criollo en su reflejo...*, p. 28.

las circunstancias. Así, se puede apuntar que, aunque es una problemática de larga duración, no es lo mismo el criollismo del siglo XVI —que se va a abordar en este trabajo— que el del XVIII.⁵ El criollismo es una construcción dinámica que comenzó durante la Conquista y que tuvo vigencia décadas después de la separación de la Corona española. Siguiendo la periodización propuesta por Vitulli y Solodkow sobre el uso del término, hay tres grandes periodos que definen sus variantes semánticas y se corresponden con cada uno de los siglos coloniales, o con los tres grandes periodos culturales que marcaron a las colonias americanas: Renacimiento —con su intersección manierista—, Barroco e Ilustración. Así, el primer periodo marcado por estos autores, llamado de “fijeza” y “ambigüedad”, comprende la segunda mitad del siglo XVI, específicamente de 1563 a 1600. Aquí, lo criollo se asocia con un estereotipo creado por los españoles peninsulares para hacer una diferenciación de sus congéneres indios.⁶ La segunda serie, nombrada de “agencia”, en la cual hay una resemantización y apropiación positivas de la palabra criollo por parte de los españoles nacidos en las Indias, va de 1600 a 1700.⁷ Y el tercer periodo, de 1700 a 1810, es llamado de “conciencia” criolla y margen ilustrado, en donde ya es explícito el orgullo criollo, el cual se puede equiparar con un sentimiento americanista de independencia⁸ y que, a la postre, va a dar paso a los nacionalismos latinoamericanos.

El presente estudio es un intento por acercarse al panorama mental de las primeras generaciones de criollos a partir del análisis de la vida y obra del médico sevillano Juan de Cárdenas, *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*, publicado en México en 1591.⁹ Por lo tanto, el periodo abordado es el primero suscrito por Vitulli y Solodkow; es decir, el que va de 1563 a 1600 y que ha sido denomi-

5 Sobre los orígenes del nacionalismo criollo y su desarrollo a lo largo de los tres siglos coloniales puede consultarse el artículo de A. Velasco Gómez, “Humanismo iberoamericano y la Independencia de México”, *Literatura Mexicana*, 2010, pp. 35-52.

6 J. M. Vitulli y D. M. Solodkow, “Introducción...”, p. 22.

7 *Ibid.*, p. 31.

8 *Ibid.*, p. 42.

9 J. de Cárdenas, *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*, 1591.

nado de “fijeza” y “ambigüedad”. Aunque la publicación del libro de De Cárdenas tuvo lugar a principios de la última década del siglo XVI, la temporalidad que encuadra este capítulo abarca prácticamente la segunda mitad de dicha centuria, pues durante este periodo la vida intelectual novohispana se vio enriquecida con la llegada de letrados peninsulares que dotaron a la capital del Virreinato de una rica vida académica, sobre todo por la participación que tuvieron en los colegios y en la universidad, lugares donde comenzaron a formarse los cuadros burocráticos civiles y eclesiásticos criollos. Además, la creación de un clero secular propiamente mexicano también contribuyó al desapego de los modelos peninsulares. Dentro de este ambiente social y cultural, la medicina occidental iniciaba un proceso de adaptación e institucionalización a la realidad del Virreinato.¹⁰ La primera generación de estudiantes de la Real Universidad de México, incluidos los médicos, crearon, a partir de su experiencia académica, una nueva vía de ascenso y acomodo social mediante el recurso de la corporación.

El libro de De Cárdenas muestra con claridad algunas manifestaciones que podrían denominarse de orgullo criollo, sin que todavía sea del todo aceptado el término entre los descendientes españoles nacidos en el Nuevo Mundo. De Cárdenas, desde su perspectiva de joven inmigrante peninsular y médico formado en la Real Universidad de México, intenta crear y explicar, a partir de la teoría médica en boga, las diferencias que había entre los “españoles nacidos en las Indias” y “los de España”.

El punto de partida de este trabajo es, pues, el surgimiento de un sentimiento de diferencia frente al otro, del criollo frente al peninsular, aunque, como se podrá observar, el lugar de nacimiento no fue definitivo en la elaboración de una identidad, ya que la aclimatación cultural a la Nueva España también afectó el sentimiento de pertenencia de los nacidos en la península, tal como le sucedió a Juan de Cárdenas. En este sentido, la justificación que se ofrece no es origi-

10 G. Martínez Hernández, *La medicina en la Nueva España, siglos XVI y XVII. Consolidación de los modelos institucionales y académicos*, 2014.

nal, debido a que hace algunos años Elías Trabulse señaló que en la primera mitad del siglo XVII se dio la

aparición de un componente ideológico que podemos denominar “la conciencia criolla de patria”, es decir, la idea ampliamente difundida entre los científicos nacidos en la Nueva España de que vivían en un lugar privilegiado por Dios y por la naturaleza, y cuyos habitantes eran más capaces intelectualmente que los que habían nacido en el Viejo Mundo.¹¹

A pesar de que Trabulse acepta que esta idea había aparecido en la segunda mitad del XVI, puntualiza que se consolidó en las primeras décadas de la centuria siguiente. En este tenor, hay que señalar que existe evidencia de que a fines del XVI ya estaba muy avanzada la conformación de una identidad criolla, la cual, hay que subrayarlo, no nació de la idea de “patria”, sino del desarraigo de los hijos de los conquistadores y del sentimiento de desamparo que tenían algunos peninsulares llegados después de la Conquista. Estos dos grupos encontraron en la conciencia corporativista de herencia medieval una forma de afirmarse a sí mismos. Entonces, lo que surgió fue un discurso de justificación de identidad que tomó como bandera lo americano; es decir, la naturaleza, lo que en la época se denominaba la constelación y temple de la tierra, que dentro de la lógica del sistema médico galénico dotaba a los habitantes de ciertas regiones de características particulares. La cuestión sobre la pertenencia a una corporación novohispana se puede apreciar en la formación académica de Juan de Cárdenas, en tanto la justificación de esa pertenencia se puede leer en las páginas de *Los problemas y secretos maravillosos de las Indias*, obra relativa a la física aristotélica.

Este trabajo está dividido en cuatro partes. En el primer apartado se aborda el nacimiento de un discurso identitario, el cual emanó de la incipiente corporación universitaria mexicana. En la segunda parte se atiende el influjo del discurso criollo universitario en la conformación de la Facultad de Medicina. En la tercera se subraya

11 E. Trabulse, *Los orígenes de la ciencia moderna en México (1630-1680)*, 1994, p. 65.

la importancia de la trayectoria académica como forma de ascenso y reconocimiento social en la Nueva España. En este apartado se analizan los elementos discursivos que usó De Cárdenas en su obra *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*, con la finalidad de resaltar las diferencias entre criollos y peninsulares. En conjunto, estos tres apartados muestran cómo la naciente Universidad de México fomentó una idea de distinción social y cultural en sus primeros estudiantes, entre quienes se hallaba el médico Juan de Cárdenas. Al final, se ofrece un cuarto apartado de conclusiones que, más que finiquitar el asunto, busca plantear nuevas interrogantes.

LA REAL UNIVERSIDAD DE MÉXICO: EL GERMEN DEL DISCURSO CRIOLLO NOVOHISPANO

Lo criollo ha sido abordado a partir de diversas perspectivas que van desde nociones de carácter social y político hasta cuestiones de corte cultural y biológico. Tratar de separar las distintas visiones sobre un mismo problema a veces resulta contraproducente. Los fenómenos históricos deben mirarse desde múltiples ángulos para tratar de ofrecer una interpretación más compleja sobre ellos. En el caso que atañe a este estudio, se aborda el criollismo a partir de una combinación de las mencionadas visiones a lo largo de la segunda mitad del siglo xvi. El criollismo novohispano es social porque sirvió de justificación a un grupo que irrumpió en el proceso de conformación de una nueva sociedad; es político porque una de las finalidades de dicho grupo era el control de ciertos sectores del gobierno; es cultural porque los atributos que enarbolaron los criollos fueron producto del mestizaje de las representaciones españolas e indígenas, y es biológico porque el mundo natural de las Indias fue un referente de primera mano para explicar la condición física y mental de los nacidos en el Nuevo Mundo. Por lo anterior, se advierte que para evitar reducciones conceptuales, aquí se intentará poner de manifiesto que el proceso criollo tiene que estudiarse tomando en cuenta una intrincada serie de factores sociales, políticos, biológicos y culturales que

se entretejieron para dar forma al fenómeno de aculturación de lo español dentro del ambiente indiano.

Uno de los principales obstáculos que se presentan al abordar los albores del criollismo es el origen mismo del término y su multiplicidad semántica. Pero, recurriendo a la propuesta tripartita enunciada por Vitulli y Solodkow, se puede señalar que en el primer estadio discursivo lo criollo puede ser visto “como un estereotipo utilizado por los agentes comerciales, burocrático-administrativos y religiosos de la metrópoli en relación con [...] los esclavos nacidos en América, y en segundo lugar [con] los ‘hijos de los conquistadores’”.¹² De esta forma, en la primera etapa, el término fue usado para crear una diferencia entre la metrópoli y sus colonias. Así, el término *criollo* comenzó a enunciarse con mayor frecuencia a mediados del siglo XVI con un tono de diferenciación despectiva de los peninsulares hacia los nacidos en tierras indianas.¹³ La palabra, no obstante, ya había sido utilizada con anterioridad para distinguir a los descendientes africanos nacidos en el Nuevo Mundo. La particularidad del concepto emergente radica en que fue impuesto por las autoridades metropolitanas sobre los descendientes del Viejo Mundo nacidos y criados en tierras americanas. Se piensa que *criollo* deriva del portugués *crioulo*, término que aducía al esclavo nacido —y criado— en la casa del amo y luego al esclavo nacido en las colonias.¹⁴ Con dicha carga semántica, el vocablo transitó al castellano, que lo reorientó hacia los españoles nacidos en las Indias, y de ahí pasó a otras lenguas europeas como el italiano, francés, alemán e inglés.¹⁵

Antes de que surgiera la denominación *criollo* para hacer referencia a los nacidos en las Indias, entre los peninsulares ya era una

12 J. M. Vitulli y D. M. Solodkow, “Introducción...”, p. 10.

13 La identidad criolla nació de connotaciones peyorativas y degradantes, pues “los peninsulares comenzaron a identificar a los criollos como personas de orígenes mezclados y con defectos naturales asociados a un linaje incierto”. D. Solodkow, “La aristocracia de los desposeídos: Baltasar Dorantes de Carranza y la primera generación de criollos novohispanos”, en J. M. Vitulli y D. M. Solodkow (comps.), *Poéticas de lo criollo...*, 2009, p. 118.

14 Aunque se ha rebatido la teoría del origen portugués con otra que va en sentido inverso; es decir, que el término pasó de Hispanoamérica a Brasil y de Brasil a la península ibérica.

15 J. Corominas y J. A. Pascual, *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, 1996, pp. 243-245.

constante la denostación hacia los americanos, como lo demuestra el capítulo provincial de los dominicos de 1559, el cual ordenaba que

sin licencia del provincial no se diese el hábito a ningún *hijo de español nacido en esta tierra*, porque, o por el clima destas partes, o por otras causas a nosotros incógnitas, no nos parecen tan cabales para el estado religioso, como es menester.¹⁶

Esta idea inicial de que los naturales de la Nueva España estaban incapacitados para ejercer funciones de gobierno fue moneda corriente, sobre todo entre los religiosos regulares. Fray Bernardino de Sahagún pensaba de manera similar, pues aseguraba que

Los que nacen en ella [la Nueva España], muy al propio de los indios, en el aspecto parecen españoles y en las condiciones no lo son, los que son naturales españoles, si no tienen mucho aviso, a pocos años andados de su llegada a *esta tierra*, se hacen otros [...] y esto pienso que lo hace el clima o constelaciones de esta tierra.¹⁷

De esta forma, a mediados del siglo XVI, en la Nueva España es ya notorio un conflicto de identidad entre los españoles de ambas orillas del Atlántico, conflicto que era el reflejo de una transición generacional, que conllevó cambios sustanciales en los planos social, político, económico, cultural e incluso mental de los habitantes del Virreinato. Los conquistadores y encomenderos que habían hecho la guerra y vencido al imperio mexica dieron paso a la primera generación propiamente novohispana. Después de la Conquista, el bando vencedor inició la toma física y simbólica de los nuevos reinos. Casi al mismo tiempo, la Corona se dio a la tarea de comenzar el proceso normativo del Nuevo Mundo, mediante el cual fue mermando poco a poco el poder de los conquistadores y encomenderos. Entonces nació la desconfianza mutua entre los peninsulares —funcionarios

16 Apud C. I. Ramírez González, *Grupos de poder clerical en las universidades hispánicas II. Los regulares en Salamanca y México durante el siglo XVI*, 2002, p. 37. El énfasis es del autor.

17 S. Alberro, *Del gachupín al criollo...*, pp. 37-38. El énfasis es del autor.

reales que llegaron a las nuevas tierras con la comisión de poner orden en la administración del Virreinato— y los conquistadores y sus descendientes, que vieron cómo aquellos prepotentes emisarios del rey eran dotados de privilegios y mercedes en detrimento de sus intereses.¹⁸

Una de las primeras tareas para encauzar las disposiciones regias fue el establecimiento gradual de instituciones castellanas, algunas de ellas marcadas por una añeja tradición medieval. Sin embargo, al erigirse en medio de un ambiente completamente ajeno, estos establecimientos comenzaron a sufrir transformaciones que los distinguieron de sus originales peninsulares.¹⁹ Tomar verdadera posesión de los nuevos territorios significó una tarea que realizaron varias generaciones. En esta etapa se dio el paso de una sociedad guerrera—cuyas máximas virtudes eran la conquista y el enriquecimiento a través del botín— a una sociedad ordenada por una burocracia letrada. El hidalgo que antaño ganaba el ennoblecimiento con las armas ahora lo tenía que conquistar con las letras.²⁰ Rastrear la génesis de la identidad novohispana en esta época es —y siempre ha sido— complicado. No obstante, un grupo de personajes ilustres que

18 El fenómeno de la temprana diferenciación entre los peninsulares y los nacidos en “esta tierra” es más notorio en el caso de las letras novohispanas. Margarita Peña señala: “La Conquista, y la textura humana de quienes la consumaron, darán lugar en la Nueva España a fenómenos y hechos tempranos: por ejemplo, el resentimiento criollo hacia la Corona”. Y más adelante apunta que la *Sumaria relación de las cosas de la Nueva España* de B. Dorantes de Carranza, escrita hacia 1604, fue el “receptáculo en el que se vierte el resentimiento criollo ante la prepotencia del peninsular venido a Indias posteriormente”. M. Peña, “Peregrinos en el Nuevo Mundo: tradición épica y manifestaciones novohispanas”, en K. Kohut y S. V. Rose, *La formación de la cultura virreinal I. La etapa inicial*, 2000, pp. 41 y ss.

19 J. H. Elliot, *La España imperial*, 2006, p. 65.

20 Un caso que ayuda a ilustrar este cambio generacional es el de Pedro López. Este médico fue muy cercano a Cortés; lo acompañó a la penosa expedición a las Hibueras y fungió como su amigo, médico y cómplice. En 1526, certificó la muerte de Luis Ponce de León, aduciendo que su fallecimiento se debió a una enfermedad contraída durante el viaje transoceánico y no a un envenenamiento. Asimismo, López se convirtió en un rico encomendero. Dada su privilegiada posición social, tuvo contacto con las máximas autoridades de la Ciudad de México (él mismo fue designado primer protomédico de la ciudad en 1527), lo cual hizo posible que el obispo Zumárraga pidiera para su hijo un canonicato, dado que era “un hijo clérigo hábil y docto que estudió en Salamanca y acá prosigue su estudio [probablemente en un colegio] y es dado a las letras y virtud”. G. Martínez Hernández, *La medicina en la Nueva España...*, p. 144. Cfr. M. Cuevas, *Documentos inéditos del siglo XVI para la historia de México*, 1975, p. 119.

comenzaron a aglutinarse dentro de la Real Universidad de México puede ayudar a clarificar un poco el asunto.

La idea de establecer una universidad en la Ciudad de México comenzó a rondar en la cabeza de varias autoridades civiles y eclesiásticas tan sólo unos años después de la caída de Tenochtitlan. El obispo Zumárraga y el Ayuntamiento de la Ciudad de México querían que se abriera un estudio cuanto antes. Sin embargo, cada bando tenía sus intereses: el prelado pensaba en una universidad en la que los indios fueran instruidos, en tanto, el cabildo de la ciudad, representante del grupo conquistador, quería un centro de enseñanza para sus vástagos y herederos.²¹

Después de años de deliberaciones entre los grupos interesados en el estudio, la fundación de la universidad tuvo lugar en 1551,²² prestándose mayor atención a los intereses de los encomenderos.²³ El inicio de las lecciones universitarias demoró dos años más. El 3 de junio de 1553 Francisco Cervantes de Salazar, quien ya había impartido cátedra en la Universidad de Osuna y que tuvo a su cargo la lectura de retórica en México, dictó ante las autoridades virreinales y algunos vecinos de la ciudad la primera lección universitaria de la Nueva España. Cervantes de Salazar perteneció a una generación de intelectuales novohispanos en cuyo pensamiento ya es posible detec-

21 Para saber acerca de la exclusión de los indios de la universidad, revítese el trabajo de M. Menegus, "Dos proyectos de educación superior en la Nueva España en el siglo xvi. La exclusión de los indígenas de la universidad", en L. M. Luna, E. González, M. Menegus y A. Pavón, *La Real Universidad de México. Estudios y textos I. Historia de la universidad colonial (avances de investigación)*, 1987, pp. 83-89.

22 Véase la cédula de fundación de la Real Universidad en S. Méndez Arceo, *La Real y Pontificia Universidad de México. Antecedentes, tramitación y despacho de las reales cédulas de erección*, 1952, pp. 121 y ss.

23 A. Pavón Romero ha estudiado a profundidad la relación entre la sociedad novohispana y la Universidad de México durante el siglo xvi. Para darse una idea general de este complejo proceso puede verse su trabajo: "La Real Universidad de México: cultura y sociedad en el siglo xvi", en J. Román Gutiérrez, E. Martínez Ruiz y J. González Rodríguez (coords.), *Felipe II y el oficio de rey: la fragua de un imperio*, 2001, pp. 777-806.

tar un orgullo por la tierra que se habita. Sobre este tema, resaltan sus obras *México en 1554*²⁴ y *Crónica de la Nueva España*.²⁵

En la misma universidad, al lado de Cervantes de Salazar, se encontraba otro distinguido humanista formado en Alcalá y Salamanca, discípulo de Francisco de Vitoria y Domingo de Soto: fray Alonso de la Veracruz. El tema que fray Alonso expuso en el primer curso de santo Tomás que impartió en la Real Universidad de México fue acerca de la licitud de las encomiendas, de los derechos de los indios de encomienda y las obligaciones de los españoles encomenderos. Posteriormente, fray Alonso fue ampliando y refinando el contenido de aquella *relectio*, de modo que hacia 1556 había logrado redactar su *De dominio infidelium et iusto bello* (*Acerca del dominio de los infieles y de la guerra justa*), obra que estuvo centrada en la justificación de la Conquista y el dominio español sobre los indios.²⁶ La tesis expuesta por De la Veracruz rechazaba el sometimiento por vía de la guerra de los pueblos indios, poniendo así en tela de juicio la autoridad de la Corona y de los encomenderos. Otra muestra de la oposición al poder absolutista por parte del agustino fue su rechazo al cobro de diezmos a indígenas, caso que desembocó en un enfrentamiento directo con el arzobispo Montúfar. La contribución de fray Alonso a la formación del pensamiento criollo fue fundamental, pues cuestionó tempranamente el poder centralista de la monarquía, haciendo

24 F. Cervantes de Salazar, *México en 1554*, 1993. Esta obra fue elaborada como material didáctico para los alumnos de la Real Universidad. El libro consta de tres diálogos latinos en los que se describen la universidad, la ciudad y sus alrededores. En los dos últimos, dos vecinos de la ciudad, Zuazo y Zamora, muestran su supuesta magnificencia al forastero Alfaró, quien es un español recién llegado; es decir, dos "criollos", orgullosos de su tierra, muestran sus maravillas a un incrédulo peninsular. En la obra son constantes las alabanzas a la ciudad, a su vida cotidiana y a sus habitantes distinguidos, lo cual denota ya un marcado aprecio por la tierra adoptiva.

25 F. Cervantes de Salazar, *Crónica de la Nueva España*, 1914. Esta crónica fue escrita hacia 1557 por encargo del cabildo de la Ciudad de México. Se trata de una larga apología de la Conquista. Sin embargo, el capítulo primero, de los seis que consta dicho libro, muestra interesantes esbozos de la naturaleza de la Nueva España y de las costumbres de los indios que la habitaban. Resulta llamativo que Cervantes de Salazar, en varios de sus escritos, haga referencia a temas médicos. Por ejemplo, en la *Crónica* ensalza "la propiedad y naturaleza de algunos árboles de la Nueva España".

26 A. de la Veracruz, *Sobre el dominio de los indios y la guerra justa*, 2004, p. 40.

énfasis en el reforzamiento de los gobiernos locales. En palabras de Ambrosio Velasco:

El humanismo [de] De la Veracruz [...] fue conformando paulatinamente una idea de nación mexicana que reconocía el valor y significación de las culturas indígenas. A partir de entonces empieza a arraigarse la idea de que la Nueva España es una patria para los nacidos en América: criollos, indígenas y mestizos, y no para los europeos.²⁷

El interés de fray Alonso por la problemática que planteó el Nuevo Mundo no quedó allí. En su obra *Physica speculatio* trató sobre temas de cosmografía y astronomía que incluían la descripción del continente americano.²⁸ En este escrito menciona la teoría de Nicolás Copérnico sobre los astros sin comprometerse abiertamente con el heliocentrismo.²⁹ En la misma obra, fray Alonso comentó los tratados aristotélicos *De caelo*, *De meteoris*, *De generatione et corruptione* y *De anima*. *De caelo* es considerado uno de los primeros textos de ciencia novohispana, pues ahí el agustino estudia los cielos, climas y tierras del Nuevo Mundo y realiza una descripción de los mares, de la Península del Labrador y de la Tierra de Fuego hasta la parte conocida del norte del continente.³⁰ Por otra parte, *De anima* se enfoca en el estudio de los seres vivientes, entre los cuales se encuentra el hombre. En este tratado se habla de los aspectos sensitivos del ser humano: el intelecto, la razón, el espíritu y la inmortalidad del alma, cuestiones que también eran materia de discusión de la medicina de la época.

27 A. Velasco Gómez, "Humanismo iberoamericano...", p. 42.

28 A. de la Veracruz, *Physica speculatio*, 2012.

29 Seguramente De la Veracruz tenía en mente la represión que sufrieron sus hermanos de orden fray Diego de Zúñiga y fray Luis de León. Los *Comentarios al libro de Job* del primero fueron incluidos en el índice de libros prohibidos por su adhesión a las ideas del astrónomo polaco, en tanto fray Luis fue enjuiciado por la Inquisición al traducir *El cantar de los cantares* a lengua romance.

30 M. Beuchot, "Perfil del pensamiento filosófico de fray Alonso de la Veracruz", *Nova Tellus*, 2011, p. 210.

Con lo expuesto queda claro que Cervantes de Salazar y De la Veracruz estuvieron inmersos en un ambiente intelectual en el que comenzaba la construcción teórica de un discurso de identidad novohispana. La repercusión del trabajo de ambos tuvo una gran resonancia política y social debido a que se gestó en el interior de la universidad mexicana, institución que, a pesar de copiar el modelo salmantino, estaba adquiriendo una identidad propia.

El estudio de los antecedentes de la Real Universidad de México en su primer siglo de existencia fue propuesto por Lorenzo Luna hace algunas décadas.³¹ Siguiendo la pauta marcada por este autor, Armando Pavón ha llevado a cabo una detallada descripción de la conformación de la universidad mexicana como una corporación con tintes criollos. La cédula fundacional de la Universidad de México, expedida en septiembre de 1551, declaraba que “se fundase en ella universidad de todas las sciencias, donde los naturales y los hijos de españoles fuesen instruidos en las cosas de nuestra sacra fee católica y en las demás facultades”.³² No obstante, la intención de brindar una educación a los indígenas quedó sólo en el papel, por lo que desde su origen el estudio estuvo dirigido exclusivamente a la formación de los hijos de españoles. Lo anterior quiere decir que la Real Universidad de México fue una institución criolla, cuestión que marcó su proceso de adaptación a las circunstancias novohispanas, pues se trataba de una institución europea que se implantaba en América.

A pesar de haber sido ideado para los criollos, el claustro universitario, máximo órgano rector de la universidad, fue ocupado en su totalidad por peninsulares que detentaban los puestos de máxima autoridad del Virreinato. Y no pudo ser de otra forma, pues para pertenecer al claustro pleno había que tener un grado universitario, por lo que la universidad mexicana incorporó —esto significa que revalidó— los grados que varias autoridades virreinales habían

31 Véase la primera parte de L. Luna, *Obras*, 2014.

32 S. Méndez Arceo, *La Real y Pontificia...*, p. 121.

obtenido en universidades españolas y europeas.³³ De igual forma, la planta docente quedó cooptada por los españoles. El modelo salmantino original, marcado por la tradición corporativa medieval, se vio trastocado de forma radical en México. En la Universidad de Salamanca los estudiantes contaban con una activa participación en el gobierno de su institución a través del claustro de rector y consiliarios, cuestión que en México nunca pudo llevarse a cabo, pues el rectorado quedó en las manos del claustro pleno o de doctores que, como ya se ha visto, estaba conformado por las principales autoridades virreinales: oidores, arzobispos, dignidades del cabildo catedralicio y miembros de las órdenes religiosas.

El nacimiento de la universidad novohispana estuvo enmarcado por el surgimiento del Estado moderno, cuya característica distintiva fue el desarrollo del absolutismo monárquico. En el mundo hispánico, la concentración de poder en la figura del rey marcó el origen de varias instituciones y la modificación de otras ya existentes. Durante el Antiguo Régimen, las universidades comenzaron a adquirir gran importancia para las monarquías europeas, debido a que se convirtieron en centros de educación especializada donde se formaban los funcionarios reales.³⁴ A diferencia de los modelos universitarios europeos, en los cuales las tareas de gobierno se repartían más equitativamente entre los diferentes grupos que los componían, en la Nueva España la presencia del monarca se hizo sentir desde el inicio. En la Universidad de Salamanca, por ejemplo, prevalecían todavía varios privilegios forales de origen medieval que le daban cierta independencia de la autoridad del rey. En cambio, el Estudio

33 En caso de que alguna autoridad no contara con un grado universitario, la universidad le otorgaba *ex profeso* uno, con la intención de que pudiera formar parte del claustro y, por ende, tener voz y voto en el manejo de los asuntos internos. Armando Pavón señala que la universidad confería grados de doctor con carácter político, lo que rebasaba los aspectos corporativos y docentes universitarios. "Hacer doctor a un oidor o a un arzobispo era hacer miembro del gremio a un personaje poderoso, del cual la universidad podía esperar favores y beneficios" y para ejemplificar este caso anota que en 1554, el claustro pleno concedió al recién llegado arzobispo Alonso de Montúfar el grado de maestro en teología y el cargo de maestrescuela. A. Pavón Romero, "Grados y graduados en la universidad del siglo XVI", en *idem* (coord.), *Universitarios en la Nueva España*, 2003, p. 24.

34 R. L. Kagan, *Students and society in early modern Spain*, 1974, p. XIII.

Mexicano representó un nuevo modelo de universidad colonial, que fue creado a partir de los intereses centralistas de la monarquía, pero que se erigió en un contexto sin precedentes. En la Nueva España se requería un cuerpo de burócratas que hiciera funcionar, al otro lado del Atlántico, la maquinaria estatal. La Real Universidad fue el lugar en donde los jóvenes criollos se educarían para, posteriormente, ocupar los cargos que ofrecían las nacientes instituciones virreinales. Del mismo modo, la preocupación que la Corona tuvo por formar y consolidar un clero capaz de llevar a cabo las tareas de evangelización —deber adquirido en virtud del patronato real— fue otro factor determinante en el proceso de apertura de una universidad en la Nueva España.

Por lo anterior, uno de los lugares en el que encontraron acomodo social los hijos de españoles fue como estudiantes universitarios. Desde esa posición, los primeros criollos conformaron un grupo que los llevó a identificarse con la causa universitaria. A pesar de que los alumnos no pudieron aspirar al cargo de rector, como lo permitía la tradición corporativa salmantina, sí mantuvieron la prerrogativa de conformar el claustro de consiliarios. De esta manera, el claustro fue el primero en consolidarse en la universidad, pues estaba formado por funcionarios menores que se matriculaban para oír cursos. La función administrativa de los consiliarios consistía en organizar las elecciones y los nombramientos de los catedráticos. Organizado de dicha forma, el grupo de estudiantes criollos hizo frente al poder del claustro pleno conformado por doctores peninsulares. Españoles y americanos tuvieron, por lo tanto, una relación diferente con la universidad y con distintas perspectivas. Los miembros del claustro pleno no tuvieron interés en desarrollar una trayectoria universitaria, debido a sus actividades de gobierno fuera y dentro de la universidad. En cambio, la conformación exclusivamente estudiantil del claustro de consiliarios dio la pauta para que sus adeptos realizaran una larga trayectoria de formación en la universidad.³⁵ El principal incentivo que tuvieron los primeros cursantes de la Real Universidad fue obtener los grados universitarios, que en la época revestían de

35 A. Pavón Romero, "Universitarios y universidad en México en el siglo XVI", 1995, p. 766.

un alto estatus social a sus poseedores y los dotaban de mayores posibilidades profesionales y sociales dentro del aparato burocrático virreinal. La carrera académica se volvió, así, una vía de ascenso que buscaron las primeras generaciones de hijos de españoles nacidos al otro lado del océano. Además, los consiliarios jugaron un papel determinante en la consolidación y estabilización del Estudio, ya que en los alumnos prevalecía el deseo de consolidar un *cursus academicus* que iba más allá de la mera obtención de los grados universitarios.

Surgido en pleno desarrollo del absolutismo monárquico, el Estudio Mexicano fue creado bajo el modelo salmantino, pero ya con un mayor control regio, el cual se manifestaba en la preeminencia doctoral del claustro pleno. Por lo tanto, al estudiar los albores de la universidad mexicana se debe tomar en cuenta el contexto americano en el que la monarquía hispánica imponía su presencia. En la Nueva España, el poder del rey tuvo más fuerza que en la propia península, porque al otro lado del océano no había estructuras feudales previas que reclamaran y defendieran antiguos derechos. Y aunque al principio la Corona tuvo que lidiar con los reclamos de los conquistadores y encomenderos, hacia la segunda mitad del siglo XVI la imposición monárquica era ya casi total.

En ese marco absolutista, los hijos de los conquistadores tuvieron pocos espacios, uno de ellos fue la universidad. A pesar de haber nacido mermada, la representatividad estudiantil de la Real Universidad de México todavía apelaba a la tradición corporativa medieval, la cual brindaba a los cursantes un sentimiento de pertenencia. Desde esa posición, los hijos de los españoles lograron consolidar un lugar en la sociedad novohispana. El poder monárquico los había despojado de lo que sus padres, los conquistadores, habían ganado y que consideraban suyo por derecho de herencia. La universidad, como se ha mostrado, fue un espacio que propició la reflexión sobre la situación del Nuevo Mundo y sus habitantes. Por este motivo, los primeros criollos conformaron una clase culta y acomodada, lo que les permitió desarrollar un discurso de identidad que reflejaba la filiación y distinción de una clase social que exaltaba la naturaleza del Nuevo Mundo y la forma de ser y estar en ella. Los criollos, como hijos de españoles, tenían una concepción del mundo basada

en los saberes clásicos grecorromanos y en la tradición judeocristiana. La aparición de un territorio que había permanecido fuera de estas herencias culturales significó un desafío para la historia de Occidente. América era el Nuevo Mundo desde el punto de vista del conquistador, por esta razón su incorporación a la realidad occidental se configuró a partir de una retórica colonialista. Siguiendo esta lógica, quizá la primera forma de apropiación del territorio fue el uso y la imposición de la lengua castellana para explicar la realidad de un nuevo continente que representaba las antípodas de la cultura europea.³⁶

Las primeras universidades americanas fueron erigidas en los centros de poder político de los virreinos, lugares en donde se hallaban asentados los poderes civiles y eclesiásticos, y en donde se encontraban establecidas las principales sedes de los órdenes religiosos. Ahí, los criollos realizaban una activa vida económica que les permitía muchas veces financiar colegios —que eran la antesala de la universidad— para que sus hijos fueran educados. A partir de esta relación entre la parte criolla de la sociedad y las instituciones educativas es que puede explicarse el auge de un discurso sobre el criollismo en el ámbito académico.

EL CRIOLLISMO EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Desde 1527 el cabildo de la Ciudad de México había asumido la tarea de designar a un protomédico que vigilara el ejercicio de los profesionistas sanitarios en la ciudad. Desde entonces, el Ayunta-

36 En este sentido, es notable el caso del poema *Nuevo Mundo y conquista*, del criollo Francisco de Terrazas, cuyo contenido es una de las muestras más palpables del nacimiento de la identidad criolla a través de las letras. No se conoce con certeza en qué lugares se educó Terrazas, pero lo que sí se sabe es que fue hijo de un connotado conquistador muy cercano a Cortés. En su obra, este poeta criollo utilizó un discurso literario influido por la tradición medieval y algunas tendencias petrarquistas para “encerrar con perfección el espíritu de los criollos novohispanos”. Así, al igual que Terrazas, muchos hijos de conquistadores y españoles recién llegados a las Indias mostraron su amor por la tierra que habitaban. B. Dorantes de Carranza, *Sumaria relación de las cosas de la Nueva España con noticia individual de los conquistadores y primeros pobladores españoles*, 1987, p. IX.

miento nombraba anualmente a uno o dos protomédicos o “visitadores médicos” para que realizaran las tareas de supervisión sanitaria dentro de su jurisdicción. El grupo de encomenderos reunidos en el Ayuntamiento tenía plena autoridad sobre los médicos. En 1571 llegó a la capital del Virreinato el “protomédico general de todas las Indias, Islas y Tierra Firme del Mar Océano”, Francisco Hernández, nombrado por el rey Felipe II. La presencia de Hernández, sin embargo, no significó un cambio radical en las decisiones sobre la salud por parte del Ayuntamiento, pues en cuanto Hernández regresó a la península en 1577, el cabildo comenzó a nombrar nuevamente protomédicos.³⁷ Pero a partir de la década de los ochenta del siglo XVI, los virreyes comenzaron a cuestionar el derecho de la ciudad de nombrar a los visitadores médicos.³⁸ A principios de 1581, se determinó que Juan de la Fuente, médico de la Inquisición novohispana y catedrático de Medicina de la Real Universidad, dirimiera los asuntos sanitarios junto con el doctor Juan Bautista de Vides, médico personal del recientemente llegado virrey conde de la Coruña. Pero el virrey tenía otros planes para su médico, pues en octubre de ese mismo año escribió al rey asegurando que “en esta tierra no hay ahora protomédico”. Vides ya había sido nombrado protomédico por el Ayuntamiento, pero lo que en realidad buscaba el virrey era que en él recayera la atribución de nombrar dichas autoridades. No obstante, la petición no encontró respuesta y el Ayuntamiento nombró a Vides y a De la Fuente nuevamente como protomédicos para 1582.

Sin embargo, tres años más tarde, el virrey marqués de Villamanrique quiso de nuevo imponer su autoridad en el rubro sanitario, designando a su médico personal, Luis de Porras, como protomédico. A fines de 1585, el cabildo de la ciudad admitió el nombramiento de Porras bajo protesta. A partir de entonces se desató una ardua

37 Francisco Hernández fue investido como protomédico general no para realizar las actividades como tal, sino para obtener algunas facilidades para llevar a cabo la misión principal de la encomienda real: “hacer la historia de las cosas naturales de nuestras Indias”. G. Somolinos D’Ardois, “Vida y obra de Francisco Hernández”, en Francisco Hernández, *Obras completas*, 1960, p. 149.

38 La intromisión de los virreyes en cuestiones sanitarias de la Ciudad de México y del Virreinato a fines del siglo XVI ya ha sido estudiada. G. Martínez Hernández, *La medicina en la Nueva España...*, pp. 126-138.

lucha entre el virrey y la ciudad por éste y otros asuntos. La disputa iba más allá de cuestiones meramente sanitarias. Lo que en realidad había en el trasfondo era la pugna que desde hacía varias décadas tenía el grupo de encomenderos y las autoridades virreinales. Las nacientes instituciones novohispanas, como se ha visto en el caso de la Real Universidad, eran el campo en donde se desarrollaban las batallas entre los poderes locales y el centralismo monárquico. En este asunto, la disputa llegó al Consejo de Indias y la resolución fue favorable al Ayuntamiento, que fue responsable de la política de salud por el resto del siglo XVI y los primeros años del XVII.

Por esas mismas fechas comenzó a aparecer en los nombramientos de protomédicos de la ciudad el nombre del doctor Jerónimo de Herrera. Desde 1587 y hasta 1603, De Herrera había sido nombrado visitador médico en 16 ocasiones. Justo en este último año fue que su condición de protomédico de la ciudad cambió por el de protomédico general de la Nueva España.

Durante los últimos años del siglo XVI se dio una pugna entre el Ayuntamiento de la Ciudad de México y el virrey por el nombramiento de los protomédicos. En esa época, De Herrera había sido nombrado consecutivamente para dicho cargo por más de una década. Sin embargo, el virrey tenía otros planes para él. En 1598, en una carta dirigida al monarca, el conde de Monterrey hablaba sobre “la gran quiebra de la medicina” novohispana. En el escrito se argüía que en México la enseñanza de esta disciplina no era la adecuada y que el Ayuntamiento de la ciudad no estaba facultado para elegir protomédicos. Esa tarea, según el virrey, le correspondía a su majestad, de tal modo que el conde de Monterrey optó por nombrar a Jerónimo de Herrera como visitador médico del Virreinato y dejar su ratificación al monarca. A fines de 1603, el conde de Monterrey dejó el gobierno de la Nueva España, cargo que ocupó el conde de Montesclaros, quien en julio de 1604 ratificó a De Herrera.

Pero la pugna que se sostenía en los campos médico y sanitario del Virreinato a fines del XVI también alcanzó a la Real Universidad, cuya Facultad de Medicina estaba conformada mayoritariamente por médicos llegados de la metrópoli. Desde el inicio de las funciones universitarias, en 1553, hasta la apertura de la primera cátedra

médica, se incorporaron al menos 12 galenistas,³⁹ entre quienes sobresalió el sevillano Juan de la Fuente, a la postre ganador de la cátedra de Prima en 1578.⁴⁰

Con la apertura de la primera cátedra iniciaba el derrocamiento de la estructura política que los médicos, adheridos a la causa de la encomienda, habían construido a partir de 1527, cuando el Ayuntamiento de la Ciudad de México decidió nombrar anualmente protomédicos. De modo paralelo, se abría una nueva etapa en el desarrollo de la medicina occidental en la Nueva España, cuyo principal distintivo fue la formación de los primeros médicos novohispanos, la mayor parte de ellos criollos de formación, en una institución de carácter regio como lo era la universidad.

Fue durante el proceso de apertura de la segunda cátedra de Medicina que se hizo más notorio el problema entre la primera generación de médicos universitarios criollos y la política centralizadora que pretendía imponer el virrey. La creación de la cátedra de Vísperas de Medicina se dio en un ambiente ríspido, puesto que justo en ese momento (1598) el debate entre el conde de Monterrey y el Ayuntamiento por el control de la política sanitaria estaba en pleno auge.⁴¹ El problema radicó en que el virrey propuso la creación de la segunda cátedra de Medicina, aduciendo que “esta arte no se save con fundamento en esta tierra ni se platica con la seguridad

39 G. Martínez Hernández, “La comunidad de la Facultad de Medicina de la Real Universidad de México en los siglos XVI y XVII a través de las fuentes de archivo”, *Estudios de Historia Novohispana*, 2012, p. 11. Cfr. A. Pavón Romero, “Importancia de las cátedras para las facultades o los médicos incorporados a la Universidad de México, en el XVI”, en *Facultades y grados. X Congreso Internacional de Historia de las Universidades Hispánicas*, 2007, pp. 145-161.

40 G. Martínez Hernández, “Juan de la Fuente y los inicios de la medicina académica en México”, en L. E. Rodríguez-San Pedro Bezares y J. L. Polo Rodríguez (eds.), *Universidades hispánicas: colegios y conventos en la Edad Moderna (I). Miscelánea Alfonso XI*, 2008, 2009, pp. 385-399.

41 Ya se ha mencionado que el conde de Monterrey mostró un especial interés por reformar las prácticas de la educación y el ejercicio de la medicina. En una carta dirigida al rey, el nuevo virrey describía, molesto, que había “hallado aquí introducido el nombrar la ciudad cada año dos protomédicos del reyno, cossa que parece que pertenecía más a la dignidad del virrey, que aquí representa la persona de vuestra magestad”. Al final de su gestión, en 1603, el virrey logró quitar al Ayuntamiento de la Ciudad de México la preeminencia del nombramiento de protomédicos y proclamó al doctor Jerónimo de Herrera como el primer y único protomédico general de la Nueva España. G. Martínez Hernández, *La medicina en la Nueva España...*, p. 133.

que conviene” y proponía que un médico viniera “de España para leer y criar algunos discípulos y praticantes que puedan reparar este daño”.⁴² Con esta propuesta, el virrey trataba de subordinar a las autoridades universitarias. Sin embargo, éstas se anticiparon a las pretensiones de don Gaspar de Zúñiga, abriendo una oposición para adjudicar la segunda cátedra a uno de sus miembros. A fines de 1598, se llevaron a cabo los actos de provisión de la cátedra, a la que se presentaron los doctores Diego de los Ríos, Juan de Plasencia, Juan de Cárdenas y Francisco Gómez.⁴³ Todos los opositores se habían formado en la Real Universidad de México bajo la tutela del primer catedrático Juan de la Fuente. De esta forma, el proceso de elección del segundo catedrático en medicina fue la manera en que la universidad, a través del grupo de médicos criollos o “criollizados”, respondió al virrey y su pretendido catedrático peninsular. Mediante esta maniobra, la institución dejaba en claro que no iba a permitir que el virrey interfiriera en sus asuntos. Al final, el 23 de diciembre de 1598, se adjudicó la cátedra de Vísperas de Medicina al doctor Juan de Plasencia, quien inició lecciones el 9 de enero de 1599.

JUAN DE CÁRDENAS: VIDA, OBRA Y DISCURSO DE UN CRIOLLO PENINSULAR

En los apartados anteriores se ha intentado esbozar la atmósfera política y social que privaba en los círculos universitarios y médicos de la capital del Virreinato, lugares donde los criollos hallaron una oportunidad de promocionarse socialmente. Sin embargo, de forma paradójica, la carrera médica no fue del agrado de los nacidos en la Nueva España durante la segunda mitad del siglo XVI. La mayor parte de los médicos formados a partir de 1578 dentro de las aulas universitarias eran peninsulares llegados a la Colonia a muy tem-

42 *Loc. cit.*

43 El proceso de oposición de la cátedra de Vísperas de Medicina ha sido estudiado por M. Peset, “Provisión de una cátedra de medicina en México, 1598”, en C. I. Ramírez y A. Pavón (comps.), *La Real Universidad de México. Estudios y textos VI. La universidad novohispana: corporación, gobierno y vida académica*, 1996, pp. 219-237.

prana edad. Por lo tanto, otro rasgo que caracterizaba a este grupo era que no pertenecían a las familias más importantes de la Nueva España.⁴⁴ Pero, a pesar de sus orígenes ibéricos, los primeros médicos formados en México se identificaron con la causa universitaria y criolla,⁴⁵ pues la corporación estaba abierta a personas de distintos orígenes, además de que aglutinaba a miembros de varias procedencias sociales. De Cárdenas vivió de cerca todas esas vicisitudes, incluso estuvo inmerso en muchas de ellas.

Juan de Cárdenas nació en la villa de Constantina, Sevilla, en 1563.⁴⁶ Al respecto, en su obra suscribe: “Si al hombre le es concedido decir alabanza de su tierra, con quanta obligación, y justo derecho devo yo alabar a mi dulce Constantina, recreación de Sevilla, jardín de España”.⁴⁷ No se sabe nada sobre sus primeros años de vida en la península. De Cárdenas, en ese sentido, guarda silencio acerca de sus familiares y lugares en donde pudo haber radicado o estudiado. Lo que sí se puede argüir con certeza es que cerca de 1577, a la edad de 14 años, se embarcó hacia el Nuevo Mundo.⁴⁸

Ya en la Ciudad de México, entró a estudiar en el colegio jesuita de San Pedro y San Pablo, fundado cuatro años antes de su llegada a las Indias. En el prólogo al tercer libro de su obra menciona que ahí tuvo como docente al padre Antonio Rubio,⁴⁹ quien junto con fray Alonso de la Veracruz y Tomás de Mercado fueron los máximos

44 A excepción de Diego de los Ríos, médico formado en la Real Universidad y miembro de una adinerada familia. De los Ríos fue catedrático de Prima y Vísperas de Medicina a inicios del siglo XVII. A. Pavón Romero, “Grados y graduados ...”, p. 46.

45 En este sentido, Armando Pavón ha señalado atinadamente que los universitarios de origen peninsular que llegaron a temprana edad pueden ser denominados “criollos”, pues en ellos no pareció pesar la condición de peninsular: van a la universidad y realizan carreras casi iguales a las de los criollos. Cuestión contraria sucedía con los funcionarios peninsulares que eran designados para trabajar y vivir en la Nueva España. A. Pavón Romero, “Grados y graduados...”, p. 41.

46 Su obra se imprimió cuando él contaba con 28 años de edad, según él mismo declara. Es por eso que el año de su nacimiento se ha podido precisar. J. de Cárdenas, *Problemas y secretos...*, f. 80.

47 *Ibid.*, f. 170.

48 De sus 28 años de edad, De Cárdenas dice que “destos la mitad viví en Castilla, y la mitad en Indias”. *Ibid.*, f. 80.

49 *Ibid.*, f. 171.

exponentes de la filosofía novohispana de la segunda mitad del siglo XVI. En las aulas jesuitas, De Cárdenas seguramente obtuvo los conocimientos básicos de gramática, poesía y retórica, que a la postre le permitieron ingresar a la Real Universidad.

De la misma forma, De Cárdenas reconoce en su obra la deuda intelectual que contrajo con diversos catedráticos universitarios. Entre éstos sobresalen el doctor Hernando Ortiz de Hinojosa, quien fue catedrático de Artes y de Teología, y el agustino Juan de Contreiras, que sustituyó en la cátedra de Artes a Ortiz de Hinojosa. Por la referencia hecha a estos profesores, los estudios de Artes que cursó De Cárdenas se pueden fijar entre 1577 y 1580. A inicios de 1581 obtuvo el grado de bachiller en dicha facultad.⁵⁰

Tres años y medio más tarde, De Cárdenas obtuvo el grado de bachiller en Medicina bajo la tutela del doctor Juan de la Fuente, lector de la única cátedra médica de la universidad. Al respecto, éste señala:

Si este mi pequeño tratado fuere por ventura despojado de aquella erudición, perfección, y hornato que la delicadeza de tan ardua materia requería, muchas causas puedo alegar, que de tal efecto bastantemente me disculpen. Por primera disculpa alego, que la falta que en Indias he tenido de maestros, porque aunque es verdad que por muy dichosa suerte mía alcancé por maestro al sapientísimo doctor Juan de la Fuente, catedrático de Prima de la Facultad de Medicina (hombre por cierto a quien todo este reino deve juzgar, y tener por padre pues realmente lo es de casi todos los que esta facultad professamos) con todo esso, siendo él sólo nuestro maestro, no podemos los discípulos tan por entero de aquel bien que gozan los estudiantes, que en essas universidades de la Europa professan la medicina donde así la copia y multitud que oyen de liciones, como de las continuas conferencias, y actos públicos que ven cada día, sacan galanas, y no pocas curiosas dubdas de que quando viene a escrevir, adornan, y hermosean sus libros.⁵¹

50 AGN, Ramo Universidad, v. 474, f. 19.

51 J. de Cárdenas, *Problemas y secretos...*, ff. 79-79v.

La anterior descripción pinta la endeble situación de la medicina académica novohispana en la última década del siglo XVI, la cual se sostenía en la omnipresente figura de Juan de la Fuente, quien en la época no sólo fungía como catedrático de Medicina, sino que también era médico de la Inquisición y en muchas ocasiones fue comisionado por el Ayuntamiento para vigilar la política sanitaria.

La enseñanza médica que impartía Juan de la Fuente consistía en la lectura de varios textos de los autores clásicos. Los lineamientos estatutarios para obtener el grado de bachiller en Medicina en la Real Universidad de México a fines del XVI quedaron establecidos en el corpus elaborado por el visitador Farfán en 1580, tan sólo dos años después de la inauguración de la cátedra de Medicina. En ellos se ordenaba que el catedrático:

En el primer año leerá el título *De elementis et temperamentis*, los capítulos más necesarios del libro *De humoribus*, lo más necesario y algo *De anatomia* y *Facultatibus naturalibus*, lo que conviene asimismo de *Pulsibus et urina*.

El segundo año *De differentia februm*, y *De arte curativa ad glaucionem* y *De sanguinis missione*.

El tercer año *Aphorismos* de Hipócrates y el libro *Quos et quando oporteat purgari*, y el libro nono *De Rasis ad Almazorem*.

El cuarto año *De crissibus* y *De decretoriis* y algunos libros del *Methodo medendi* de Galeno.⁵²

Los contenidos teóricos de la cátedra de Prima se basaban en las lecturas de algunas partes de las obras de Galeno, principalmente, Hipócrates y Rhazes. La fundamentación de estas lecturas en la Real Universidad de México se enmarcó dentro de la política contrarreformista que inició la Corona castellana a mediados del siglo XVI, cuya característica principal fue la reticencia que tuvo hacia varias novedades científicas que estaban suscitándose en Europa, bajo el pretexto de salvaguardar la integridad católica de los reinos

52 J. Jiménez Rueda (ed.), *Las constituciones de la antigua universidad*, 1951, p. 45.

hispanicos.⁵³ Es por ello que las lecturas en la Facultad de Medicina mexicana se apegaban más a una línea galénica arabizante, la cual se adecuaba al pensamiento neoescolástico hispanico postridentino.

Asistiendo a estas lecciones se obtenía el conocimiento de los preceptos de la medicina humoral, la cual estipulaba, en su parte hipocrática,⁵⁴ que había una estrecha interacción entre el universo o macrocosmos, y el cuerpo humano o microcosmos.⁵⁵ La idea de que existía un vínculo entre el cuerpo humano y el cosmos resulta primordial para entender la exposición de Juan de Cárdenas en relación con la naturaleza de las Indias y su influencia en la complejión, constitución y personalidad de sus habitantes. Después de realizar sus cursos en Medicina, el día 3 de julio de 1584 Juan de Cárdenas fue investido como bachiller.⁵⁶

Una vez terminada su formación en las aulas universitarias, nuestro personaje partió hacia Guadalajara, en donde ejerció como médico en el Hospital de San Miguel. La capital de la Nueva Galicia no era el mejor lugar para practicar tal carrera, pues su escaso desarrollo no brindaba las mismas oportunidades que otras ciudades. No obstante, De Cárdenas se incorporó al hospital de esa ciudad a

53 Esto ya ha sido señalado hace algunas décadas por José María López Piñero, quien demostró que las actitudes e intentos aislados que se venían gestando dentro de los círculos científicos desde la baja Edad Media, y que adquirieron mayor coherencia y vigor durante el siglo XVI, tuvieron sus primeras manifestaciones concretas en el siglo siguiente. No obstante, para esa centuria, España, que había sido figura central durante casi un milenio en la transmisión de los saberes científicos, quedó al margen de las primeras expresiones maduras de la ciencia moderna. Esto se dio por los obstáculos políticos, sociales y religiosos que se manifestaron a lo largo del siglo XVI y que para el XVII "se convirtieron en auténticas barreras que aislaron la actividad científica española de las corrientes europeas y desarticulaban su inserción en la sociedad". J. M. López Piñero, *Ciencia y técnica en la sociedad española de los siglos XVI y XVII*, 1979, p. 360.

54 En este sentido la parte más significativa de la relación entre el hombre y su medio ambiente se encuentra en la obra hipocrática *Tratado de los aires, aguas y lugares*.

55 Se debe acotar que la concepción del universo en la época dista mucho de la actual. Se pensaba que el macrocosmos estaba conformado sustancialmente por los cuatro elementos naturales: agua (líquido), fuego (plasma), tierra (sólido) y aire (gas), cuyas interacciones daban origen a todo lo existente. Por su parte, el microcosmos se encontraba en relación con el universo mediante la asimilación de los cuatro humores, cada uno en correspondencia con los elementos del macrocosmos: sangre, bilis negra, flema y bilis amarilla.

56 AGN, Ramo Universidad, v. 288, f. 3v.

cambio de un generoso estipendio, aunque por un corto periodo de tiempo, ya que en 1588 el obispo de Alzola ordenó que se pusiera en lugar del “licenciado Cárdenas que parece se va a México a Francisco de Espinosa, cirujano y boticario”.⁵⁷

A pesar de que en Guadalajara se le daba el trato de licenciado, la verdad es que Juan de Cárdenas no lo era aún; fue a su regreso a la capital del Virreinato, en marzo de 1589, que obtuvo tal grado.⁵⁸ Al año siguiente, en marzo de 1590, cuando seguramente se encontraba preparando sus *Problemas y secretos maravillosos*, ganó el grado de doctor en Medicina.⁵⁹

Con la distinción doctoral, De Cárdenas formó parte del gobierno de la universidad, pues había quedado incorporado al claustro de doctores. Mediante esta estrategia de ascenso que brindaba la universidad, poco a poco los criollos comenzaban a tener mayor presencia en la misma institución y en la sociedad. Cuando en 1595 falleció el catedrático Juan de la Fuente, se abrió el proceso de oposición para designar a su sustituto. Juan de Cárdenas junto con Juan de Contreras, Jerónimo de Herrera, Cristóbal de Villalobos y Alonso Hernández Diosdado fueron los contendientes en aquella ocasión. Se trataba de la primera generación de médicos formados en las aulas universitarias mexicanas que buscaba una oportunidad dentro de los pocos espacios que ofrecía la burocracia virreinal. Al final, fue Juan de Contreras quien ganó la cátedra. De Cárdenas, por su parte, quedó en tercer lugar, según el número de votos.⁶⁰

Tres años después, Juan de Cárdenas opositaría nuevamente a una cátedra de Medicina. En diciembre de 1598 se iniciaron las diligencias para designar al catedrático de Vísperas. Como ya se ha señalado, la instauración de esta nueva cátedra estuvo en medio de una polémica política, debido a que el virrey conde de Monterrey intentó imponer, por encima de las autoridades universitarias, a un médico

57 L. V. Oliver Sánchez, *El Hospital de San Miguel de Belén. 1581-1802*, 1995, p. 80.

58 AGN, Ramo Universidad, v. 288, f. 42v. Cfr. F. Fernández del Castillo, *La Facultad de Medicina según el archivo de la Real y Pontificia Universidad de México*, 1953, p. 102.

59 AGN, Ramo Universidad, v. 288, f. 67v.

60 *Ibid.*, f. 121.

peninsular como lector titular. Al final, a la oposición concurrieron sólo médicos formados en la Real Universidad de México y fue Juan de Plasencia quien quedó al frente de la cátedra.⁶¹ Sin embargo, durante este proceso de adjudicación hubo un contratiempo, del cual De Cárdenas fue protagonista. Poco antes de llevarse a cabo las disertaciones de los candidatos, el titular de Prima de Medicina, Juan de Contreras, Juan de Cárdenas y algunos estudiantes de la facultad solicitaron que para el proceso de adjudicación se utilizara el libro de los “*Aphorismos* de Hipócrates con commento” y no “el *Articella* de Hipócrates sin commento de Galeno”.⁶² La petición se hizo en razón de asegurar la calidad del concurso, pues “podría tener qualquiera de los opositores prevenida la liçión que se le ha de asignar”, además de que “no se tiene el rigor ni se considera el provecho que en las oposiciones de cáthedras está mandado”.⁶³ La propuesta fue tomada en cuenta y días después los opositores comenzaron a presentar sus lecciones. El resultado, como se adelantó, favoreció a Juan de Plasencia, quien tuvo 16 votos, sólo uno más que Juan de Cárdenas.

Tras esta segunda decepción académica, Cárdenas al parecer regresó a Guadalajara. Según Carlos Viesca, existe un documento firmado por él en enero de 1606, en el que prescribe medicamentos a Santiago de Vera, gobernador de la Nueva Galicia.⁶⁴ A lo anterior se añade que en 1603 no se presentaron candidatos a la primera oposición a la temporal de Vísperas de Medicina en la Real Universidad de México, la cual, de esta manera, fue otorgada nuevamente a Plasencia.⁶⁵

61 M. Peset, “Provisión de una cátedra...”.

62 El *Articella* era un tratado breve que se componía de los *Aforismos* y los *Pronósticos* de Hipócrates, con una introducción y comentarios de Galeno, y el *Isagoge* de Joannitius. En las universidades fueron frecuentes las quejas por el uso de este tratado, ya que por su cortedad y simpleza promovía la pereza entre los estudiantes de las facultades de Medicina, quienes dejaban de leer directamente las obras de los autores clásicos.

63 M. Peset, “Provisión de una cátedra...”, p. 226.

64 C. Viesca Treviño, “Hechizos y hierbas mágicas en la obra de Juan de Cárdenas”, *Estudios de Cultura Novohispana*, 1987, p. 40.

65 AGN, Ramo Universidad, v. 288, f. 126. Cfr. C. B. de la Plaza y Jaén, *Crónica de la Real y Pontificia Universidad de México I*, 1931, p. 203.

Cuatro años más tarde, en 1607, aconteció la muerte de Juan de Plasencia, con lo cual quedó vacante la cátedra de Vísperas.⁶⁶ De esta manera, por fin, Cárdenas pudo ascender a una cátedra en la Facultad de Medicina. Sin embargo, duraría poco en el puesto, ya que falleció dos años más tarde.⁶⁷

Los *Problemas y secretos maravillosos de las Indias* fue el único escrito que legó Juan de Cárdenas.⁶⁸ No es propiamente un escrito médico; es, en realidad, un tratado que aborda, con cierta curiosidad personal más que erudita, la cuestión del mundo natural americano, vista desde la perspectiva de un criollo. Es una especie de historia natural novohispana que responde más a los intereses propios de Cárdenas que a las interrogantes que el nuevo continente había planteado en los círculos científicos europeos. La obra abarca diversos temas que van más allá de las inquietudes médicas del autor. Trata sobre las plantas, los animales y los seres humanos que pueblan las tierras americanas; busca dar una explicación lógica al misterio que encierran la naturaleza de las Indias y sus habitantes.⁶⁹ De hecho, el título que aparece en el interior de la obra es *Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias*, pues, como el mismo Cárdenas explica más adelante, tenía planeada una segunda parte de su trabajo. Al respecto, comenta lo siguiente:

Acerca de la cortedad de historia se me podría imputar, que por qué causa siendo tan espacioso y ancho el distrito de las Indias, y aviendo tantas maravillas que escribir dél, quede tan corto en sólo tratar de las cosas de la Nueva España, olvidándome de las grandezas de esa Tierra

66 C. B. de la Plaza y Jaén, *Crónica de la Real...*, p. 210.

67 La vacante dejada por Juan de Cárdenas fue ocupada por Diego Martínez de los Ríos. La oposición a la cátedra de Vísperas por muerte de Juan de Cárdenas en AGN, Ramo Universidad, v. 89, ff. 85-114.

68 "Es un compacto volumen en octavo pequeño, letra latina, de doscientos cuarenta y seis folios". E. Uranga, "El doctor Juan de Cárdenas", *Revista Universidad de México*, 1996, p. 3.

69 En el "Prólogo al lector" de los *Problemas y secretos...* Cárdenas aclara que escribe más para los "curiosos romancistas, que para hombres científicos y letrados (pues éstos no tienen necesidad de documentos de un hombre moço) alargo las razones, ensancho las respuestas, y aun repito muchas veces una cosa, para que desta suerte queden más enterados en la solución y respuesta del problema".

Firme, y reinos del Pirú. Respondo a esto que considerando lo muchos que destos grandiosos reynos avía que escrevir y el poco posible mío para sacar a la luz tan larga historia, me pareció dividirla en dos partes, una que declaro lo tocante a estas provincias del norte, y otra que sirva sólo de tratar grandezas del Pirú, y ésta, Dios mediante, saldrá muy en breve a luz.⁷⁰

La cita anterior ha dado pauta para especular sobre una probable estadía de Juan de Cárdenas en el sur del continente, cuestión que no ha podido determinarse con certeza. Sin embargo, llama la atención que a lo largo de esta primera parte, Cárdenas haga mención constante de descripciones y hechos de los reinos del Perú y Chile. Sobra decir que de dicha segunda parte no se tiene noticia alguna hasta el día de hoy.

La obra *Problemas y secretos maravillosos de las Indias* está dividida en tres partes o libros. En la primera se trata del “sitio, temple, y constelación desta tierra”; en la segunda se habla “copiosamente del beneficio de los metales [...] Tratase también en este mismo libro de algunas plantas de las Indias”, y en la tercera se hace referencia a “las propiedades, y qualidades de los hombres, y animales nacidos en las indias, como es decir, que porqué los españoles que en esta tierra nacen son a una mano de bivo y delicado ingenio”.⁷¹ Aunque el contenido de la obra no se centra en temas médicos, el discurso que adopta Cárdenas a lo largo de todo el texto es el de un galenista, con el que busca entender las diferencias y contradicciones entre el Nuevo y el Viejo Mundo. Tales cuestiones parecen ser proyecciones de un interés personal del autor y, por lo tanto, se vuelven un reflejo de él mismo y de su mundo.

Inmediatamente después de haber halagado a Sevilla, su tierra natal,⁷² Cárdenas añade algunas palabras que dejan fuera de toda duda su filiación criolla:

70 J. de Cárdenas, *Problemas y secretos...*, prólogo al lector, s.f.

71 *Loc. cit.* “Summa de lo que en el discurso deste libro se trata”.

72 Véase nota 48 en este mismo artículo.

Dexaré pues todo esto [la alabanza de Sevilla], y dexaré assí mesmo los suaves y amenos ayres que aquel lugar bañan, las cristalinas y dulces aguas que le riegan, los ingenios que le ilustran y engrandecen convirtiendo a pluma en alabanza de tierra agena: mas qué digo agena, mía propia la puedo ya con razón llamar, pues desde mis tiernos años que solo y desamparado vine a ella, hallé quién de ordinario me favoreciese y amparasse, y aún quién me diesse todo el bien y honrra del mundo, que son las letras...⁷³

Esta declaración debe tenerse presente al momento de abordar la obra. En ella, el autor confiesa el apego que siente hacia la tierra y las instituciones que lo acogieron y que, por ende, moldearon su formación personal e intelectual. Por ello no es de extrañar que inmediatamente después de haber dado a conocer su sentir ante el Nuevo Mundo, Cárdenas comience su discurso acerca de las diferencias entre los hombres nacidos en “esta tierra” y los originarios de España. En este sentido, sobresale la aseveración que hace relativa a “Qual sea la causa de ser todos los españoles nacidos en Indias por la mayor parte de ingenio bivo, trascendido y delicado”. Al marcar la diferencia de ingenios llama la atención que para referirse a los españoles recién llegados de la península use los términos “cachupín” o “chapelón”,⁷⁴ ambos cargados de una connotación despectiva hacia los peninsulares, cuestión que remarca con las siguientes palabras:

Todos los nacidos en Indias sean a una mano de agudo, tracendido y delicado ingenio, quiero que comparemos a unos de los de acá con otro rezin (*sic*) venido de España, y sea esta la manera, que el nacido en las Indias no sea criado en alguna destas grandes y famosas ciudades de las Indias, sino en una pobre y bárbara aldea de indios, solo en compañía de quatro labradores, y sea assí mesmo el cachupín o rezin venido de España criado en aldea, y júntense éstos que tengan plática y conversación el uno con el otro, oyremos al español nacido en las Indias, hablar tan pulido cortesano y curioso, y con tantos preámbulos,

73 *Ibid.*, f. 171.

74 *Gachupín* solía usarse en México y Centroamérica; *chapelón* en el sur del continente.

delicadeza, estilo retórico, no enseñado ni artificial, sino natural, que parece ha sido criado su vida en corte, y en compañía de gente muy hablada y discreta, en contrario verán al chapetón, como no se aya criado entre gente ciudadana, que no hay palo con corteza que más bronco y torpe sea, pues ver el modo de proceder en todo del uno del otro, uno tan torpe, y el otro tan bivo, que no ay hombre por ignorante que sea, que luego no eche de ver, qual sea cachupín y qual nacido en Indias.⁷⁵

Por otra parte, al comparar la longevidad de unos y otros, Cárdenas aborda la cuestión de si “los hombres que nacen y se crían en las Indias son de vida más corta y breve, que los de otras provincias”. A lo anterior responde enfático que en caso de muerte natural —es decir, en el deceso acontecido por vejez— los “españoles nacidos en Indias son sanguinos de complisión, luego éstos son de más larga vida que los nacidos en España, los quales, como muy doctamente nos enseña Avicena, son coléricos”.⁷⁶

La complexión o temperamento, dentro del sistema galénico de la medicina, era el resultado de la combinación de las calidades de los cuatro humores.⁷⁷ En este sentido, se pensaba que los hombres de complexión sanguínea, cuyo humor predominante era la sangre, tenían mayores posibilidades de llegar a una avanzada edad, puesto que la mezcla de las cualidades caliente/húmedo era la más apropiada para engendrar sangre y, por ello, permitía una mejor conservación del calor natural del cuerpo.⁷⁸ Según la teoría galénica, las complexiones estaban determinadas, en parte, por el ambiente

75 *Ibid.*, ff. 176v y 177.

76 *Ibid.*, ff. 174v y 175.

77 “La complexión es el temperamento ordinario y común del cuerpo humano, y consiste, además de las disposiciones e inclinaciones naturales, en los hábitos y resabios que se han contraído, ya nazcan del temperamento y de los humores o bien de los elementos constitutivos del cuerpo”. P. M. de Olive, *Diccionario de sinónimos de la lengua castellana*, 1843, p. 81. Galeno consideraba que la diversidad de la naturaleza manifestada en cada individuo dependía de la combinación de las cuatro cualidades primarias: frío, calor, humedad y sequedad, que daban origen a ocho temperamentos. Los temperamentos se hallaban en estrecha relación con la herencia, los hábitos de vida y el medio ambiente. J. L. Barona, *Sobre medicina y filosofía natural en el Renacimiento*, 1993, p. 26.

78 Debe recordarse que en la época se desconocía la circulación de la sangre, en cambio, se pensaba que el *quilo* se vertía en la sangre en el interior del hígado y de ahí pasaba al corazón, que

en que nacían y crecían las personas. Y de esta forma lo establece Cárdenas al señalar que

los nacidos en Indias sean ya de la declarada complexión, pruévase lo primero, por la propia complexión o temple de las Indias, que es calor con humedad, o por mejor dezir, por el gran predominio que el sol tiene sobre toda la gente de las Indias.⁷⁹

La teoría de la influencia de la astronomía y del clima en la conformación de las complexiones de las personas aparece repetidamente en la obra hipocrática, por ejemplo, en el tratado *De los aires, aguas y lugares* se insiste en que el médico, en cuanto llegue a una población que no conoce, tiene que enterarse sobre el orden de los vientos, el ocaso del sol para saber la latitud del lugar, examinar las aguas, saber si el terreno es seco o húmedo, caliente o frío. Asimismo, tiene que analizar la forma de vida y el régimen que acostumbran sus habitantes. El médico, remata Hipócrates,

que esté bien instruido en todas estas circunstancias, podrá conocer bien la naturaleza de las enfermedades que son propias y particulares de la población [...] porque sólo conociendo las diversas mudanzas de las estaciones, el oriente y ocaso de los astros, y el modo en que se suceden estos fenómenos, podrá prever cuál será la constitución de todo el año: y este modo de examinar y de conocer anticipadamente los tiempos venideros, le dará especialmente facilidad para conocer todos los casos particulares, así como también los medios propios para restablecer la salud de los enfermos.⁸⁰

Pero no sólo el clima y los astros determinaban las cualidades físicas de las personas. El sistema médico de la época también establecía que las cualidades intelectuales y de personalidad depen-

la bombeaba, transportando los nutrientes a todos los rincones del cuerpo. En este proceso, se creía, la sangre se consumía, por lo que tenía que generarse de manera constante.

79 J. de Cárdenas, *Problemas y secretos...*, f. 178v.

80 Hipócrates, *Tratado de los ayres, aguas y lugares*, 1808, p. 187

dían del temperamento del cuerpo,⁸¹ por ejemplo, en el caso de los sanguíneos se decía que en general eran cálidos, divertidos, vivaces, poco reflexivos, comunicativos, sociables, extrovertidos, con poca capacidad de concentración y que no eran perseverantes. Cárdenas describe así a los criollos: “prestos a aprehender y perceber, prestos y vivos en entender, y obrar, agudos en tracender, tenaces en retener, porque todos estos efectos son propios de la complesión sanguina colérica”. No obstante, también advierte que “como son humores calientes, delgados y ágiles, que con facilidad se mueven, assí sacan mudança y variedad en los hombres haziéndoles poco perseverantes [...] porque con el hervor y facilidad que se comienza no se persevera”.⁸² En conclusión, remata Cárdenas:

Tengo por muy cierto para mí, ay gente nacida en Indias, que no sólo en su bivo y delicado entendimiento, pero que también en peso, constancia y perseverancia, se pueden aventajar a otras naciones del mundo, como podríamos ver discurriendo, y entrando en particular por ilustres y generosas casas de muchos, cuyos famosos decendientes ilustran y hermocean este nuevo mundo de las Indias, lo mesmo podríamos ver por letrados sapientísimos desta tierra les compete la biveza y delicadeza de ingenio por naturaleza, y la constancia por propia virtud, repugnando a la complesión y composición que por parte de los quatro humores les compete, y este les es más de agradecer.⁸³

No obstante, por el otro lado estaban las constantes observaciones que hacían los europeos sobre los criollos americanos. Los peninsulares aseveraban que la naturaleza criolla era resultado del clima, las constelaciones y el temple de la tierra, factores que cau-

81 Para avalar su teoría, Cárdenas se apoya en el libro *Quod animi mores* de Galeno. J. de Cárdenas, *Problemas y secretos...*, ff. 178 y 178v. Esta teoría ya había sido expuesta por Hipócrates, quien afirmaba que “las estaciones modifican la forma y la naturaleza de la especie humana”. Hipócrates, *Tratado de los ayres...*, p. 226.

82 J. de Cárdenas, *Problemas y secretos...*, ff. 181 y 181v.

83 *Ibid.*, ff. 181v y 182.

saban la degeneración del Nuevo Mundo.⁸⁴ Mientras los criollos buscaban el mismo reconocimiento que tuvieron los conquistadores y que los equipararía con sus semejantes europeos, éstos los dibujaban como criaturas degradadas y corruptas, dados a la ociosidad, pereza, abandono, inconstancia y lascivia, entre otras características negativas.⁸⁵ Esto, sin embargo, no era nuevo. Fray Bernardino de Sahagún ya había mencionado décadas antes las “tachas y dislates” de los indios y que “los españoles que en ella [la tierra de las Indias] habitan y mucho más los que en ella nacen, cobran estas malas inclinaciones”.⁸⁶ Asimismo, los miembros de las órdenes mendicantes, por las mismas fechas, sostenían que “los criollos, comúnmente hablando, son gente viciosa, poco constante y relajada”.⁸⁷

Por su parte, las personas de temperamento colérico, con el cual Cárdenas había identificado a españoles peninsulares, estaban bajo el influjo de la cólera, o bilis amarilla. Según el autor de los *Problemas y secretos maravillosos...*

La cólera, por ser humor seco pone y añade fuerza en la memoria, haziéndola por parte de la sequedad, fuerte y tenaz en retener las species, de todo aquello que se representa, assí a los sentidos exteriores, como al sentido común que en el cerebro reside, y esto es lo que por su pie el dicho humor colérico haze, y obra en el cuerpo humano.⁸⁸

Siguiendo a Hipócrates, se encuentra que los hombres de este temperamento eran quienes vivían más tiempo:

Los hombres deben ser necesariamente nerviosos y secos [...] Su temperamento es más bien bilioso que pituitoso [...] Es natural que estos

84 Esto ya ha sido expuesto con detalle en el trabajo de M. Ramírez Ruiz, “El hombre del Nuevo Mundo y la tradición grecolatina”, *Estudios de Historia Novohispana*, 2000, pp. 13-47.

85 S. Alberro, *Del gachupín al criollo...*, p. 41.

86 *Ibid.*, p. 37

87 *Loc. cit.*

88 J. de Cárdenas, *Problemas y secretos...*, f. 180.

hombres vivan más tiempo que los demás [...] y que su carácter moral sea más rústico y áspero, que suave y afable.⁸⁹

En la época se creía que los coléricos eran gente propensa a ser práctica, emprendedora, dominante, voluntariosa y constante, pero al mismo tiempo también se pensaba que eran, como efectivamente había apuntado Cárdenas, personas de modales “brincos y torpes”.

Los temperamentos, como se ha dicho, en parte dependían de la relación que los individuos tenían con el medio ambiente. Siguiendo esta premisa hipocrática, los médicos occidentales justificaban la superioridad de los hombres de origen europeo. Ya Hipócrates había señalado las diferencias entre asiáticos y europeos, aduciendo que “todo es más hermoso y grande en Asia que en Europa: el clima es más suave; y los pueblos que la habitan son también de un natural más dócil y suave”, lo que provocaba que los hombres no fueran “valerosos y vivos, que soporten el trabajo y la fatiga”. Esto, según el llamado padre de la medicina hacía a “los asiáticos [...] pusilánimes, cobardes, menos belicosos y de un carácter más suave que los europeos”, por lo tanto, “la naturaleza del clima es sin duda la que hace a los europeos más belicosos que a los asiáticos”, quienes solían ser gobernados por déspotas, ya que “en todas aquellas partes en que reyna el despotismo, debe haber necesariamente mucha cobardía; porque, quando es esclava el alma, nadie se cuida de exponer su vida sin necesidad para aumentar el poder de otro”.⁹⁰

Los europeos tenían en Aristóteles e Hipócrates una justificación teórica de su supuesta superioridad física, moral e intelectual, misma que aplicaron al llegar al nuevo continente. Desde su perspectiva, el alma, a pesar de su naturaleza trascendente, dependía de la materia animada (cuerpo) que habitaba y ésta, a su vez, estaba moldeada por las influencias geográficas, climáticas y astrales que determinaban no sólo la condición física, sino también la moral de las personas y de las civilizaciones.⁹¹ Cárdenas no era ajeno a esta tradición gre-

89 Hipócrates, *Tratado de los ayres...*, pp. 191 y 192.

90 *Ibid.*, pp. 222 y ss.

91 M. Ramírez Ruiz, “El hombre del Nuevo Mundo...”, p. 27.

colatina y es por ello que en el primer libro de su obra marca las diferencias climáticas y geográficas entre los continentes asiático, europeo y americano.⁹²

Entonces, no sorprende que bajo estos parámetros la condición del indio fuera considerada la más baja entre los habitantes del Nuevo Mundo. Continuando con la lógica de los temperamentos, los españoles se encargaron de establecer que el indio era de naturaleza flemática,⁹³ la cual era diametralmente opuesta a la colérica de ellos. La preponderancia de la flema hacía que tuvieran un alma lenta y la persistencia de espíritus negros que volvían tristes y sumisos a los hombres. La razón que explica la naturaleza fría de los indios radica en la lógica de los contrarios de la medicina humoral. Al vivir los indios en una región cálida, éstos tenían que ser fríos para lograr un equilibrio natural: por ser las Indias calientes y húmedas provocaban que los poros de la piel se abrieran, dejando salir el calor de los cuerpos para así permanecer fríos por dentro.⁹⁴ Es nuevamente el tratado hipocrático *Sobre los aires, aguas y lugares* el que sirve para hacer una relación entre la circunstancia de los indios y el ambiente como predeterminante de su disminuida condición humana. En la parte final de este tratado, el padre de la medicina hace mención de que los hombres del pueblo escita⁹⁵ eran de temperamento húmedo y frío y que, por lo tanto, muchos de ellos eran “impotentes” y “afeeminados”, “enfermedad [que] viene de Dios”. Sin embargo, éstos, los escitas, continúa Hipócrates, “tienen tal veneración á esta especie de hombres, que los adoran”.⁹⁶ En tanto, los indios eran considerados por algunos autores de la época como fríos y húmedos al igual que los escitas, por lo que también debían ser pasivos, cobardes y perezosos. Además, a ojos de españoles y criollos, los indios eran también responsables de uno de los mayores males de esos tiempos:

92 J. de Cárdenas, *Problemas y secretos...*, f. 28v.

93 *Ibid.*, f. 186.

94 M. Ramírez Ruiz, “El hombre del Nuevo Mundo...”, p. 37.

95 Pueblo de la Antigüedad que se dedicaba principalmente al pastoreo y cría de caballos, y que habitaba la estepa pónica en Europa oriental, desde el norte del Mar Negro y el Cáucaso hasta el sur de los Montes Urales.

96 Hipócrates, *Tratado de los ayres...*, pp. 246-248.

las bubas, que según Cárdenas, provenían de “sujetos suzios, y llenos de inmundicia, por el qual respeto, vemos de ordinario, hallarse y comenzar este mal por negros, indios, mulatos, y gente que tiene mezcla de la tierra”.⁹⁷

Aunque las condiciones climáticas y geográficas de la actual Europa oriental y las de la Nueva España tienen notables disimilitudes, el discurso médico que adopta Juan de Cárdenas para explicar las diferencias entre los habitantes del Virreinato tenía que justificar la superioridad social de un grupo. No del español, sino del que se había apropiado del Nuevo Mundo discursivamente, del criollo que buscaba dar respuesta a su contradictoria naturaleza. Bajo estas sesgadas premisas, el criollo era igual, pero diferente, al español y superior al indio, al mestizo y al africano.

A pesar de edificar un discurso triunfante de la identidad criolla, en donde lo español queda rebasado y lo indígena degradado, Cárdenas toma algunos elementos nativos del nuevo continente y los presenta, reinterpretándolos, como distintivos de la magnificencia natural de su tierra adoptiva, dando, de esta forma, seguimiento al proceso de mestizaje que había iniciado en el momento mismo de la Conquista. El interés de los criollos por darle un nuevo significado a la naturaleza americana respondió a la necesidad de fundamentar la propia capacidad moral e intelectual de los nacidos en estas tierras y de demostrar las posibilidades de las riquezas naturales y culturales del Nuevo Mundo. El criollo “se servirá de ciertas alianzas estratégicas con el indígena y que más tarde utilizará su figura como alegoría genealógica para la construcción cultural de su alegada ‘americanidad’”.⁹⁸ Adentrarse en el fenómeno del mestizaje de la medicina dentro del discurso galénico del siglo XVI es un tema que rebasa los límites de este trabajo. Sin embargo, es también una invitación a dar continuidad a nuevas formas de mirar el proceso de fusión cultural que aconteció en los albores de la Nueva España.

97 J. de Cárdenas, *Problemas y secretos...*, f. 196.

98 D. M. Solodkow, “La aristocracia de los desposeídos...”, p. 121.

CONCLUSIONES

Los estudios acerca del surgimiento del criollismo novohispano de la segunda mitad del siglo XVI se han centrado, sobre todo, en el análisis de las obras que generaron los hijos de los conquistadores. En estos trabajos se ha podido comprobar que los primeros criollos demandaban el resarcimiento de la memoria y gloria de sus padres y, al mismo tiempo, buscaban hacer valer sus derechos como legítimos herederos de la encomienda. Para darle validez a su denuncia apelaron al supuesto agravio que se había cometido en contra suya y a la nobleza que emanaba de sus estirpes hispánica y conquistadora. En respuesta a las peticiones de los españoles nacidos en América, algunos funcionarios peninsulares se dieron a la tarea de crear y propagar la idea de la degradación natural de los nacidos o criados en las Indias, con el fin de demostrar la supuesta superioridad “racial” del peninsular. Así, se desacreditaba la capacidad de juicio y raciocinio de los criollos, y se les inhabilitaba para ejercer puestos de poder en el gobierno del Virreinato. De igual forma, los americanos también procuraron marcar una diferencia con los peninsulares, apelando a los códigos de dominación en boga para pretender erigirse, al menos discursivamente, como los legítimos dueños del Nuevo Mundo.

La historiografía también se ha encargado de indagar acerca de la corriente ideológica de la que emanó el primer discurso identitario criollo, cuyas bases eran las de la tradición occidental; es decir, aquellas que se fundamentaban en las herencias culturales de los mundos judeocristiano, grecorromano, medieval y renacentista. En el pensamiento escolástico, en el que se entremezclaban los saberes grecolatinos y la moral cristiana, estaba perfectamente justificada la dominación. Con base en esa idea, se daba por hecho, a través de un discurso hegemónico, que todo lo existente se encontraba bajo un orden divino preestablecido. En la filosofía aristotélica, piedra angular del pensamiento de Occidente, el dominio y la sumisión eran cuestiones del orden natural y, por lo tanto, inalterables. El principio de la teleología aristotélica indica la existencia de un orden jerárquico tanto en el mundo natural como en el político. Y aunque el humanismo renacentista intentó paliar la brecha entre dominadores

y dominados mediante la reinterpretación de las fuentes clásicas y teológicas, la verdad es que nunca llegó a considerar una auténtica igualdad entre los hombres como individuos, cuestión que no se pondrá a debate sino hasta el movimiento ilustrado. En consecuencia, en el Antiguo Régimen es común encontrar diversas apologías que justificaban la superioridad de un grupo humano sobre otro.

La medicina académica de la época no podía encontrarse fuera de la lógica escolástica. El galenismo del siglo xvi tenía como bases la tradición hipocrática y algunas teorías presocráticas, las cuales a su vez habían asimilado conceptos de la física aristotélica y del platonismo. Las obras de Galeno e Hipócrates, y algunos saberes árabes,⁹⁹ seguían constituyendo el canon de la medicina en la segunda mitad de aquella centuria. En ellas se argumentaba la relación que había entre el temperamento de las personas y el medio ambiente que habitaban. Por ejemplo, en las páginas de las obras médicas de aquellos años es común encontrar constantes acotaciones acerca de los estados de salud y enfermedad, y sobre la calidad moral e intelectual de los hombres, en relación con la naturaleza. En la tradición galénica, el cerebro era la morada del ánimo racional. De esta forma, al encontrarse asentada en un órgano principal del cuerpo humano, el alma dependía de la efímera materia orgánica, la cual podía ser moldeada por influencias exteriores como el clima, la geografía y las influencias astrales. En esos mismos años, en Europa se estaba llevando a cabo un intenso debate acerca de la sustancia y ubicación del *anima* en el cuerpo humano. La discusión acerca del alma desde la perspectiva del galenismo iba más allá de cuestiones puramente médicas, pues se adentraba, de forma muchas veces peligrosa, en el ámbito de la teología.¹⁰⁰

En la Nueva España, la teoría hipocrático-galénica se comenzó a enseñar en la Real Universidad de México a partir del último cuarto del siglo xvi. El Estudio Mexicano se había erigido dos décadas

99 En las universidades hispánicas se mantenían vigentes algunos conocimientos del galenismo arabizado bajomedieval.

100 Para un acercamiento a los debates en torno al alma y su manifestación a través de la materia orgánica durante el Renacimiento, véase J. L. Barona, *Sobre medicina y filosofía...*, pp. 28-35.

atrás en aras de constituir un grupo de burócratas al servicio de las nacientes instituciones novohispanas. Así, los descendientes de los conquistadores, que se sentían despojados y resentidos por el fin de la encomienda, y algunos españoles recién llegados a la capital del Virreinato en condiciones de desarraigo, vieron en la universidad una oportunidad para reposicionarse socialmente. Es por lo anterior que en el germen del Estudio Mexicano se puede ver de manera muy marcada la presencia del grupo criollo, el cual hizo de la corporación universitaria un espacio de reflexión sobre el Nuevo Mundo y la manera de ser y habitar en él. La universidad novohispana, que ha sido vista y estudiada como una corporación de origen medieval,¹⁰¹ dio a sus miembros criollos el cobijo social que la Corona les había quitado a través del cese de la encomienda.

Las corporaciones del Antiguo Régimen daban cabida a grupos de individuos de distintas extracciones sociales para “organizarse en torno a propósitos comunes y de esta manera entablar relaciones con los poderes de la época y defender un monopolio que les aseguraba un lugar dentro de la sociedad”.¹⁰² En la universidad había otros grupos que se congregaban alrededor de los órganos de gobierno y de las facultades. De esta manera, se puede distinguir a la facción médica, cuyos inicios fueron titubeantes y más tarde consumados por españoles peninsulares que llegaron a la Nueva España a edades muy tempranas. El caso de Juan de Cárdenas no representa sino el patrón de la primera generación de médicos de la Real Universidad; es decir, un joven peninsular que estudió y, por lo tanto, se “criollizó” en los colegios y aulas novohispanas. La experiencia vital de Cárdenas puede leerse entre líneas en sus *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*.

En su libro, Juan de Cárdenas se propuso mostrar la grandiosidad de la naturaleza americana, la cual, según él, dotaba a los españoles nacidos en ella de características superiores a sus congéneres peninsulares. Para explicarlo apeló a la medicina y la filosofía natu-

101 C. I. Ramírez González, “La universidad como corporación”, en C. I. Ramírez, A. Pavón y M. Hidalgo (coords.), *Tan lejos tan cerca. A 450 años de la Real Universidad de México*, 2001, pp. 31-41.

102 *Ibid.*, p. 31.

ral. De esta forma, trató de demostrar que la constelación y temple de la Nueva España tenían un influjo positivo sobre los hombres de herencia hispánica, lo que los hacía mejores en lo físico y lo moral y, por ende, capaces de gobernarse a sí mismos. Es así que en algunas partes de su obra se desvela un discurso de legitimación que estaba causando una fuerte controversia en las altas esferas de la sociedad novohispana. Sin embargo, el autor va más allá del simple reclamo que abanderaban los hijos de los conquistadores y pone en la palestra el tema de la alteridad americana desde la perspectiva naturalista, el cual va a ser retomado por otros médicos del siglo posterior.¹⁰³ No se debe olvidar que la naciente América sólo cobraba sentido dentro del discurso de la tradición occidental. Los criollos, como herederos de dicha tradición, se apoderaron discursivamente del continente, dándole así sentido a su Nuevo Mundo.

En resumen, lo que intentó hacer Juan de Cárdenas fue construir un discurso “científico” que explicara los temperamentos y diferencias de dos grupos políticos que se hallaban en disputa por cotos de poder en el Virreinato. Dicha querrela política ya había originado una gran cantidad de documentación tanto de un bando como de otro, por lo que la originalidad de Cárdenas radicó en la construcción del “otro” a partir de los secretos maravillosos de la naturaleza de las Indias.

REFERENCIAS

- Alberro, Solange, *Del gachupín al criollo. O cómo los españoles de México dejaron de serlo*, México, El Colmex, 1992.
- Barona, Joseph Lluís, *Sobre medicina y filosofía natural en el Renacimiento*, Valencia, Seminari d’Estudis sobre la Ciència, 1993.
- Barrios, Juan de, *Verdadera medicina, cirugía y astrología en tres libros dividida*, México, Casa de Fernando Balli, 1607.

103 Véanse las obras de los médicos peninsulares J. de Barrios, *Verdadera medicina, cirugía y astrología en tres libros dividida*, 1607, y de D. de Cisneros, *Sitio, naturaleza y propiedades de la ciudad de México*, 1618, ambas publicadas en la Ciudad de México.

- Bartra, Roger, *La jaula de la melancolía. Identidad y metamorfosis del mexicano*, México, Grijalbo, 1987.
- Benítez, Fernando, *Los primeros mexicanos. La vida criolla en el siglo XVI*, México, Era, 2004.
- Beuchot, Mauricio, “Perfil del pensamiento filosófico de fray Alonso de la Veracruz”, *Nova Tellus*, vol. 29, núm. 2, 2011, pp. 201-214.
- Brading, David, *Los orígenes del nacionalismo mexicano*, México, Era, 1988.
- Cárdenas, Juan de, *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*, México, Casa de Pedro Ocharte, 1591.
- Cervantes de Salazar, Francisco, *México en 1554*, México, UNAM, 1993.
- Cervantes de Salazar, Francisco, *Crónica de la Nueva España*, Madrid, The Hispanic Society of America, 1914.
- Cisneros, Diego de, *Sitio, naturaleza y propiedades de la Ciudad de México*, México, Bibliófilos Mexicanos, 1962.
- Corominas, Joan y José A. Pascual, *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, vol. II, Madrid, Gredos, 1996.
- Cuevas, Mariano, *Documentos inéditos del siglo XVI para la historia de México*, México, Porrúa, 1975.
- Dorantes de Carranza, Baltasar, *Sumaria relación de las cosas de la Nueva España con noticia individual de los conquistadores y primeros pobladores españoles*, pról. de Ernesto de la Torre Villar, México, Porrúa, 1987.
- Elliot, John H., *La España imperial*, Madrid, Biblioteca Historia de España, 2006.
- Fernández del Castillo, Francisco, *La Facultad de Medicina según el archivo de la Real y Pontificia Universidad de México*, México, UNAM, 1953.
- Fernández Félix, Miguel y Bernardo Esquinca (eds.), *El criollo en su reflejo. Celebración e identidad, 1521-1821*, México, Fomento Cultural Grupo Salinas, 2010.
- Fuentes, Carlos, *El espejo enterrado*, México, FCE, 2012.
- Fuentes, Carlos, *El naranjo o los círculos del tiempo*, México, Alfaguara, 1993.
- Gruzinski, Serge, *El pensamiento mestizo. Cultura amerindia y civilización del Renacimiento*, Barcelona, Paidós, 2007.

- Hipócrates, *Tratado de los ayres, aguas y lugares*, por el doctor Coray y traducido al castellano por Francisco Bonafon, Madrid, Imprenta de la Calle de Greda, 1808.
- Jiménez Rueda, Julio (ed.), *Las constituciones de la antigua universidad*, México, UNAM, 1951.
- Kagan, Richard L., *Students and society in early modern Spain*, Baltimore y Londres, Johns Hopkins University Press, 1974.
- López Piñero, José María, *Ciencia y técnica en la sociedad española de los siglos XVI y XVII*, Barcelona, Labor Universitaria, 1979.
- Luna, Lorenzo, *Obras*, edición a cargo de Clara Inés Ramírez González, México, UNAM, 2014.
- Martínez Hernández, Gerardo, *La medicina en la Nueva España, siglos XVI y XVII. Consolidación de los modelos institucionales y académicos*, México, UNAM, 2014.
- Martínez Hernández, Gerardo, “La comunidad de la Facultad de Medicina de la Real Universidad de México en los siglos XVI y XVII a través de las fuentes de archivo”, *Estudios de Historia Novohispana*, núm. 47, julio-diciembre, 2012, pp. 3-44.
- Martínez Hernández, Gerardo, “Juan de la Fuente y los inicios de la medicina académica en México”, en Luis Enrique Rodríguez-San Pedro Bezares y Juan Luis Polo Rodríguez (eds.), *Universidades hispánicas: colegios y conventos en la Edad Moderna (I). Miscelánea Alfonso XI, 2008*, Salamanca, Universidad de Salamanca, 2009, pp. 385-399.
- Méndez Arceo, Sergio, *La Real y Pontificia Universidad de México. Antecedentes, tramitación y despacho de las reales cédulas de erección*, México, UNAM, 1952.
- Menegus, Margarita, “Dos proyectos de educación superior en la Nueva España en el siglo XVI. La exclusión de los indígenas de la universidad”, en Lorenzo M. Luna, Enrique González, Margarita Menegus y Armando Pavón, *La Real Universidad de México. Estudios y textos I. Historia de la universidad colonial (avances de investigación)*, México, UNAM, 1987, pp. 83-89.
- O’Gorman, Edmundo, *Destierro de sombras, luz en el origen de la imagen y culto de nuestra señora de Guadalupe del Tepeyac*, México, UNAM, 2001.

- O’Gorman, Edmundo, *La invención de América*, México, SEP/FCE, 1984.
- Olive, Pedro María de, *Diccionario de sinónimos de la lengua castellana*, t. II, Madrid, Imprenta de Ignacio Boix, 1843.
- Oliver Sánchez, Lilia V., *El Hospital de San Miguel de Belén. 1581-1802*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1995.
- Pavón Romero, Armando, “Importancia de las cátedras para las facultades o los médicos incorporados a la Universidad de México, en el xvi”, en *Facultades y grados. X Congreso Internacional de Historia de las Universidades Hispánicas*, Valencia, Universidad de Valencia, 2007, pp. 145-161.
- Pavón Romero, Armando, “Grados y graduados en la universidad del siglo xvi”, en Armando Pavón Romero (coord.), *Universitarios en la Nueva España*, México, UNAM, 2003, pp. 15-49.
- Pavón Romero, Armando, “La Real Universidad de México: cultura y sociedad en el siglo xvi”, en José Román Gutiérrez, Enrique Martínez Ruiz y Jaime González Rodríguez (coords.), *Felipe II y el oficio de rey: la fragua de un imperio*, Madrid, Ediciones Puertollano, 2001, pp. 777-806.
- Pavón Romero, Armando, “Universitarios y universidad en México en el siglo xvi”, tesis doctoral, Universidad de Valencia, 1995.
- Paz, Octavio, *El laberinto de la soledad*, México, FCE, 2000.
- Peña, Margarita, “Peregrinos en el Nuevo Mundo: tradición épica y manifestaciones novohispanas”, en Karl Kohut y Sonia V. Rose, *La formación de la cultura virreinal I. La etapa inicial*, Madrid/Frankfurt, Iberoamericana/Vervuert, 2000, pp. 41-58.
- Peset, Mariano, “Provisión de una cátedra de medicina en México, 1598”, en Clara Inés Ramírez y Armando Pavón (comps.), *La Real Universidad de México. Estudios y textos VI. La universidad novohispana: corporación, gobierno y vida académica*, México, UNAM, 1996, pp. 219-237.
- Plaza y Jaén, Cristóbal Bernardo de la, *Crónica de la Real y Pontificia Universidad de México I*, versión paleográfica, proemio, notas y apéndice de Nicolás Rangel, México, UNAM, 1931.
- Ramírez González, Clara Inés, “La universidad como corporación”, en Clara Inés Ramírez, Armando Pavón y Mónica Hidalgo (coords.),

- Tan lejos tan cerca. A 450 años de la Real Universidad de México*, México, UNAM, 2001, pp. 31-41.
- Ramírez González, Clara Inés, *Grupos de poder clerical en las universidades hispánicas II. Los regulares en Salamanca y México durante el siglo XVI*, México, UNAM, 2002.
- Ramírez Ruiz, Marcelo, “El hombre del Nuevo Mundo y la tradición grecolatina”, *Estudios de Historia Novohispana*, núm. 21, 2000, pp. 13-47.
- Rubial García, Antonio, *Una monarquía criolla (La provincia agustina en el siglo XVII)*, México, Conaculta, 1990.
- Rueda Smithers, Salvador, “Introducción. El universo visible e invisible”, Miguel Fernández Félix y Bernardo Esquinca (eds.), *El criollo en su reflejo. Celebración e identidad, 1521-1821*, México, Fomento Cultural Grupo Salinas, 2010, pp. 27-38.
- Solodkow, David M., “La aristocracia de los desposeídos: Baltasar Dorantes de Carranza y la primera generación de criollos novohispanos”, en Juan M. Vitulli y David M. Solodkow (comps.), *Poéticas de lo criollo. La transformación del concepto criollo en las letras hispano-americanas (siglos XVI al XIX)*, Buenos Aires, Ediciones Corregidor, 2009, pp.105-143.
- Somolinos D’Ardois, Germán, “Vida y obra de Francisco Hernández”, en Francisco Hernández, *Obras completas*, vol. I, México, UNAM, 1960, pp. 95-373.
- Trabulse, Elías, *Los orígenes de la ciencia moderna en México (1630-1680)*, México, FCE, 1994.
- Uranga, Emilio, “El doctor Juan de Cárdenas”, *Revista Universidad de México*, núm. 7, marzo, 1996, pp. 3-8.
- Velasco Gómez, Ambrosio, “Humanismo iberoamericano y la Independencia de México”, *Literatura Mexicana*, vol. XXI, núm. 1, 2010, pp. 35-52.
- Veracruz, Alonso de la, *Physica speculatio*, estudio histórico y filosófico de Mauricio Beuchot, introducción científica de Marco Arturo Moreno Corral, edición de María de la Paz Ramos de Lara, México, UNAM, 2012.

- Veracruz, Alonso de la, *Sobre el dominio de los indios y la guerra justa*, edición, introducción y notas de Roberto Heredia Correa, México, UNAM, 2004.
- Viesca Treviño, Carlos, “Hechizos y hierbas mágicas en la obra de Juan de Cárdenas”, *Estudios de Cultura Novohispana*, núm. 9, 1987, pp. 37-50.
- Vitulli, Juan M. y David M. Solodkow, “Introducción. Ritmos y secuencias plurales: hacia una periodización del concepto ‘criollo’”, en *idem* (comps.), *Poéticas de lo criollo. La transformación del concepto criollo en las letras hispanoamericanas (siglos XVI al XIX)*, Buenos Aires, Ediciones Corregidor, 2009, pp. 9-58.
- Vitulli, Juan M. y David M. Solodkow (comps.), *Poéticas de lo criollo. La transformación del concepto criollo en las letras hispanoamericanas (siglos XVI al XIX)*, Buenos Aires, Ediciones Corregidor, 2009.

PARTERÍA NOVOHISPANA Y PENSAMIENTO ILUSTRADO EN EL SIGLO XVIII

Irina Adalberto Ravelo Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Las políticas reformistas emprendidas por la dinastía borbónica en España y sus colonias a partir del siglo XVIII iniciaron un proceso de modernización de la obstetricia que consistió en formar a las parteras y promover la intervención de médicos cirujanos en casos difíciles. No obstante, esta tendencia gozó de un auge efímero durante la primera mitad de dicho siglo y tuvo un declive inminente a fines del mismo, cuando las políticas públicas priorizaron la formación de cirujanos parteros para que ejercieran servicios obstétricos y no sólo de atención a partos distócicos. Para fines de siglo su injerencia se había consolidado entre las clases acomodadas.

En la Nueva España, esta tendencia tuvo sus primeras manifestaciones durante el último tercio del XVIII a instancia de médicos criollos ilustrados, pero se instauró con el auspicio de la Corona borbónica a la expedición científica de médicos españoles y a la fundación de instituciones que formarían a los futuros médicos-cirujanos en botánica, anatomía, cirugía y obstetricia. En la llamada “revolución médica”, la figura de la partera quedó relegada a un papel secundario, ya fuera como asistente del cirujano o en la atención a las mujeres pobres.

Esto significó no sólo una precarización de su ejercicio profesional, sino la usurpación de su figura, orquestada en cuatro movimientos: el primero consistió en la proclamación de su ignorancia y

vulgaridad, y en la infravaloración de su trabajo de cuidado; el segundo, en la apropiación “científica” de su saber tradicional; el tercero, en su exclusión de los medios de producción y la legitimación del conocimiento científico, y el cuarto consistió en la promoción de la figura masculina como la más competente en materia obstétrica, mediante su formación práctica en materias quirúrgico-instrumentales, anatómicas y botánicas, haciendo del cuerpo femenino, en sus distintos estados, un objeto de estudio científico masculino.

Esta usurpación tuvo como fin último la toma de control sobre el cuerpo femenino y su capacidad reproductiva por parte del Estado moderno-patriarcal, en su transición hacia la expansión imperialista basada en el capitalismo industrial y en el contexto de las revoluciones burguesas del siglo XVIII.

En esta línea, a mediados del llamado “siglo de las luces” se inició en Nueva España una transformación en la manera de considerar y tratar a las parteras y su arte obstétrico, en la cual el pensamiento ilustrado jugó un papel importante a través de los debates producidos sobre su desempeño, examinado desde el discurso de médicos españoles y criollos. Este capítulo analiza la evolución de dicho proceso durante el siglo XVIII a través de las políticas gubernamentales, los textos médicos y los teológico-morales desde una perspectiva histórica feminista.

La motivación de esta investigación surgió al cuestionar el tópico según el cual las parteras perdieron su lugar por ignorantes, que fue planteado y ha sido sostenido hasta la actualidad por una visión médico-masculina que ha ignorado las relaciones de desigualdad entre los sexos y que llevó al protagonismo de los médicos obstetras frente a las parteras y parturientas.¹ En la actualidad mexicana, esta situación se ha traducido en una violencia obstétrica sistemática basada en prácticas invasivas de rutina; en la violación de los derechos reproductivos de las mujeres en los ámbitos público y privado; en la promoción del discurso del miedo, al patologizar un proceso fisiológico, así como en una intensa promoción de la operación cesárea en

1 Para mayor información del estado de la cuestión de la partería novohispana, véase I. A. Ravelo Rodríguez, “Estudio historiográfico sobre el arte de las parteras en Nueva España”, 2015.

el ámbito hospitalario.² Esta investigación pretende contribuir, desde un análisis feminista, a identificar el tipo de relaciones entre los sexos, así como las condiciones sociales, educativas, institucionales y religiosas que marcaron el inicio de la pugna médica por presidir el arte de la obstetricia durante el siglo XVIII novohispano.

Siendo un estudio histórico feminista, se han analizado las fuentes de manera cronológica y se ha considerado el contexto social y político de la época; además, se retoman elementos de análisis del feminismo marxista para comprender la utilización del cuerpo femenino como medio de reproducción en el sistema capitalista,³ así como del feminismo de la diferencia sexual para identificar los mecanismos de cancelación de la autoridad de las mujeres en el ámbito obstétrico, un espacio de la producción y el sostenimiento de la vida,⁴ y de la teoría de género que señala la desigualdad entre los sexos que rige en el sistema patriarcal, y que a su vez legitima su poder a partir de una misoginia sistemática.⁵

- 2 Existen múltiples estudios sobre este fenómeno, algunos de los más recientes son R. Castro y J. Erviti, "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México", *Revista Conamed*, 2014, e *idem*, "La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio", *Género y Política en Salud*, 2003; M. Camacaro Cuevas, "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica", *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 2009; R. Tamés, "Violencia obstétrica: un fenómeno común, pero olvidado", *Foreign Affairs Latinoamérica*, 2014.
- 3 Se tomó como referencia la propuesta teórica de S. Federic, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, 2010. En esta obra, la autora desarrolla un estudio sobre el proceso de toma de control del cuerpo de las mujeres al inicio de la era moderna. A decir de Federic: "en la sociedad capitalista, el cuerpo es para las mujeres lo que la fábrica es para los trabajadores asalariados varones: el principal terreno de su explotación y resistencia, en la misma medida en que el cuerpo femenino ha sido apropiado por el Estado y los hombres, forzado a funcionar como un medio para la reproducción y la acumulación de trabajo. En este sentido, es bien merecida la importancia que ha adquirido el cuerpo, en todos sus aspectos —maternidad, parto, sexualidad—. El presente estudio retoma este planteamiento, pero se enfoca en un tiempo posterior; es decir, en la tardía Edad Moderna, concretamente el siglo XVIII, el cual se caracterizó por el inicio de la Revolución Industrial y por ser escenario de las revoluciones burguesas que llevaron a la construcción del Estado moderno.
- 4 De esta corriente feminista se tomó como referente lo aprendido en el máster de la Diferencia Sexual de Duoda, Centro de Investigación de Mujeres, de la Universidad de Barcelona, y del libro de M. M. Rivera Garretas, *La diferencia sexual en la historia*, 2005.
- 5 Uno de los referentes más importantes sobre el tema que nos ocupa es el libro pionero de M. Cabré y T. Ortiz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, 2001.

ANTECEDENTES NOVOHISPANOS EN TORNO A LA PARTERÍA, SIGLOS XVI Y XVII

Los registros históricos de los siglos xv y xvi hispanos revelan que el arte de la partería no resultaba un estorbo a la ciencia médica antes del siglo xviii,⁶ por el contrario, en términos oficiales se había reconocido la autoridad histórica de las parteras y su autorización se ejerció a través de los cabildos. En la Nueva España, el cabildo de la Ciudad de México, una de las primeras instituciones coloniales, tuvo entre sus funciones la de autorizar el ejercicio de las parteras.

Durante el siglo xvi, el proceso de colonización española planteó la necesidad de conocer las culturas originarias americanas, los territorios y los recursos naturales que poseían para poder subyugarles simbólicamente, religiosa, política y económicamente. Para ello, se emprendieron diversos tratados geográficos,⁷ teológicos, históricos y antropológicos sobre las Indias Occidentales, que fueron elaborados, y algunos publicados, durante los siglos xvi y xviii en España y Nueva España.

En este contexto, también fue necesario conocer los recursos botánicos y medicinales, por lo que algunos médicos y religiosos se abocaron a estudiar y registrar la terapéutica indígena con el fin de

6 Existen múltiples estudios medievales y de inicios de la edad moderna sobre maternidad y sexualidad femenina. Algunos de ellos han sido importantes para este trabajo: C. Cuadrada, "Dar a luz: reflexiones sobre la maternidad", *Destiempos*, 2014; M. C. García Herrero, "Administrar el parto y recibir la criatura: aportación al estudio de obstetricia bajomedieval", *Aragón en la Edad Media*, 1989; A. Gómez Gómez, "La iconografía del parto en el arte románico hispánico", *Príncipe de Viana*, 1998; M. J. Montes Muñoz, "Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos", 2007; Á. Martínez Vidal y J. Pardo Tomás, "Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la Ilustración", *Cronos. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 2001.

7 Las Relaciones Geográficas de Indias fueron aplicadas por mandato del rey Felipe II en Nueva España entre 1579 y 1585. Consistieron, fundamentalmente, en la recopilación de datos sobre diversos aspectos de la vida colonial en cada región o poblado importante, mediante la aplicación de un cuestionario de 50 preguntas. Este instrumento tuvo una finalidad administrativa y funcional para mejorar el gobierno español en el territorio americano. Para más información sobre este tema véase C. Romero y F. de Solano (eds.) *Relaciones geográficas del arzobispado de México, 1743*, 1988.

identificar lo útil de lo “supersticioso”.⁸ La obra escrita por el fraile franciscano Bernardino de Sahagún y la expedición científica de Francisco Hernández, entre otros, son ejemplos de esta política. Una buena parte de su trabajo registró los recursos bióticos, abióticos y remedios místicos y religiosos que eran utilizados por la población indígena en la atención del parto, y dieron cuenta del reconocimiento social del que gozaban las parteras. En sus obras médicas, de tradición hipocrático-galénica, incluyeron los conocimientos prácticos de las parteras indígenas y europeas, pero desconfiaron y desecharon aquellas prácticas místico-religiosas que, a su parecer, mantenían resabios de la antigua religión mesoamericana, o bien, incorporaban elementos que eran considerados heréticos.

PARTERÍA Y PENSAMIENTO ILUSTRADO

A mediados del siglo XVIII, la medicina novohispana comenzó a ser permeada por el pensamiento ilustrado que bullía en Europa, particularmente en Francia, donde la modernización de la obstetricia se vio impulsada desde mediados del siglo XVII.

Por su parte, en España la obstetricia “moderna” fue introducida a inicios del siglo XVIII, con el advenimiento de la dinastía borbó-

8 Resulta significativo que fray Bernardino de Sahagún asociara su quehacer como predicador de la fe cristiana entre los indígenas y la profesión médica, al considerar a la religión mesoamericana como una enfermedad llamada idolatría: “El médico no puede acertadamente aplicar las medicinas al enfermo, sin que primero conozca de que humor, ó de que causa, procede la enfermedad; de manera, que el buen médico conviene sea docto en el conocimiento de las medicinas, y en el de las enfermedades, para aplicar convenientemente á cada enfermedad la medicina contraria: puesto que los predicadores y confesores, médicos son de las almas para curar las enfermedades espirituales, conviene que tengan experiencia de las medicinas y de las enfermedades espirituales: el predicador, de los vicios de la república, para enderezar contra ellos su doctrina, y el confesor, para saber preguntar lo que conviene, y saber entender lo que dijeren tocante á su oficio: conviene mucho sepan lo necesario para ejercitar sus oficios: ni conviene se descuiden los ministros de ésta conversión, con decir que entre esta gente no hay más pecados de borracheras, hurto y carnalidad; pues otros muchos pecados hay entre ellos muy más graves, y que tienen gran necesidad de remedio. Los pecados de la idolatría y ritos idolátricos, y supersticiones idolátricas y agüeros, y abusiones y ceremonias idolátricas, no son aun perdidas del todo”. B. de Sahagún, *Historia general de las cosas de la Nueva España*, 1829, pp. XIII-XIV.

nica que era encabezada por el rey Felipe V, quien siendo nieto del rey francés Luis XIV y educado bajo los principios de la Ilustración, introdujo la participación de cirujanos franceses en la atención de los partos de sus dos esposas, las reinas Luisa Gabriela de Saboya (1688-1714) e Isabel Farnesio (1692-1796), primera y segunda, respectivamente.⁹

En 1707, el cirujano partero de la corte francesa, Julien Clément, fue encomendado por Luis XIV para atender el parto de la reina Luisa Gabriela de Saboya, quien tras siete años de matrimonio había conseguido embarazarse en medio de la Guerra de Sucesión en contra de la dinastía de los Austrias,¹⁰ y tuvo como asistente a la comadrona, también francesa, *madame* La Salle.¹¹ Resulta significativa la designación de este cirujano como partero de las reinas, ya que 40 años atrás había sido el pionero de la atención obstétrica masculina en Francia, al atender el parto de Louise de la Vallière, amante del rey Luis XIV, en 1663, que constituyó su consolidación como partero de aristócratas. Cabe mencionar que Clément también fue el primero en imponer la posición decúbito supino a las parturientas; es decir, acostadas boca arriba, con el fin de facilitar el trabajo de los cirujanos, no el de ellas. No obstante, esta posición ha gozado de amplia aceptación y por ello fue considerada como una forma “racional” de dar a luz.

Por lo que respecta al papel de la partera, es de notar que la dinastía borbónica instauró en España su figura como asistente del cirujano obstetra especializado. Ello abrió camino a un largo debate en torno al arte obstétrico, el cual a lo largo de tres siglos pasó de ser un oficio femenino a una profesión masculina.

9 Á. Martínez Vidal y J. Pardo Tomás, “Un conflicto profesional...”, p. 3.

10 De esta forma, ella dotaba de un heredero a la recién instaurada dinastía borbónica en España.

11 Llama la atención que *madame* La Salle acompañase a Clément y se quedara con la reina hasta pasado el periodo de la cuarentena, mientras que el médico regresó a Francia pocos días después del parto. Esto es porque, a lo largo de este siglo, en España la figura de la partera se consolidó como acompañante del cirujano y, como se verá más adelante, en Nueva España se introdujo esta idea por voz del médico ilustrado José Ignacio Bartolache.

REFLEXIONES MÉDICAS Y TEOLÓGICO-MORALES EN TORNO A LA PARTERÍA

En 1733 salieron a la luz las obras de los médicos españoles Diego Mateo Zapata¹² y Francisco Perena.¹³ Zapata destinó su obra a los médicos y les recomendó que recurriesen “a la habilidad, comprensión anatómica, y a los sabios Cirujanos, dedicados a la asistencia de los partos”.¹⁴ Fue el primero en cuestionar el trabajo de las parteras en relación con los partos difíciles y algunas prácticas como la extracción de la placenta. Por su parte, Perena dedicó su obra tanto a parteras como a cirujanos comadrones. Estas obras médicas fueron pioneras de un proceso de transformación de la asistencia al parto dado en España, al promover la figura del médico comadrón en la resolución de partos distócicos¹⁵ y al cuestionar la hegemonía de las parteras.

Unos años más tarde, en 1737, la Academia Médico Matritense¹⁶ encargó a Francisco Fernández Navarrete elaborar un proyecto de academia médica española, en el cual planteó la posibilidad de que todos los partos (normales y difíciles) fueran asistidos por comadrones:

Se traerá a examen la Historia Obstetricia de España: el modo de suceder en ella los Partos Naturales, y los Violentos, la Ignorancia y Abusos de las Vulgares Parteras; si conviene que en todos o en algunos casos se exerza por Hombres esta Profession, con la noticia de lo controvertido

12 D. M. Zapata, *Dissertación médico-theológica, que consagra a la serenísima señora princesa del Brasil*, 1733.

13 F. Perena, *Conclusiones breves y claras theológico-médico-legales contra la disertación médico-theológica que dio a luz Diego Matheo Zapata*, 1733.

14 D. M. Zapata, *Dissertación médico-theológica...*, p. 18.

15 Parto distócico es aquel que procede de manera anormal o difícil; puede deberse a distintos motivos, por ejemplo, a la presencia de contracciones uterinas incoordinadas, a una posición anormal del feto, a la presentación previa de la placenta, a una desproporción céfalo-pélvica relativa o absoluta, por anomalías que afectan el canal blando del parto o por la retención de la placenta, entre otras causas.

16 Fundada en 1734.

o lo resuelto sobre ello en otros Reynos, y las causas más comunes de los Abortos en España.¹⁷

Pocos años después, el monje cisterciense Antonio José Rodríguez publicó el primero de cuatro tomos de su obra *Nuevo aspecto de theología médico-moral*,¹⁸ en la cual desarrolló una disertación de carácter filosófico, médico y teológico en torno a la animación del feto desde el momento de la concepción, basándose en autores modernos¹⁹ y dando la vuelta a los postulados aristotélicos e hipocráticos, por lo que fue duramente criticado, según sus propias palabras. Esto con el fin de establecer la obligación de bautizarle en cualquier estado de desarrollo y de declarar la penalización del aborto en cualquier tiempo del preñado (no sólo después de noventa días de gestación), considerándolo como homicidio injusto y punible.²⁰

Siendo más partidario de promover la experimentación médica²¹ que de la memorización teórica de los clásicos, propuso que la cesárea debía aplicarse a todas las mujeres que hubiesen muerto embarazadas o de las que se tenía sospecha de estarlo, y que los encargados de hacerla deberían ser cirujanos, y en ausencia de ellos, los clérigos, pero omitió a las parteras.²² El monje cisterciense respondió con pragmatismo a los médicos que se oponían a tal práctica y tildó de “sofismas” a sus argumentos: “¿Qué inconveniente hay en abrir todo cadáver de preñada, salga, ó no vivo el feto? Ninguno, que no

17 *Apud* Á. Martínez Vidal y J. Pardo Tomás, “Un conflicto profesional...”, p. 10.

18 La obra de Rodríguez, *Nuevo aspecto de theologia médico-moral, y ambos derechos, o paradoxas physico-theológico-legales. Obra crítica, provechosa a párrocos, confesores, y profesores de ambos derechos, y útil a médicos, phylósophos, y eruditos*, constó de cuatro volúmenes publicados entre 1742 y 1769. Vol. 1: 1a. ed., 1742; 2a. ed., 1763; 3a. ed., 1787. Vol. 2: 1 ed., se desconoce; 2a. ed., 1763. Vol. 3: 1a. ed., 1751; 2a. ed., 1764. Vol. 4: 1a. ed., 1769; 2a. ed., se desconoce; 3a. ed., 1787.

19 Como el famoso partero francés François Mauriceau (1637-1709).

20 J. A. Rodríguez, “Paradoja XVI”, en *Nuevo aspecto de theologia...*, vol. 1, 1742, p. 155.

21 Principalmente en cuanto a la disección en cadáveres y el estudio de la anatomía humana; por ello, Rodríguez defendió: “aunque fuese el Cadáver cosa Sagrada, dentro de la esfera, que puede serlo, nada se le pierde de respeto Religioso, por diseccarlo con la decencia, y pompa que se hace, y por el justo y honesto motivo de adelantar las Ciencias, y beneficiar el público”. Véase “Paradoja XXIX. Contra el injusto melindre de no permitir abrir los Cadáveres, y contra los desafectos a la Anatomía por irreligiosa”, en *ibid.*, p. 300.

22 *Loc. cit.*

sea precario y sofisticado: y por lo contrario, hay el tirano fatal inconveniente de privar, a lo menos, muchas Almas de la Gloria”.²³

En este sentido, se cubrían dos necesidades: por una parte, cumplía con el bautismo fetal y, por otra, promovía la experimentación en cadáveres por parte de los médicos en materia anatómica. No obstante, este autor se declaró en contra de la cesárea en vida, a la que consideró ilegal, a excepción de la reina, a quien debía obligársele bajo estas condiciones:

Digo desde luego, que si huvieſſe certeza phyſica de que el feto havia de ſalir vivo, robuſto, y capáz de vivir en adelante, de que era hombre, y no muger, y finalmente de que ya la Reyna no havia de bolver à concebir, debe de obligarſe a padecer la operación por el bien neceſſario de la República.²⁴

El hecho de que el cuerpo de la reina fuera declarado como un objeto de reproducción del poder patriarcal, ya que debía obligársele a ejecutar la cesárea²⁵ en el caso de que el feto fuera varón, es un elemento fundamental para comprender que el proceso mismo del surgimiento de la obstetricia moderna, con sus argumentaciones teológicas, filosóficas y médicas, y sus reglamentaciones, tuvo como fin el control del cuerpo de las mujeres y de su capacidad reproductiva por parte del Estado moderno.²⁶

La disertación moralista de Rodríguez fue contemporánea de la del sacerdote siciliano Francesco Emmanuel Cangiamilla, cuya obra

23 “Paradoxa XV. Debe hacerse la operación cesárea, aunque falten señales de estar vivo el feto”, en *ibid.*, p. 146.

24 “Paradoja XIV”, en *ibid.*, p. 142.

25 En ese tiempo, la operación cesárea en una mujer conllevaba, por lo general, su muerte. De hecho, esta operación es uno de los mayores dramas de la historia de la medicina. Para mayor profundidad, véase N. M. Filippini, *La nascita straordinaria. Tra madre e figlio la rivoluzione del taglio cesareo (sec. xviii-xix)*, 1995.

26 Por su parte, Rosa Cobo analiza cómo el pensamiento ilustrado consolidó al patriarcado moderno a partir de la sujeción de la mujer por el hombre y el Estado mediante su domesticación a través del matrimonio (aparentemente voluntario) y de la violencia simbólica. Véase “Feminidad y familia patriarcal”, en *Fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jaques Rousseau*, 1995.

Embriología sacra fue publicada originalmente en latín en 1745²⁷ y tuvo gran difusión en España por influencia del rey Carlos III, al ser traducida al castellano y reeditada en diversas ocasiones,²⁸ y al ser distribuida en 1761 entre los obispos de las diócesis españolas acompañada de la pragmática que establecía su obligatoriedad. En ella, Cangiamilla también promovió la *cesárea postmortem* aun si el feto se encontraba muerto, basándose en argumentos similares a los del monje cisterciense. En 1761, Carlos III emitió una pragmática al respecto; esta práctica al parecer era común y a principios del siglo XIX el rey Carlos IV estableció la obligación de practicarla con el fin de bautizar a los nonatos mediante la cédula del 13 de abril de 1804.²⁹

La obsesión por el bautismo y por combatir el aborto tuvo resonancia en México durante el último tercio del siglo XVIII. En noviembre de 1772, el virrey Antonio Bucareli y Ursúa emitió la ordenanza de practicar la cesárea a todas las embarazadas difuntas, so pena de 500 pesos.³⁰ Esta orden hace referencia a la traducción de la obra de Cangiamilla al castellano por José Manuel Rodríguez, la cual estaba por salir a la luz pública bajo el título *La caridad del sacerdote para con los niños enterrados en el vientre de sus madres difuntas. Y documentos de la utilidad y necesidad de su práctica*.³¹

27 F. E. Cangiamilla, *Embryologia sacra de officio sacerdotum, medicorum, et aliorum circa aeternam parvulorum in utero existentium salutem*, 1745.

28 En 1758 fue reeditada en castellano. Desde su primera edición, esta obra contó con el beneplácito del rey de Nápoles y Sicilia, Carlos VII de Borbón, quien en 1759 asumió el gobierno español bajo el nombre de Carlos III. Tuvo tanta convicción en los postulados de Cangiamilla que desde 1749 estableció en Nápoles la obligación universal de realizar la operación cesárea bajo la más mínima sospecha de embarazo en cualquier mujer fallecida. Se han encontrado diversas ediciones en italiano (1751), latín (1745 y 1758) y francés (1766).

29 Ésta debía realizarla un cirujano y, a la falta de éste, el párroco. A decir de dicha cédula, los prelados eclesiásticos “no han de consentir que se dé sepultura a mujer alguna, de cualquier clase que fuere, que haya fallecido embarazada, sin que les conste antes que con ella se ha practicado la operación”. *Apud* J. M. Septién, *Historia de la ginecología y la obstetricia en México*, 1986, p. 104.

30 A. Bucareli y Ursúa, [Ordenanza que establece la obligación de practicar operación cesárea en mujeres difuntas], noviembre de 1772.

31 Véase también la transcripción de los documentos manuscritos de José Manuel Rodríguez por J. C. Ruiz Guadalajara, “Documento: ‘Con la sangre de todo un Dios’: La caridad del sacerdote para con los niños encerrados en el vientre de sus madres difuntas, y notas sobre

Los documentos presentados por Juan Carlos Ruiz evidencian el alegato de varios eclesiásticos de distintos cargos que respaldaban la pertinencia de tal operación y advertían que era pecado mortal la oposición a ella.³² En esta misma línea de pensamiento, unos años más tarde, en 1775, Ignacio Segura publicó en México el folleto conocido como *Avisos saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación*.³³ Llama la atención que dicha obra esté destinada a las parteras, ya que en las anteriores ediciones y traducciones se menciona únicamente a cirujanos y sacerdotes para llevar a cabo las cesáreas *post mortem*.

La tendencia animista también influyó en la fundación del Departamento de Partos Reservados en 1806, el cual fue un anexo al Hospicio de los Pobres³⁴ de la Ciudad de México y estuvo destinado a evitar que mujeres españolas y criollas abortaran o cometieran infanticidio ante embarazos no deseados,³⁵ y para salvaguardar la moral cristiana que las señalaba y condenaba por el ejercicio de su

la operación cesárea *post mortem* en el periodo novohispano tardío”, *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, 2003. En la presentación del documento, este autor refiere que se conocen cuatro ediciones de dicha obra: “la primera data de 1772 y la segunda de 1773, ambas a cargo de la Imprenta de Felipe de Zúñiga y Ontiveros; la tercera, a cargo del mismo impresor y cuya transcripción presentamos, data de 1799; la cuarta data de 1818 y fue realizada en la imprenta de Alejandro Valdés”, p. 209.

32 *Loc. cit.*

33 I. Segura, *Avisos saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación*, 1775.

34 Este proyecto fue impulsado desde 1745 por Fernando Ortiz Cortés, chantre de la catedral de México, y abrió sus puertas en 1774. Por su parte, el Pequeño Departamento de Partos Reservados y Secretos funcionó a partir de 1806. Véase Junta de Caridad del Hospicio, “Pequeño Departamento de Partos Reservados”, *Ordenanzas para el gobierno del Hospicio de Pobres de la Ciudad de México en sus quatro departamentos*, 1806.

35 A decir de los integrantes de la Junta de Caridad (hombres prominentes), los abortos se producían bajo este contexto: “El miedo, la vergüenza ó la desesperación que se apodera del corazón de las mugeres frágiles y livianas, después de haber manchado con sus excesos su propia reputación, el honor de sus matrimonios, ó la distinguida clase de sus familias, las compele para sepultarlos en el olvido, á abrazar los partidos más crueles, sangrientos y horribles contra sí mismas y los inocentes frutos de sus vientres, víctimas desgraciadas que sacrifican á su temeridad. Usan de los abortivos más poderosos: paren en lugares retirados sin auxilio, y socorridas de personas viles qué publican su infamia por todas partes, y lo que es más sensible, con sus propias manos privan de la existencia á los hijos que trajeron nueve meses en sus vientres”. *Ibid.*, p. 30.

sexualidad fuera del canon cristiano-burgués que se perfilaba para la cúpula social de aquella época:

No será pequeño el bien, si se consigue minorar el número de estos atentados y se proporciona un arbitrio capaz para asegurar a estas madres abandonadas sus vidas, las de sus tiernos e inocentes hijos, el honor de los matrimonios, el decoro de las familias, la paz y la tranquilidad que en ellas debe reynar y para lo qual se establece este pequeño Departamento.³⁶

Este departamento era dirigido por la Junta de Caridad que nombraba al encargado, quien debía ser un eclesiástico con permiso para confesar mujeres. En la atención a las parturientas participaban un médico, un cirujano, una ama de confianza y una partera. El cirujano se encargaba de valorar el estado de avance del embarazo y cuando el alumbramiento se encontraba próximo, avisaba a la comadre,³⁷ quien era la encargada de atender el parto. La ordenanza no especifica si, en caso de complicaciones, el médico o cirujano debían intervenir, pero sí lo hace en cuanto al socorro espiritual por parte del capellán³⁸ y al bautismo:

Se procurará bautizarlos con la prontitud posible, y en Caso de necesidad urgente lo hará el Capellán del Departamento, por su falta alguno de los del Hospicio, y si no se hallaren prontos, ni otro hombre instruido y hubiere peligro en la demora, podría ejecutarlo la Ama de confianza quien desde que se nombre será instruida y examinada en la materia por los Capellanes.³⁹

36 *Ibid.*, p. 31. Dicho de otra manera, ésta era una manera de garantizar la legitimidad de la descendencia de los patriarcas españoles, manteniendo así su preeminencia en el sistema de dominación colonial.

37 "Quien debe ser persona de confianza e inteligencia y siempre una misma, y al tiempo de su nombramiento deberá jurar el guardar secreto, cuyo juramento también prestará la Ama de confianza". *Ibid.*, p. 32.

38 "Si el parto fuere avieso, se le asistirá con todo el esmero y caridad posible así para salvar a la madre cómo al hijo, y siempre estará pronto el Capellán para socorrerla en lo espiritual". *Ibid.*, p. 33.

39 *Loc. cit.*

Para terminar este apartado se puede decir que en estas obras de carácter moral había una mayor preocupación por garantizar el sacramento bautismal, por reducir el índice de abortos y la mortalidad infantil, que por mejorar la atención obstétrica y por reducir la mortalidad materna.

VOCES DISIDENTES

En el contexto de transformación de la obstetricia hubo algunos críticos de la intromisión de los cirujanos en este arte. Tal es el caso del excéntrico escritor Diego de Torres Villarroel, quien en 1743 manifestó su rechazo a la figura de los parteros en su obra *Sueños morales, visiones y visitas de Torres por Madrid con D. Francisco de Quevedo*:

Esos que van arrastrados de aquel coche son vendimiadores de vientres, pasteleros de úteros, [...] que empujando vaginas y haciendo allá a las tubas falopianas, entran a chapuzo por los que se anegan en la profundidad de los riñones. No te entiendo, dijo D. Francisco [de Quevedo]; pues son, le volví a decir, rateros de la herramienta de parir, que han hurtado a las comadres sus trebejos y se han alzado con su oficio; que esta faculta en la corte es hermafrodita, porque tiene ya macho y hembra; ya con las licencias de un sexo y el desenfado del otro se entran por todas partes. [...] Últimamente, estos son saca niños como saca muelas.⁴⁰

Dos años después, el monje benedictino Benito Gerónimo Feijoo reflexionó, a través del género epistolar, sobre el uso moderno de la obstetricia, reconociendo su importancia y la falta de instrucción de las parteras, y valorando la viabilidad de su ejercicio por parte de los

40 D. de Torres Villarroel, "Visión y visita octava. Los comadrones", en *Visiones y visitas de Torres con don Francisco de Quevedo por la corte*, en *Sueños morales. Corregidos y aumentados con el papel nuevo de La barca de Aqueronte y residencia infernal de Plutón*, [1743], pp. 23-24. Para este estudio también se consultó la edición de 1843.

cirujanos.⁴¹ Feijoo consideraba que las mujeres poseían la misma capacidad intelectual que los varones y, por ello, propuso educar a las parteras para que ejercieran con maestría el oficio. Además, advertía como inmoral la intervención de los médicos, aunque lo veía como un mal necesario que podía ser transitorio en lo que se formaba a las comadres, ya que sostenía la idea de que debía permanecer como un oficio femenino:

Conviene que las mujeres se sirvan del ministerio de los hombres, en la suposición de que sólo éstos posean la inteligencia necesaria; o sólo entretanto que ellos únicamente la poseen. Mas si se pudiese tomar providencia para que las mujeres se instruyesen bien en este Arte, deberían ser excluidos enteramente de su ejercicio los hombres. ¿Y se podía tomar esta providencia? Sin duda. A algunos insignes en el oficio se podría mover con premios magníficos a que instruyesen bien a varias mujeres hábiles, las cuales después enseñarían a otras y éstas a otras, &c. El oficio es bastantemente lucroso; con que no faltarían mujeres pobres, que se aplicasen a él con ardor.⁴²

Feijoo refuerza la idea de idoneidad de que el oficio permaneciese entre mujeres, tomando en consideración el rechazo de algunas a ser tratadas por varones en el parto: “Algunas [mujeres] que admiten una operación quirúrgica por mano de varón en cualquier parte de su cuerpo; pero en los peligros del parto abominan toda maniobra, que no sea de personas de su sexo”.⁴³ Y advierte del peligro de la prohibición a las mujeres del uso de la medicina con el ejemplo de Atenas:

Había en Atenas una ley, que prohibía a las mujeres todo ejercicio de la Medicina; de modo, que aun el uso del Arte Obstetricio les era vedado, lo que ocasionaba el gravísimo inconveniente de que muchas mujeres,

41 B. J. Feijoo, “Carta XVII. Uso más honesto de la arte obstétrica”, en *Cartas eruditas y curiosas (1742-1760)*, 1773.

42 *Ibid.*, p. 236.

43 *Ibid.*, p. 237.

demasiadamente sensibles al rubor de ser auxiliadas por los hombres en las angustias del puerperio, en ellas perdían miserablemente su vida, y la del feto.⁴⁴

Esta prohibición —dice Feijoo— se resolvió gracias a Agnodice, una mujer que ejerció la obstetricia con gran éxito y disfrazada de hombre, quien al ser descubierta y enjuiciada, recibió el respaldo y la movilización de las mujeres atenienses hasta ganar su juicio y el derecho femenino a ejercer este arte. Tras ofrecer este ejemplo, Feijoo insta a las mujeres españolas:

Lo que logró Agnodice en la Grecia, buscando, aun a su riesgo, un Maestro hábil que la enseñase, ¿por qué no podrán lograrlo muchas mujeres en España, donde no hay ley alguna que lo resista? Pretenderán algunos, que son menos aptas que los hombres para este ministerio. Pero ignoro en qué puedan fundar esa menor aptitud. Sus manos tan ágiles son como las nuestras. Aquel ejercicio no pide fuerza, sino maña.⁴⁵

Para terminar su carta, Feijoo sugirió que las mujeres podrían ser aptas no sólo en el ejercicio de la cirugía obstétrica, sino en la cirugía en toda su extensión. En su mente se abría la posibilidad de formarlas en materias que hasta ese entonces eran privativas de los varones, y refería que habría muchas de bajos recursos ansiosas de tener la posibilidad de ejercer una profesión y aspirar a un ascenso social.

No obstante, la opinión del benedictino acerca de que la modernización de la obstetricia debía incluir a las parteras fue mucho más allá de lo que la administración borbónica estuvo dispuesta a otorgarles con el reglamento de 1750, como veremos en el siguiente apartado.

44 *Loc. cit.*

45 *Ibid.*, pp. 238-239.

DISPOSICIONES GUBERNAMENTALES PARA LA REGLAMENTACIÓN DE LA PARTERÍA

En 1498, los Reyes Católicos promulgaron una ley que regulaba el ejercicio profesional de las matronas. La institución encargada de hacerla cumplir fue el Real Tribunal del Protomedicato, mediante la examinación y certificación.⁴⁶ No obstante, en 1576 Felipe II abolió esta legislación, debido a los abusos cometidos por los protomédicos hacia las parteras castellanas. De tal modo que el Protomedicato quedó sin capacidad alguna para ejercer autoridad sobre el “arte de los partos” y, por ello, los cabildos fueron los encargados de autorizar a las parteras. Este antecedente marcó las políticas sanitarias sobre la partería en el territorio español, peninsular y de ultramar, durante los dos siglos siguientes. Y, por este motivo, el cabildo de México fue el encargado de autorizar a las primeras parteras españolas.

Esta situación permaneció hasta mediados del siglo XVIII, cuando Fernando VI promulgó la Real Cédula de 1750, mediante la cual volvió a asignar al Real Protomedicato, institución encargada de regular todo lo referente al ejercicio de la profesión médica, la tarea de reglamentar también el oficio de la partería. Dicha institución estaba organizada con base en una rigurosa estratificación del gremio, que diferenciaba a los cirujanos latinos, de los romancistas, y a éstos, de los de menor categoría, como barberos, sangradores y parteras.⁴⁷

El reglamento de 1750 se inscribió en un proceso más amplio de reformas emprendidas paulatinamente por la dinastía borbónica con el fin de hacer más eficientes y productivas a las instituciones españolas peninsulares y coloniales, proceso que comenzó en 1700 con la llegada al poder de Felipe V y la sucesión de sus hijos Luis I (1724) y Fernando VI (1746-1759), que se consolidó con Carlos III

46 El espacio de aplicación de esa ley fue la región castellana. Véase F. Conde Fernández, “Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico”, *Discursos Académicos*, 2011, p. 25.

47 *Loc. cit.*

(1759-1788), y tuvo su declive con Carlos IV (1789-1808) y Fernando VII (1808, 1814-1833).

El reglamento estipuló que las aspirantes debían realizar un trámite de autorización para ejercer el oficio de partería, el cual incluía una solicitud de examen acompañada de un expediente con los siguientes requisitos:⁴⁸

- Fe de bautismo que estipulara su legitimidad de nacimiento.
- Certificado de limpieza de sangre.
- Constancia de buena vida y costumbres.
- Certificado de haber practicado tres o cuatro años la profesión al lado de cirujano o parteras aprobados.
- Que fuesen casadas o viudas; en el primer caso, debían presentar un escrito con el consentimiento del marido y, en el segundo, una certificación del párroco, afirmando que se trataba de una viuda honorable.

Por su parte, el examen era fundamentalmente práctico, por lo que su formación teórica podía hacerse mediante la *Cartilla de instrucción* de Antonio Medina. Una vez entregada la solicitud, debían pagar 63 pesos para gastos de examen, los cuales estaban destinados a cubrir los rubros expuestos en el cuadro 1.

CUADRO 1

Gastos de examen para parteras estipulados por la Real Cédula del 21 de julio de 1750

Cada protomédico	6 pesos
Asesor	8 pesos
Fiscal	3 pesos
Escribano	10 pesos
Cirujano sinodal	1 peso, 2 reales
Portero	3 pesos, 6 reales
Papel sellado	6 pesos
No especificado	23 pesos
Total	63 pesos

48 A. Medina, *Cartilla nueva, útil, y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear*, 1750. Esta obra fue "mandada hacer por el Real Tribunal del Protho-Medicato, al doctor Antonio Medina, Médico de Reales Hospitales, de la Real Familia de la Reina nuestra, y Examinador del mismo Tribunal".

Aprobado el examen, las parteras quedaban formalmente autorizadas para realizar el diagnóstico de embarazo, consultas durante la preñez, maniobras para acomodar el producto, atención del alumbramiento y cuidados *post partum*. No obstante, les prohibía suministrar cualquier tipo de sustancia, farmacológica o no, a la preñada, ya que el mismo reglamento sólo autorizaba esta facultad a los médicos. De ahí se explica la insistencia en la regulación de las boticas, ya que éstas sólo podrían cubrir las recetas provenientes de médicos y no de cirujanos, ni otros profesionales de niveles inferiores, como las parteras. Esto significó una gran limitación para ellas, quienes tradicionalmente habían desarrollado remedios terapéuticos de todo tipo para asistir a sus pacientes. De alguna manera, se pretendía cancelar su saber ancestral y ponerlo bajo el control masculino.

Sin embargo, estas disposiciones no fueron viables en la Nueva España⁴⁹ por la conformación social, geográfica y cultural del territorio. En primer lugar, se debe considerar que la “limpieza de sangre” en esta región no significó exactamente lo mismo que en España. Aquí aplicó no sólo en el sentido de la persecución étnica y religiosa de judíos, musulmanes, iluminados y otras “herejías”, sino que dicha limpieza excluía a las “castas” resultantes de las mezclas raciales; de esta forma, se excluía del oficio a toda aquella mujer que no fuera española o criolla. Bajo esta misma fórmula, los indios quedaron excluidos de la enseñanza formal dada su condición de “nuevos cristianos”, ya que representaban el peligro de “idolatría”. De este modo, desde los inicios se procuró garantizar el monopolio de españoles peninsulares y criollos sobre la instrucción médica universitaria y el acceso a cargos académicos y del Protomedicato.

En el siglo XVIII, en el Virreinato se planteó la necesidad de hacer valer la reglamentación previa, de 1498, y adoptar los nuevos reglamentos emitidos en 1750 por la Corona, con tal de que las leyes estuviesen acordes con la situación del momento. Así, se podrían requerir los certificados de “pureza de sangre” y de “legitimidad” a quienes ejercían la medicina de manera legal y, sobre todo, a quienes

49 En esa época fue usual el término “Se acata, pero no se cumple” para nombrar la inviabilidad de las leyes españolas en el territorio novohispano.

asumían cargos honorarios, como protomédicos y catedráticos. Ambos requerimientos fueron fundamentales para respaldar el discurso de “dignificación” de la medicina e inaugurar legalmente la competencia médica en el ámbito de la obstetricia, aunque de manera limitada, como se verá.

Por otro lado, esta reglamentación implicó que un gran número de parteras novohispanas, o quizá la mayoría, quedasen excluidas de cualquier posibilidad de autorización legal. En primer término, por su origen indio, mestizo y mulato. De esta manera, únicamente las españolas peninsulares o criollas podrían acceder a tal “privilegio”; además, se ha de considerar que el oficio no representaba prestigio social alguno, por lo que sólo las españolas pobres podrían estar interesadas en recibir tal autorización.

En cuanto a la condición de ser formadas con médico, cirujano o partera autorizada, éste resultaba un obstáculo casi insalvable, puesto que éstos no contaban con la formación ni la experiencia plena para enseñar las técnicas obstétricas de tradición escolástica, además de que imperaba el impedimento social sobre un médico para relacionarse y compartir sus conocimientos con mujeres de los más bajos estratos, pues no resultaba prestigioso y contravenía sus aspiraciones de reconocimiento y ascenso social.

La inviabilidad de tal reglamento se evidenció a partir de dos escenarios. El primero es que para el decenio de 1770 los médicos ilustrados se quejaban amargamente de que imperaba una total desobediencia al mismo y mantenían la consigna de hacer valer sus estipulaciones. La otra evidencia es que para principios del siglo XIX sólo dos parteras habían sido autorizadas y prevalecía en la Colonia una insuficiencia de médicos y de recursos materiales e institucionales que hiciesen frente a la formación de parteras profesionales.

CARTILLA DE INSTRUCCIÓN PARA LAS PARTERAS (1750)

En 1750, el mismo reglamento estipuló la publicación de la *Cartilla de instrucción para las parteras*, con el fin de ofrecerles una guía de estudio accesible y práctica, ya que contenía lo “principal que debe

saber una Matrona, las circunstancias que deben asistirle, y la obligación en que por razón de oficio se constituye”.⁵⁰

Este documento es uno de los más valiosos para el presente estudio porque expresa la posición del Protomedicato sobre las relaciones entre médicos y parteras. Ante el problema de la falta de formación de éstas y del “estado de abandono” señalado por los médicos, la autoridad planteó algunas observaciones fundamentales. Primero trajo a la memoria que antiguamente se habían establecido reglas y publicado libros para su estudio y examinación. También refirió que la real pragmática de Felipe II, que suspendió toda regulación por parte del Protomedicato sobre la partería, trajo consecuencias perniciosas, entre las cuales resalta la introducción tanto “de hombres, como de mujeres, que casi del todo carecían de las condiciones necesarias para tan delicado ejercicio”. Esto fue visto como la causa principal de la degradación. Asimismo, señaló que, habiendo tomado conciencia de la situación, la autoridad regia pretendía recobrar el prestigio de antaño.⁵¹

Gracias a este documento, se reconoció la importancia de la partería como un oficio público útil y necesario para el reino y expresó su oposición al hecho de que los varones médicos o cirujanos se introdujesen en su práctica por “recato y honestidad”, limitando su intervención a los partos distócicos, que superaban la capacidad de las parteras. No obstante, atribuyó la entrada de los primeros a la ignorancia e impericia de las segundas; por ello, se estipuló que, en los casos difíciles, ellas estaban obligadas a recurrir a la pericia de un “buen cirujano”:

Con la más madura reflexión, y prudencia se estableció por costumbre, y por ley, fuese el partear peculiar ejercicio de las mujeres: y que sólo

50 *Ibid.*, p. 16. Esta obra fue reimpressa en Madrid, en la Casa de Antonio Delgado, en 1785; en Nueva España fue publicada hasta 1806.

51 *Ibid.*, pp. 15-16. Para ello determinó que se evaluase a las “mujeres, que viven de este oficio, y las que en adelante le hubiesen de ejercer, así en Theorica, como en Práctica, por el Protomedicato: y que para este efecto se forme una Cartilla, por la cual se instruyan para el examen; y no mereciendo en este la aprobación, queden privadas con graves penas de ejercer dicho oficio”, p. 14.

por abuso cohonestado con la impericia, y desconfianza de éstas, en desprecio del mayor recato se han introducido los hombres comúnmente à practicarlo, pues aunque nadie debe dudar, que en el singular caso de un parto difícil se ha recurrido, y debe recurrir à la pericia, y destreza superior de un buen Cirujano; es también evidente, que hasta el siglo pasado se ignoraba, especialmente en España, el nombre de Comadrones, ò Parteros.⁵²

Este señalamiento mantuvo vigente la tradición de considerar la partería como un oficio fundamentalmente femenino. No obstante, generó un círculo vicioso en la relación entre cirujanos y parteras, lo cual llevó a la pérdida de autoridad de ellas, como veremos más adelante.

La cartilla se organizó con base en preguntas y respuestas, y se dividió en cuatro apartados que abarcan los siguientes campos. El primero tiene una función protocolaria y establece los alcances esperados y las cualidades que debe poseer cualquier partera para el buen ejercicio de su profesión. El segundo instruye sobre la anatomía de los órganos femeninos de la “generación”. El tercer capítulo aborda el “estado de preñez” y menciona los mecanismos para diagnosticarlo. El cuarto y último apartado entra cabalmente en materia del trabajo de parto y del tipo de asistencia que se debe ofrecer a la parturienta.

Sobre las cualidades de una partera resaltan algunos aspectos relacionados con la edad adecuada en que debía emprender este ejercicio para poder emplear algunos años en la *theorica* y reglas de la *practica*: “porque si lo intenta ya vieja, se le ha pasado el tiempo oportuno de aprender, su entendimiento, y sentidos se hallan ya débiles para ello, y sus corporales fuerzas insuficientes”.⁵³ A decir de este manual, tampoco se debía admitir a “las muy jóvenes, ni las doncellas, sino es en el caso de destinarse por suficiente tiempo, des-

52 A. Medina, *Cartilla nueva, útil...*, 1806, pp. 8-9.

53 *Loc. cit.*

de esta edad, al lado de Matronas hábiles, ò de Cirujanos prácticos en el Arte, à habilitarse en todo lo necesario para obrar por sí”.⁵⁴

Las siguientes consideraciones abordan las cualidades físicas que debía tener, en teoría, una partera:

Deben tener una salud robusta; porque si son débiles, ò enfermizas, no pueden tolerar el trabajo de trasnochar, y demás incomodidades corporales inseparables del ejercicio, ni tener las fuerzas necesarias para las varias maniobras que se ofrecen: por cuyos motivos son también inhábiles las excesivamente gordas.⁵⁵

Por lo que se refiere a su carácter, debía ser vigilante y cuidadosa, “pues no pocas veces por la pereza, y tardanza se pasa la ocasión, y se pone la madre, y el infante en gravísimo riesgo”. Además, debía “ser de genio dócil, para admitir el dictamen de sus mayores en suficiencia, pidiendo en oportuno tiempo el auxilio, y la consulta del médico o del cirujano, en los casos en que ocurran dificultades”.⁵⁶

Asimismo, era muy importante que fuese de ánimo benigno, paciente y alegre con modestia, “porque la pusilanimidad de las parterizas se depone con estos agradables afectos, y recobradas en su natural valor, se ayudan para el buen éxito”.⁵⁷ Finalmente, debía caracterizarse por ser una mujer sobria o medida con el uso del vino, “de lo contrario se constituyen inútiles, y perjudiciales”.⁵⁸

La cuestión moral no quedó excluida en la cartilla, ya que se hizo especial mención a su religiosidad y valores: “debe ser buena christiana, y confiada más en los auxilios de Dios, que en los de su Arte; pues devotamente implorados, los concede su Divina Providencia suficientes para salir del mayor aprieto”.⁵⁹

54 *Loc. cit.*

55 *Loc. cit.*

56 *Loc. cit.*

57 *Ibid.*, pp. 7-8.

58 *Ibid.*, p. 19.

59 *Ibid.*, p. 7.

La misericordia era necesaria para atender los requerimientos de ricos y pobres, “porque Dios, que a su imagen y semejanza, hizo iguales las Almas, cuida más de recompensar las misericordias con los necesitados, que los poderosos del mundo a sus sirvientes”. La discreción era también indispensable, “porque de faltar al secreto en los casos en que importa, se sigue infamia, y deshonor”.⁶⁰

Como puede apreciarse, la regulación de 1750 consideró necesario incluir en la cartilla una serie de elementos vinculados no sólo con la atención técnica del embarazo y el mecanismo del parto (capítulos de anatomía), sino también con la personalidad y la calidad moral de las parteras, incluyendo consideraciones sobre las relaciones humanas, el buen trato y los cuidados requeridos por las mujeres en su capacidad de dar a luz a una nueva vida. Cabe mencionar que estos elementos no eran novedosos, fueron retomados de una larga tradición médica y popular que se encuentra recogida en el primer tratado en lengua castellana sobre el “arte de las comadres”, publicado por el médico mallorquín Damián Carbón, en 1541.⁶¹

Los apartados de la cartilla dedicados a la anatomía y al embarazo contienen información teórica y, en menor medida, práctica, que fue recopilada básicamente de la tradición hipocrático-galénica, aunque también incluye el “saber” de las parteras. Es de notar que el conocimiento construido a partir de la experimentación y recogido en tratados de médicos y parteras franceses quedó relegado por la autoridad real. Esto es entendible si se considera que el objetivo del Protomedicato era paliar, en parte, la ignorancia de las parteras, mas no pretendía ofrecerles una formación igual a la que se ofrecía a los varones en materia obstétrica, como sugirió Feijoo. Es paradójico que quisieran que las matronas españolas recobrasen “aquel famoso crédito, que tuvieron en lo antiguo” a partir de este tipo de cartillas, cuando a los varones se les procuraba todo tipo de recursos para su formación médica:

60 *Ibid.*, p. 20.

61 D. Carbón, *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*, 1541.

Dirigiéndose para Mujeres, que apenas saben leer, y escribir, y que hasta ahora, por no haberse sujetado à estudio alguno, se les ha de hacer muy ardua cualquier literaria enseñanza, ha parecido conveniente ceñirse à lo más fácil, dejando para cuando hayan depuesto la repugnancia à la aplicación estudiosa, el extender esta, ù otra Cartilla à todo lo demás, que complete un Arte de Partear. Con esta providencia se espera, recobren nuestras Matronas Españolas aquel famoso crédito, que tuvieron en lo antiguo, que tengan en ellas, las que paren, la conveniente confianza, y goce el público de el consuelo, y satisfacción de no exponer sus mujeres al arbitrio de gentes sin pericia, ni práctica.⁶²

No obstante, este documento refleja la opinión de un sector médico que dio crédito al saber tradicional para las parteras que buscaban especializarse en la obstetricia y desestimó la injerencia de médicos en los partos comunes. A sus ojos, el ámbito de acción de los cirujanos debía ser limitado y regulado para que se ejerciera de manera moral y profesional, y tenía que estar enfocado en resolver los problemas que las matronas no habían podido solucionar. Esta postura dio pie a los cirujanos para proclamar la ignorancia e impericia de las parteras, a partir de los llamados de ellas para resolver quirúrgicamente los casos que se habían complicado. Pero, sobre todo, les dio pie para pugnar por presidir todos los ámbitos de la obstetricia. Para ello, impulsaron la formación teórica y práctica de cirujanos parteros españoles a través de ordenanzas y textos formativos que las fueron excluyendo.

CONSOLIDACIÓN DEL CIRUJANO EN LA ATENCIÓN DE TODO TIPO DE PARTOS

La cartilla de 1750 dejó abierta la posibilidad de ampliar la información para abarcar todo lo que competía al arte de los partos. Es por ello que en los años venideros salieron a la luz algunas obras destinadas a profundizar la formación de parteras y parteros. Tal fue

62 A. Medina, *Cartilla nueva útil...*, 1806, pp. 11-12.

el caso de las reales ordenanzas de cirujanos de Barcelona de 1764, las cuales estipularon la publicación de un libro de instrucción para las parteras que debería titularse *Arte de partear, o breve instructivo para las mugeres que quieren exercer el arte de comadre de partos o partera* y tenía por objeto ampliar la información básica que se ofrecía en la cartilla de 1750. No obstante, es significativo que al año siguiente la obra fue publicada por Pedro Virgili con el título *Compendio del arte de partear compuesto para el uso de los Reales Colegios de Cirugía*, y que en ella se insistiera en la competencia de cirujanos hábiles frente a la incompetencia de las comadres:

Bien veo que muchas cosas de las que encierra mi Abreviado no están a tiro de gran parte de Sugetos para quienes se destina; pero mal alegra para ignorar un asunto quien pretexta su ociosidad e inaplicación. Quando no puedan entenderme las Comadres por sí mismas, no estamos ya en tiempos escasos de Cirujanos hábiles que las impongan; fuera de que será siempre corto el trabajo y sudores que se empleen en adquirir una ciencia cuya importancia es tan notoria y cuyos yerros son perjudicialísimos a la Humanidad.⁶³

El embate médico por obtener la hegemonía de la obstetricia, justificado en la impericia de las parteras, avanzó a lo largo del siglo XVIII en España. Para finales de ese siglo, la tendencia obstétrica ilustrada, introducida por la dinastía borbónica en España, tuvo resultados palpables, de los que da cuenta el médico Juan de Navas,⁶⁴ quien

63 P. Virgili, *Compendio del arte de partear compuesto para el uso de los reales colegios de cirugía*, 1765, p. 3. Uno renglones más adelante, Virgili obtiene el beneplácito de sus colegas: "El contenido de dicha Obra es muy proporcionado à los conocidos talentos, y acertadísima práctica del Autor, y fundado sobre la doctrina más sólida de los mejores Maestros. Y no hallándose en toda ella materia alguna, que trate de Religión, Estado, ni gobierno como se previene en el Artículo I, de el Título XVI, de las referidas Reales Ordenanzas". Se ha de recordar que, en aquel tiempo, Carlos III había intentado limitar el poder eclesiástico de la administración; por ello mantuvo un fuerte enfrentamiento con los jesuitas, quienes gozaban de gran influencia en el ámbito universitario, el cual terminó con su expulsión de todos los territorios del imperio en 1767.

64 J. de Navas, *Elementos del arte de partear*, 1795. Este autor se desempeñó como médico, profesor y vicedirector en los reales colegios de cirujanos de Cádiz y de Madrid; su cátedra de Partos, fundada en 1790, dio acceso, a puerta cerrada, a mujeres mayores de 25 años, casadas

mencionó que los inicios de la atención de comadrones se dieron en la aristocracia francesa y de ahí pasaron a la recién inaugurada dinastía borbónica en España:

Segun [Jean] Astruc las Comadres Francesas asistieron solas á los partos de sus Reynas y Princesas hasta el año 1663 que Julian [Clément] asistió al parto de la Duquesa de Valiere. Él mismo asistió después á Madama de Montespán, y fue últimamente Comadrón de las Princesas de Francia. También vino á los partos de nuestra Reyna Maria Luisa Gabriela de Saboya, muger del Señor Don Felipe V, lo qual manifiesta que poco después que en Francia se introduxo en España la costumbre de asistir los Comadrones á los partos de las Reynas, Princesas é Infantas.

Mr. Puzos sucedió á Clement, y Gervais á Puzos. Mr. Perard y Levret asistieron también á las Reynas y Princesas. Al exemplo de las Princesas se fué multiplicando el número de Señoras de la primera nobleza, y al de éstas el de las acaudaladas, de modo que el día de hoy solo paren sin Comadrón las pobres. Los honores con que los Reyes han honrado á los Comadrones, y las utilidades que estos han encontrado en los Señores acomodados, ha acrecentado el número, y los ha empeñado en perfeccionar su arte, lo qual no se puede esperar donde no los llamen y recompensen igualmente.⁶⁵

Es de resaltar que el ingreso de los comadrones se dio principalmente entre los sectores acomodados para dar atención durante todo el proceso de parto y que, por lo general, se hacían acompañar por una partera que hacía las veces de asistente. A decir de Navas, muchos de ellos se formaban directamente en la escuela francesa y por eso sus servicios eran bien remunerados; en cambio, las parteras atendían a las mujeres pobres y solían ayudar a los nuevos profesionales de la obstetricia. Cabe recordar que sobre ellas pesaba una

y autorizadas por sus maridos. Véase M. D. Ruiz-Berdún, "La tradición obstétrica familiar en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, la hija de Juan de Navas", *Cultura de los Cuidados*, 2012.

65 J. de Navas, *Elementos del arte...*, 1795, p. II.

serie de limitaciones sociales, económicas y profesionales, como no tener acceso a la formación científica y universitaria, estarles prohibido recetar cualquier tipo de medicamento y estar obligadas a llamar a un cirujano en los casos difíciles, porque no podían ejercer la cirugía. La problemática que el médico Juan de Navas identificó tenía que ver con el sexismo y el clasismo del sistema patriarcal, pero él no la veía así, ni como un problema sistémico. Es por ello que su tratado aspiraba a paliar la falta de formación de las parteras que afectaba a las mujeres pobres:

Una vez que las mujeres pobres no tienen por lo común otra asistencia en sus partos que la de las Comadres, y que estas acompañan cuando menos a los Comadrones en los de las señoras acaudaladas, el modo de disminuir los errores que por impericia ó tema cometen, será procurar instruir las antes de permitirles ejercer su arte. La falta de libros del arte de partear en nuestro idioma, y las pocas escuelas donde las Comadres puedan adquirir los conocimientos actuales, las indemniza de no ser más que rutineras de las que tuvieron por maestras. La presente obra, se dirige a suplir en parte esta falta, y para que pueda servir a las Comadres y a los Comadrones.⁶⁶

Además de la dimensión de clase, Juan de Navas advirtió que la condición de vida de las mujeres era un factor que podía facilitar o dificultar el trabajo de parto, y para ello recalca las diferencias entre las ciudadanas de clase alta y las aldeanas:

La vida sedentaria, el exceso de buenos alimentos y la delicadeza del bello sexo criado en las poblaciones grandes, al paso que estas les proporcionan la asistencia de Comadres, Comadrones y Médicos que las socorran, tienen los partos más difíciles por las malas disposiciones de su constitución.

Esto en contraposición a ellas, las mujeres de campo, cuya robustez aumenta las fuerzas expulsivas, y el ejercicio y trabajo continuados

66 *Ibid.*, p. IV.

con que buscan el preciso alimento, las preserva de las malas conformaciones, de la debilidad y aun de muchas pasiones desordenadas.

No por eso diremos que el Criador excluyó á las pobres del riesgo que trae consigo el parto, y menos que pueden tener partos trabajosos de todas especies, ni padecer las resultas funestas que les siguen; y si las padecen ¿quién podrá socorrerlas en tales casos, aunque nada frecuentes? Su domicilio distante de las poblaciones en que hay Comadres o Comadrones instruidos, y sus ningunas facultades para satisfacer los gastos de ir a buscarlos, las imposibilita de disfrutar sus socorros, y las hace víctimas de su pobreza siempre que la naturaleza ayudada con los esfuerzos de la necesidad, ó con los que sugiere una vecina animosa y experimentada, no puede vencer los obstáculos que se oponen á la expulsión de la criatura y de las pares.⁶⁷

Es importante mencionar que esta obra no descalificó el trabajo de las parteras. Sin embargo, sí legitimó al nuevo profesional de la obstetricia: el cirujano partero. Sobre éste, el autor reconoció que a pesar de que las leyes españolas “en nada ceden á las de los países en que se hallan más adelantados”, el atraso de los cirujanos españoles con respecto a la obstetricia era una realidad y consideraba que la causa más probable radicaba en que los extranjeros la practicaban a manera de especialidad, mientras que los españoles “abrazan al mismo tiempo el vasto campo de la cirugía, ocupándose aquellos solo en partear”, además de que éstos eran llamados únicamente para “remediar lo que la comadre ha echado a perder, cuando menos por no haber avisado en tiempo más oportuno”.⁶⁸ A sus ojos, esta situación generaba un conflicto, ya que

muchas Comadres ciegas del amor propio se desdeñan de llamar á quien les ayude por no tratar y concurrir con quien pudiera instruir-las. Otras picadas por él mal modo con que las han tratado algunos Profesores de su arte, se valen del vil despique de no llamarlos otra vez

67 *Ibid.*, p. II.

68 *Ibid.*, p. III.

porque no les den con sus yerros en la cara y les hagan perder el crédito que ellas tenían bien ó mal merecido.⁶⁹

Por eso sugirió que los médicos, en lugar de hacer pública la ignorancia de la partera que solicitaba ayuda, debían hacer cuanto pudieran para que los concurrentes tuvieran confianza en ellas:

Parece que [William] Smellie conoció algunas de estas pues dixo, que los comadrones cuando son llamados para remediar lo que no han podido las Comadres, en vez de blasfemar de su conducta, suponiéndola reprehensible, y de hacer pública su ignorancia, deben, por el contrario, influir quanto puedan para que los concurrentes tengan de ellas toda confianza.⁷⁰

Dos años más tarde de la publicación de Navas, en 1797, el médico Francisco Villaverde introdujo un “Tratado de partos” en la obra *Curso teórico-práctico de operaciones de cirugía*, que servía como texto fundamental de los reales colegios de cirugía de España. En dicho tratado, Villaverde contrastaba la ignorancia e impericia de las comadronas con la habilidad de los cirujanos:

La grande ignorancia e impericia de las mugeres que por lo regular asisten a tales partos (llamadas Comadres o Parteras) quienes a veces en lugar de favorecer con algún socorro a las parturientas, por su imprudencia y oficiosidad, suelen causarlas mil accidentes, como yo lo he visto y experimentado en diferentes ocasiones y lances en más de quarenta años que he asistido a todo género de partos.

[...] todo el mundo sabe que dichas *mugeres* son ignorantísimas del Arte, por lo que cada día se ven mil lamentaciones y desastrados casos, descubriéndose con ellos sus errores; y quien más los descubre es la enmienda de estos mismos errores, pues las más veces son remediados

69 *Loc. cit.*

70 *Loc. cit.*

por algún *hombre* hábil, después que la Partera puso manos y dexó en las puertas de la muerte a la que se fio de ella.⁷¹

Al parecer esa figura de los reales colegios de cirugía fue bastión del empoderamiento de los cirujanos, ya que les sirvió como respaldo institucional para su formación. Y extendieron su influencia en México, ya que en 1770 el médico catalán Andreu Montaner i Virgili fundó la Real Escuela de Cirugía ligada al Hospital San José de los Naturales, a imagen y semejanza de los colegios de cirugía de Cádiz y Barcelona; además, se planteó como alternativa ante la resistencia de los médicos que presidían la Real Universidad para integrar la práctica anatómica.⁷²

EL SABER DE LAS MATRONAS: AL MARGEN DE LA CIENCIA MODERNA

En este proceso de subordinación de las comadres ante los cirujanos, fue necesario excluir su conocimiento de los medios de legitimación de la ciencia moderna. Ejemplo de ello fue Luisa Rosado, matrona de la Casa de los Desamparados, quien entre marzo de 1770 y diciembre de 1771 impulsó un proceso legal con el fin de lograr la autorización del rey y del Protomedicato para promover sus servi-

71 *Apud* A. Martínez Vidal y J. Pardo Tomás, "Un conflicto profesional...", p. 15. Las cursivas son de la autora.

72 Sobre este proyecto de Montaner i Virgili, Miguel Bruguera y Cortada señala: "El 1768, viatja a Mèxic per ocupar-se de l'ensenyament de l'Anatomia en una càtedra d'Anatomia Pràctica que es pretén crear a l'Hospital de Naturals de Mèxic, centre hospitalari per als indígenes atès per metges nadius. La càtedra s'ha creat el 1765 per una Cèl·lula Reial que signa Carles III en resposta a la petició que havia rebut del Majordom de l'Hospital mexicà. La decisió tècnica per crear aquesta càtedra depenia dels Cirurgians de Cambra. De fet, en aquell moment, els cirurgians Pere Perchet i Pere Virgili consideren que, a partir d'aquesta càtedra, seria bo crear un tercer Col·legi de Cirurgia a Mèxic, similar als existents a Cadis i Barcelona. Així, un Reial Decret del 17 de març de 1768, nomena el cirurgià primer de la Reial Armada, Andreu Montaner Virgili, com a director i primer catedràtic". Al parecer, su ejercicio como profesor lo desempeñó con muchas dificultades hasta 1779. M. Bruguera y Cortada, "Andreu Montaner i Virgili (Falset, 1740-Mèxic d. 1784) Biografia", *Galeria de Metges Catalans, s.d.*

cios como partera, con técnicas innovadoras que escapaban al instrumentalismo de los cirujanos parteros, a través de carteles.⁷³

Luisa Rosado no buscó la legitimación científica institucional, sino que recurrió directamente a promocionar de manera pública sus servicios obstétricos mediante carteles destinados al sector femenino, en los cuales refería que contaba con un método eficaz para extraer las secundinas sin operación quirúrgica, la cual era competencia de los médicos. Para ello, solicitó autorización al Protomedicato, quien negó el permiso. Ante ello, Luisa recurrió al rey, quien le concedió ambas cosas. No obstante que Luisa había presentado varios testimonios que daban fe de la eficacia de su técnica, el Protomedicato argumentó que debía demostrar la efectividad de su método ante ellos. El rey, por su parte, reivindicó que ella podía publicitarse y ejercer su práctica, pero no contempló que ésta fuera asimilada al conocimiento médico moderno.

El procedimiento de Luisa atentaba contra los intereses de los cirujanos por tres motivos. Primero, porque al hacer pública su nueva forma de extraer las secundinas dejaba en evidencia que el método de los cirujanos, consistente en extraerlas manualmente, era invasivo y obsoleto. Segundo, porque el método que ella empleaba quedaba fuera de la jurisdicción de los cirujanos, ya que no requería instrumentos quirúrgicos. En tercer lugar, el hecho de que ella como profesional quedara expuesta en el ámbito público resultaba incómodo en un medio en el que el saber de las mujeres era considerado “doméstico”, pero no “científico”, como sí lo era el saber masculino.

Este ejemplo permite ver que el conocimiento femenino no tenía cabida en el ámbito científico, ya que en él su autoridad estaba vetada, pues era considerado un conocimiento “vulgar”. En este contexto, cabe mencionar que siendo mujer, Luisa Rosado no tenía acceso a la formación universitaria ni a poner en circulación sus conocimientos a través de tratados científicos, ni había la posibilidad de su acenso social, como sí la tenían los criollos novohispanos como José

73 T. Ortiz Gómez, “Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España ilustrada”, en M. Cabré y T. Ortiz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos xii-xx*, 2001. Cabe mencionar que la autora incluyó un apéndice con la transcripción de todos los documentos relacionados con el litigio de Luisa Rosado, lo cual es muy valioso porque facilita el acceso a la fuente directa.

Ignacio Bartolache o José Luis Montaña (que se verán a continuación), y mucho menos gozaba del derecho de réplica sobre técnicas y problemas éticos del “desarrollo” científico masculino; es decir, los recursos de legitimación científica, así como los de difusión, no estaban al alcance de las matronas españolas. El artículo sobre la partera Luisa Rosado evidencia que ellas estaban excluidas del sistema científico por razón de clase y de sexo. No obstante, a decir de Teresa Ortiz, Rosado fue una expresión “no sólo de resistencia de las matronas, sino también de la decidida voluntad de las mujeres a no sucumbir frente el empuje de la ciencia y al poder de los varones”.⁷⁴

MÉDICOS CRIOLLOS: PIONEROS DE LA MEDICINA MODERNA EN NUEVA ESPAÑA

Este proceso de modernización, que se había implementado desde los albores del siglo XVIII con el ascenso de la dinastía borbónica al trono español, llegó a Nueva España a través de cédulas reales y reglamentaciones. Dado su carácter impositivo, requirió que visitantes vigilaran su estricta aplicación, lo cual generó molestia y severas resistencias entre los criollos, porque sentían menospreciadas sus capacidades y eran relegados de los ámbitos de decisión.

Por una parte, la aplicación del ideal ilustrado se dio a través de la vía institucional y respondió a la necesidad de los monarcas de modernizar el sistema colonial mediante la concentración del poder en la figura del rey, a través de un nuevo sistema de intendencias, cuyos ejecutores eran ministros con formación humanista y científica, leales al rey y comprometidos con el “progreso” político, económico y social del reino. El plan consistía en reformar las instituciones coloniales para hacerlas más eficientes; hacer un reconocimiento de los recursos naturales explotables; abrir nuevos mercados con productos americanos y liberar el mercado novohispano. Esto con el fin de aumentar el caudal económico que recibía la Corona en su pugna imperialista con Inglaterra. Para ello, se planteó limitar el poder de

74 *Ibid.*, p. 175.

las corporaciones novohispanas como Iglesia, comerciantes y mineros, y así beneficiar la recaudación de la monarquía.

Por otra parte, el legado ilustrado de los jesuitas a los criollos novohispanos del siglo XVIII se hizo sentir cuando asumieron la Ilustración como una ruptura con las tradiciones médicas escolásticas; es decir, la aristotélica, hipocrática, galénica y popular que habían prevalecido hasta entonces. Fueron ellos quienes consideraron por primera vez que la partería había sido abandonada al arbitrio de viejas “ignorantes” y “supersticiosas” que en su mayoría pertenecían a grupos sociales “impuros” y de “la más baja calidad”. Ellos pugnarón por la “dignificación” de la medicina y la partería mediante la aplicación del método científico para validar nuevos medicamentos y la experimentación de nuevas técnicas e instrumentos obstétricos. El cuadro de “abandono” era completado, según ellos, por la nula regulación y examinación institucional sobre las parteras y con la decadencia en la enseñanza escolástica de la universidad.

La partería novohispana no quedó al margen de la Ilustración. Algunos criollos intelectuales asimilaron el pensamiento ilustrado que les llegaba a través de obras escritas provenientes de Europa, y lo hicieron de manera creativa al adecuarlo a las necesidades y peculiaridades de la realidad novohispana; por ello, identificaron su nueva ciencia como “nacional”. Este modo de asimilar la Ilustración estuvo en estrecho vínculo con el “criollismo científico”, que había nacido en el siglo XVII⁷⁵ y que había sido alimentado por los jesuitas hasta su expulsión en 1767.

Fueron esos médicos criollos ilustrados del siglo XVIII los primeros en desplegar una serie de críticas hacia las tradiciones médicas hipocrática⁷⁶ y popular, con el propósito de trascenderlas. También

75 J. J. Saldaña, *Ciudad de México, metrópoli científica: una historia de la ciencia en situación*, 2012, pp. 253-315.

76 Esta escuela fue inaugurada por el médico griego Hipócrates (460-370), quien ha sido considerado el padre de la medicina; probablemente nació en la isla de Cos, donde ya existía una escuela médica prestigiada. La escuela hipocrática se basó en la teoría de los fluidos en correspondencia con los cuatro elementos. El corpus hipocrático es el legado de esta escuela y se conforma por más de 50 escritos. En ellos se tratan materias diversas, como la práctica médica, la dietética, la ginecología y obstetricia, la anatomía, y las causas de las enfermedades y su tratamiento. Ciertos textos representan verdaderos tratados, otros son breves ensayos e,

fueron ellos los primeros novohispanos en declarar que la partería presentaba un estado de abandono. En sus argumentos se pueden identificar tres elementos básicos; el principal tenía que ver con el menosprecio médico hacia la obstetricia, el cual había sido heredado por la tradición peripatética.⁷⁷ Esta situación, a sus ojos, había acreado la decadencia en la enseñanza médica novohispana, porque había mantenido el modelo escolástico y eliminado la experimentación, quedándose al margen de la revolución científica que bullía en Europa, particularmente en Francia. En este último país, los médicos habían comenzado a incursionar en el ámbito de la obstetricia para promover el progreso científico, basado en la promoción educativa de los estudiosos de la medicina.

El primer elemento, antes descrito llevó, según los ilustrados, a que la obstetricia fuese abandonada por los médicos y dejada en manos de mujeres, consideradas como pobres, ignorantes y supersticiosas.⁷⁸ Los médicos dieciochescos completaron este cuadro de abandono con el tercer argumento de que existía una nula regulación institucional sobre las parteras. Estos tres elementos básicos fueron el fundamento de la idea de que el “arte de los partos” en España y Nueva España se hallaba en un estado de “abandono”.⁷⁹

Medio siglo más tarde los médicos decimonónicos hicieron eco de la percepción de sus colegas del siglo XVIII acerca de que, durante el periodo colonial, la partería había experimentado una degrada-

incluso, algunos parecen ser apuntes para clases magistrales. Existen diversas opiniones con respecto a la autoría de esos textos y a las fechas en que fueron escritos. La mayoría de los expertos supone que sólo unos pocos corresponden a obras del propio Hipócrates y el resto son de médicos de la escuela hipocrática entre el siglo V y hasta mediados del IV a. C., incluyendo algunos posteriores a ese periodo.

77 El modelo peripatético estaba basado fundamentalmente en la escuela aristotélica y en los textos clásicos griegos (Hipócrates de Cos y Galeno de Pérgamo), y en la obras *El libro de la curación* y *El canon de medicina* del médico y filósofo persa, Avicena.

78 Nótese el contenido social de este señalamiento.

79 Cabe destacar que esta imagen promovida por algunos médicos del siglo XVIII no se corresponde cabalmente con los registros históricos de los siglos XVI y XVII, los cuales evidencian que el reconocimiento institucional sobre la importancia de la obstetricia se manifestó en el registro de la terapéutica indígena con fines religiosos y científicos, además, tanto en España como en Nueva España las parteras eran autorizadas por los cabildos y esto cambió a raíz del reglamento de 1750, en que el Protomedicato quedó facultado para examinarlas.

ción profunda que respondía a tres elementos primordiales: el menosprecio del oficio por parte de los médicos, la condición social y la ignorancia de las ejecutantes, y la falta de regulación gubernamental.

APUESTA DE LOS MÉDICOS ILUSTRADOS: PARTERAS, ASISTENTES DE ELLOS

El doctor José Ignacio Bartolache fue un médico y matemático criollo nacido en el seno de una familia humilde guanajuatense, el 30 de marzo de 1739. Sus dotes intelectuales fueron reconocidas desde pequeño por un familiar que financió sus estudios infantiles y juveniles, hasta su formación universitaria en filosofía y teología; de esta última fue expulsado por seguir el pensamiento del controvertido teólogo español Melchor Cano. Habiendo perdido el financiamiento familiar, el catedrático ilustrado, Luis de Velázquez, le ofreció cobijo y libros para que cursase la carrera de Medicina, de la que se graduó de licenciado y doctor en una misma semana del mes de junio de 1772, después de un largo y penoso proceso estudiantil. Ya en esas épocas había mostrado cierto tedio hacia esta disciplina “conjetural”, teniendo mayor inclinación por las ciencias exactas, como la física, la química y las matemáticas.⁸⁰

Su carácter inquieto, beligerante e innovador lo llevó a declarar su antagonismo, cargado de sarcasmo, hacia el modelo peripatético que imperaba en la Real Universidad de México. Con esta actitud, enseguida se granjeó declarados detractores que limitaron sistemáticamente sus aspiraciones de pertenecer al personal docente de dicha institución.⁸¹ A decir de José Antonio Alzate, el carácter “belicoso”

80 J. A. Alzate, “Elogio histórico del doctor José Ignacio Bartolache”, *Gaceta de Literatura de México*, 1831, p. 405.

81 Cabe señalar que en esta época se vivía una abierta confrontación entre los miembros de la Universidad de México y el poderoso ministro de Indias, José de Gálvez, encargado de aplicar las reformas borbónicas en Nueva España, cuyo fin era hacer más eficaces las instituciones político-administrativas para el beneficio de la Corona, encabezada por Carlos III, y facilitar la introducción del pensamiento ilustrado en el área científica, médica y botánica. Los catedráticos veían en Gálvez una amenaza a su estatus y monopolio científico, caracterizado por su tradición escolástica y por su rechazo a la ciencia ilustrada promovida por algunos criollos

de Bartolache lo llevó a entablar numerosos debates científicos que lo postularon como el precursor del pensamiento ilustrado en la medicina novohispana. De esta manera, Alzate, quien había cuestionado el método taxonómico de Linneo implantado por la Real Expedición Científica comandada por Martín Sessé,⁸² dio legitimidad al carácter pionero de Bartolache, y no a los científicos ilustrados enviados y financiados a instancias de la Corona española. Cabe mencionar que Bartolache sólo pudo colaborar poco tiempo con la expedición debido a que murió en 1890, a los 51 años.

Las limitaciones económicas que lo acompañaron buena parte de su vida lo impulsaron a buscar mecenazgos para sus estudios y también el apoyo de una comunidad científica ilustrada que le abrió algunas oportunidades laborales. Su protector, don Joaquín Velázquez de León, valorando sus cualidades matemáticas, le cedió su interinato en esta materia en 1768. No obstante, al quedar vacante esta plaza, no le fue concedida a Bartolache, aun cuando contaba con la experiencia de impartirla. Después de pasar unos años en constantes pugnas, logró ser nombrado catedrático de química, pero este beneficio resultó fugaz porque fue destituido. Después de esta derrota, se planteó un nuevo plan de vida que implicaría cierta humillación: “Pasó de doctor médico a servir una plaza de oficial en la contaduría de Casa de Moneda”. Posteriormente, llegó a ser contador real, cargo que conservó hasta el momento de su muerte.⁸³

Su espíritu emprendedor como profesional médico, físico y matemático tuvo mayor fuerza mientras vivió en la precariedad laboral y cargado de las deudas contraídas para realizar sus estudios. Algunos resultados de estas empresas fueron las *Lecciones de matemáticas* destinadas a los bachilleres (1769), el periódico *Mercurio Volante*

novohispanos. Para mayor detalle del contexto histórico este conflicto, véase J. J. Saldaña, *Ciudad de México...*, pp. 253-315.

82 Alzate entabló un férreo debate con Cervantes y Sessé: “Querer sustituir idiomas es extravagancia. Cuanto más seguro es denominar las cosas por el nombre que en el país en el que son indígenas, son conocidas”. A lo que Cervantes respondió: “el nuevo idioma botánico que propone [Alzate] es muy bueno para hablarlo en plazas y corrillos con indias herbolarias y verduleras, mas no en academias de literatos”. *Apud* G. Zamudio, “Linneo en México. La polémica sobre la sexualidad y la nomenclatura de las plantas”, *Ciencias*, 2007, pp. 67-68.

83 J. A. Alzate, “Elogio histórico del doctor...”.

(1772-1773)⁸⁴ y una fórmula vitaminada a base de hierro que había sido mejorada por él mismo y difundida mediante el folleto *Instrucción para el buen uso de las pastillas marciales ó fierro sutil* (1774).⁸⁵

El *Mercurio Volante* es el que interesa a este estudio historiográfico, porque se trata del primer periódico semanal de carácter médico publicado en la Nueva España; tuvo una existencia fugaz que relumbró en octubre de 1772 y se extinguió en febrero del siguiente año. Su objetivo era divulgar el pensamiento ilustrado del ámbito médico y físico, y hacerlo de una manera accesible. Desde el primer ejemplar, el autor declaró su orientación:

Protesto ante todas las cosas (y entiéndase de una vez para siempre) que no trato de erigirme en catedrático de los hombres instruidos, ni dar lecciones a aquellos de quienes yo he tomado muchas en calidad de discípulo; solamente miro hacia los que no saben, ni son sujetos de carrera, pudiendo serlo, y a lo que llamamos vulgo, gente que pasa en todo el mundo por ignorante y ruda profesión, aunque no todo por su culpa.⁸⁶

Esta declaración resulta importante para el análisis de la opinión de Bartolache sobre las parteras, porque al declarar que su publicación no estaba destinada a hombres doctos, ponía en práctica su apuesta de educar a la gente común con el fin de ofrecer una ciencia práctica, útil y accesible a toda la población, y de esta manera hacer que el conocimiento científico dejase de ser privilegio de unos cuantos que hacían de él un símbolo de prestigio social, rancio e inútil a la sociedad, que estaba basado en un sistema de exclusión social y

84 El título original es *Mercurio Volante con Noticias Importantes y Curiosas sobre Varios Asuntos de Física y Medicina*. Para esta investigación se consultó la edición de 1983.

85 En este folleto, Bartolache recomendaba las pastillas de hierro en los siguientes casos: "Valen, pues las *pastillas Marciales* contra los *abortos* que proceden de debilidad = Contra la *inapetencia* = *Hidropesía anasarca* = *Agrios de estómago* = *Palidez con extenuación* = [...] *Fiebres intermitentes rebeldes* = *Hipocondría, mal histérico*", p. 3. No obstante, el médico recomendaba que no lo tomaran las preñadas ni las menstruantes.

86 J. I. Bartolache, "Verdadera idea de la buena física y de su grande utilidad", *Mercurio Volante...*, 1772, p. 13.

sexual imperante en el medio académico de aquel entonces. De esta manera, Bartolache planteaba su posición al respecto:

Nada diré en particular (porque ya otros lo han dicho) de las mujeres, sexo inicualemente abandonado y despreciado como inútil para las ciencias no más que por haberlo querido así los hombres, y no por otra razón. Ellas y los sencillos ignorantes podrán consolarse con tener alma en el cuerpo, dotada de las mismas potencias, tal vez quizá mejores que las de aquellos estudiantes graduados, a quienes tanto respetan por la reputación en que se tienen.⁸⁷

A lo largo de los números publicados se pueden observar reiterados ataques al apego a la tradición y a los sistemas que él consideraba “caducos”. Esta lucha constante es reflejo de la rivalidad existente entre el pensamiento ilustrado y el conservador, que marcó el escenario histórico de los siglos venideros.

Bartolache era partícipe de la idea de reivindicar el carácter científico de la medicina, liberándola de los dos factores principales de “desprestigio”: el ejercicio de empíricos y charlatanes, y el mantenimiento de modelos caducos. Esta visión se vio reflejada en la posición que asumió frente a la partería y que incluyó en el número 6 de su *Mercurio Volante*, que estaba dedicado al mal histérico.⁸⁸

Para finalizar el desarrollo de sus propias conjeturas sobre las maneras en que la histeria femenina se presentaba en tierras novohispanas y cómo debería ser atendida, Bartolache expuso somera, pero contundentemente, su crítica hacia las parteras. Cabe destacar que el último párrafo de su artículo estaba dirigido de manera especial a las “damas seglares”; es decir, a mujeres de clases prominentes o aquellas medianamente instruidas. Criticaba que ellas se abandonasen en sus preñados y partos a la “indiscreción de las parteras, sus comadres”.⁸⁹

87 *Ibid.*, p. 14.

88 J. I. Bartolache, “Avisos acerca del mal histérico que llaman latido”, *Mercurio Volante*..., 1772, p. 64.

89 *Ibid.*, p. 63.

El médico consideraba la “indiscreción” como la falta de prudencia en las “maniobras” de las parteras, ya que, a su parecer, con frecuencia éstas se tomaban “licencias y facultades” que causaban graves daños en las pacientes. Por otra parte, también criticó la relación de proximidad entre la partera y la parturienta, pues significó un conflicto para él, desde su posición de médico profesional, al ver minada su autoridad frente a las pacientes. Es por eso que Bartolache se quejaba amargamente de que “las personas que repugnarían un medicamento prescrito por un médico docto, toman los brebajes más absurdos y desatinados como sea de orden y mano de sus comadres”.⁹⁰ Resulta interesante que el médico pusiese tanto énfasis en las relaciones de familiaridad y confianza que mediaban entre mujeres y en el recelo que esto le provocaba, ya que en éstas no tenía cabida la figura de autoridad del médico. Su estrategia, por tanto, partió de infundir desconfianza en las damas seglares hacia sus comadres, al denostar sus prácticas más comunes:

¿Qué diremos de los sacudimientos para poner a la criatura en su lugar? Porque no hablo ahora del misterioso baño que toman las paridas, maestrando las ceremonias una viejecilla ignorante y ridículamente supersticiosa. Esto es cosa de risa.⁹¹

Desde su óptica de científico moderno, Bartolache intentaba deslegitimar las relaciones tradicionales que se daban en torno al nacimiento humano y consideraba que el sentido espiritual de las parteras carecía de valor científico, de ahí que intentara ridiculizar sus actividades, minimizando sus funciones a ciertas prácticas que habían permanecido, por siglos, en la preocupación de los hombres doctos por el peligro de la superstición originada de la ignorancia.

El conflicto de Bartolache iba más allá de las comadres y tenía que ver con el carácter conjetural de su disciplina, que no se adecua-

90 *Ibid.*, p. 64

91 *Loc. cit.* El misterioso baño al que se refiere Bartolache es el temazcal, una especie de baño de vapor y hierbas que tiene una larga tradición indígena entre las parteras para las embarazadas y recién paridas.

ba a su inclinación intelectual hacia las ciencias exactas. Su biógrafo, José Antonio Alzate, nos hace saber que su aversión a la medicina también se debía a la complicada relación habida entre el médico y su paciente:

Finalizado su estudio médico examinado con aplauso, comenzó a practicar la medicina, siempre con tedio, porque era facultad que no se avenía con su metódico modo de pensar: ¿y en verdad, podrá reducirse a la práctica de la medicina, ciencia conjetural, como confiesan los verdaderos facultativos, quien está hecho a resolver un problema de geometría, sin que le quede al entendimiento la menor duda? ¿Podrá, finalmente, tolerar que lo hagan responsable, si se verificó la muerte, y que, si el restablecimiento de la salud es la resulta, se atribuya a la naturaleza o a la aplicación de algún medicamento ministrado por algún empírico? Tenía, pues, el Sr. Bartolache suficientes fundamentos para procurar separarse de la práctica de la medicina: así lo consiguió como ya diré.⁹²

Contrarrestar la falta de reconocimiento social hacia la medicina fue la siguiente apuesta de Bartolache. Consistió en concluir su sentencia con una afirmación contundente que estaba dirigida a las damas seglares y reivindicaba la figura del médico como ejecutante óptimo en la atención común de los partos:

Hablemos claro, señoras: mientras no aprendieren estas mujeres el *arte de partear*, escrita y perfeccionada por hombres muy hábiles, es disparate fiarse de las comadres para otra cosa que recibir y bañar a la criatura y mudar ropa limpia a la parida.⁹³

Esta propuesta es muy interesante por varios motivos. El primero es que considera que el arte de partear había sido “perfeccionado” por hombres hábiles. El autor no dejó en claro en qué consistía tal perfeccionamiento de la técnica y tampoco especificó quiénes eran

92 J. A. Alzate, “Elogio histórico...”, p. 64.

93 J. I. Bartolache, “Avisos acerca del mal...”, p. 64. Las cursivas son de la autora.

esos “hombres muy hábiles”. Probablemente se refería a los médicos franceses, que habían incursionado en el oficio desde el siglo xvii⁹⁴ y cuyas soluciones obstétricas, caracterizadas por el uso de múltiples instrumentos quirúrgicos y de la posición horizontal (litotomía) de las mujeres durante su labor de parto, habían comenzado a ser reconocidas como válidas para el nuevo paradigma de la atención “racional” del parto en Europa.

Se podría afirmar que la sentencia que el doctor ilustrado emitió sobre el trabajo de las parteras careció de un estudio propio, metódico y juicioso, que le sustentase; más bien, estaba basada en sus experiencias médicas estudiantiles y repetía el modelo de los médicos ilustrados de aquel entonces. La sarcástica crítica de Bartolache evidenció una gran necesidad de autoafirmación ante las condiciones adversas, la falta de respaldo institucional y una profunda falta de autoridad ante las mujeres novohispanas. Esto debido a que fue el primero en asimilar los cambios médicos producidos por el viento de la Ilustración que se levantaba en Europa, los cuales llegaron a México con más fuerza a fines de siglo, bajo el auspicio de las reformas borbónicas impulsadas por Carlos III.

REFORMAS BORBÓNICAS CONSOLIDAN LA FIGURA DE LOS CIRUJANOS PARTEROS

La Real Expedición Científica (1787-1803), comandada por Martín Sessé y Vicente Cervantes, en principio tenía el propósito de completar la obra botánica del protomédico Francisco Hernández.⁹⁵ No

94 Recordemos a Julien Clément, pionero en la atención de partos de la aristocracia francesa e introductor de la posición de cúbito supino y precursor, en 1707, de la obstetricia masculina en España, a instancias de la recién instaurada dinastía borbónica.

95 Entre 1571 y 1577, el protomédico general de Indias, Francisco Hernández, realizó la primera expedición botánica en Nueva España, que dio como fruto la magna obra *Historia natural de la Nueva España*, escrita originalmente en latín e ilustrada en detalle. Esta obra fue traducida al castellano y reeditada por el dominico Francisco Ximénez, bajo el título *Quatro libros de la naturaleza y virtudes de las plantas y animales que estas recibidos en el uso de medicina en Nueva España, y la método y corrección y preparación, que para administrarlas se requiere con lo que el doctor Francisco Hernández escribió en lengua latina*, 1615.

obstante, fue mucho más allá, ya que constituyó la primera gran acción para institucionalizar la medicina ilustrada que respondiera a las nuevas necesidades científicas: formación botánica, quirúrgica y pragmática de los médicos, mediante la fundación de establecimientos como la cátedra de Cirugía (1768),⁹⁶ el Jardín Botánico de México (1788), la cátedra de Botánica, y las salas de observación en los hospitales Real de los Naturales y de San Andrés.⁹⁷ Ésta fue la semilla que dio vida al proyecto obstétrico ilustrado, ya que de ahí se formó a los que más adelante, en el siglo XIX, consolidaron la figura de los cirujanos parteros.

A pesar de las vicisitudes que afrontaron los autores en el contexto de la invasión napoleónica a España y la Guerra de Independencia de México, los frutos de la expedición fueron abundantes: *Flora mexicana*⁹⁸ y *Plantae Novae Hispaniae*,⁹⁹ escritas por Martín Sessé y José Mociño, y *Ensayo para la materia médica mexicana*,¹⁰⁰ de Cervantes. Los autores de estas obras retomaron gran parte del saber popular de los indígenas, experimentaron con ellos en el Hospital de los Naturales y lo sistematizaron en términos científico-modernos, mediante el sistema taxonómico de Carlos Linneo. En este proceso, la nomenclatura científica en muchos casos desconoció el origen epistemológico de las plantas medicinales y, por lo tanto, canceló la autoría indígena y de las parteras.¹⁰¹

96 A decir de Martha Eugenia Rodríguez, "El Colegio de Cirugía fue un medio idóneo para la difusión de la ciencia europea y tuvo la ventaja sobre la Universidad de tener una enseñanza experimental". Véase "La medicina científica y su difusión en Nueva España", *Estudios de Historia Novohispana*, 1992, p. 184.

97 En la universidad tardó uno años más en introducirse la cátedra de Clínica de Medicina Práctica; el 8 de junio de 1805 "fue autorizada por el rey Carlos IV y legalizada por el claustro universitario el 26 de agosto de 1806. La cátedra la impartió el doctor Montaña en el Hospital de San Andrés. Inicialmente fue optativa para los estudiantes de Medicina y a partir de 1808 se hizo obligatoria". *Loc. cit.*

98 Se consultó la edición de 1824, publicada por la Secretaría de Fomento. La obra original fue redactada en latín.

99 Se consultó la edición de 1893, publicada por la Secretaría de Fomento.

100 Se consultó la edición de 1932, publicada por la Oficina del Hospital de San Pedro, en Puebla.

101 Es por ello que José Antonio Alzate entabló un férreo debate con Cervantes y Sessé. Véase la nota 82.

Por último, resulta significativo que Cervantes, en honor del médico José Luis Montaña, haya nombrado como *Montanoa tormentosa* a la *cihuapatli*, una planta tradicionalmente usada por las parteras indígenas para estimular las contracciones uterinas, cuyo nombre significa en náhuatl “medicina de la mujer”. Esto es significativo porque evidencia la apropiación del saber de las parteras por parte de la ciencia moderna, al prohibirles suministrar cualquier tipo de medicamentos, cuyo uso era exclusivo de médicos y cirujanos.

CONCLUSIONES

Después del largo recorrido que hemos hecho en torno al proceso de modernización de la obstetricia, se puede decir que las políticas reformistas emprendidas por la dinastía borbónica en España y sus colonias, desde inicios del siglo XVIII, iniciaron un proceso de modernización del arte de los partos que consistió en impulsar la figura de los cirujanos como protagonistas, dejando a las parteras un papel secundario. Es por ello que el reglamento de 1750 diferenció cuantitativa y cualitativamente la formación y las competencias de unas y otros: mientras que intentó paliar la ignorancia de las comadres mediante una cartilla de instrucción con información básica para que atendieran partos normales, a los varones se les prohibió ejercer como parteros, pues legalmente sólo estaban facultados para intervenir en partos distócicos, para lo cual debían formarse como cirujanos y desarrollar una práctica de disección anatómica, instrumentalización quirúrgica, conocimientos de botánica y química, entre otros.

Esta medida generó una relación tensa entre parteras y cirujanos por varios motivos: ellos, por un lado, no podían especializarse oficialmente en ser parteros como en Francia, sino que sólo debían atender los casos difíciles en los que las matronas no habían podido hacer más. El que las parteras fueran obligadas a recurrir a cirujanos en los partos difíciles dio pie a que ellos se proclamaran como redentores de la obstetricia y que aprovecharan esa oportunidad para tildarlas de ignorantes y reivindicar su derecho de ejercer la profesión

en toda su extensión; además, esta legislación negó a las comadres la facultad de prescribir cualquier medicamento o sustancia, para ello debían tener la autorización de un médico, esto con miras a reducir su campo de acción en cuanto a anticonceptivos y abortivos.

En este contexto, también hubo voces disidentes, como fue el caso de Feijoo, que propusieron formarlas al igual que los varones para que continuaran presidiendo el oficio por motivos morales, pero no tuvieron trascendencia histórica alguna.

Lo que sí fue un hecho es que para fines del XIX en España ya era común la atención de los comadrones, quienes accedían y desarrollaban el conocimiento científico en torno a la obstetricia. Sin embargo, su ámbito de acción se limitaba a las mujeres de clases acaudaladas. Ellos recibían buenas recompensas por sus servicios, mientras que las parteras, que no poseían medios suficientes ni podían acceder a una formación ilustrada, atendían a las mujeres pobres, o bien, acompañaban a los comadrones en la atención de las acaudaladas. En este caso, las pobres quedaron excluidas o fueron usadas como objeto de experimentación de los médicos practicantes en los hospitales.

En esta época, las voces teológico-morales y las ilustradas se complementaron para prohibir la contravención del embarazo en todas sus formas, incluidas el aborto y la anticoncepción, basándose en un discurso animista desde la concepción y no a partir de los 90 días, como marcaba la tradición aristotélica y tomista. Surgió así una obsesión por impartir el bautismo a fetos de cualquier estado de desarrollo, con lo cual se promovió la cesárea *post mortem* a manos de cirujanos o sacerdotes. Esta práctica sería idónea ante la necesidad de experimentación anatómica y de autopsia de los médicos.

En Nueva España esta tendencia tuvo sus primeras manifestaciones durante el último tercio del siglo XVIII a instancias de médicos criollos ilustrados como Bartolache, pero se instauró de manera institucional con el auspicio de la Corona borbónica a la expedición científica de médicos españoles y a la fundación de organismos que formarían a los futuros médicos cirujanos en botánica, anatomía, cirugía y obstetricia. No obstante, la “revolución obstétrica” en México tuvo mayor impacto a partir de la década de 1830, en el contexto

de formación como Estado independiente, y llevó al confinamiento paulatino de la figura de la partera, quien pasó a tener un papel secundario como asistente del cirujano.¹⁰²

La batalla masculina para acceder al poder sobre el cuerpo de las mujeres requirió la cancelación de la autoridad femenina en el campo de la ginecología; para ello, se valió de la premeditación, la alevosía y la ventaja de su posición política, social y de género. Si se toma en cuenta que la alevosía es el aprovechamiento de un estado de indefensión de la víctima, se mantuvo a las parteras excluidas de los ámbitos de toma de decisiones políticas y de la formación universitaria. Esto imposibilitó que pudieran poner en circulación oficial sus saberes, como fue el caso de Luisa Rosado. Por tanto, se negó su autoría y su derecho de réplica, en términos técnicos y éticos, ante el método científico masculino que ponía el cuerpo de las mujeres, en sus distintos estados, en una condición de objeto de conocimiento, y a la partera, en subordinación con respecto al médico docto.¹⁰³

La alevosía de los médicos también se manifestó al proclamar, desde su posición de privilegio y exclusividad, la ignorancia y vulgaridad de las parteras, negándoles, además, el acceso a los medios

102 Sobre este proceso se recomiendan los siguientes estudios: A. Staples, "El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: de conocimiento empírico al estudio médico", en J. Tuñón (comp.), *Enjaular los cuerpos: normativas decimonónicas y feminidad en México*, 2008; A. Staples, "Las parteras en el México decimonónico", *Revista GénEros*, 2000; A. M. Carrillo, "Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México", *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 1999.

103 Sobre este aspecto es representativa la obra de Roberto Uribe, quien estudia el nacimiento de la escuela de ginecología, y señala que durante ese periodo: "La mujer es inventada no sólo para el reconocimiento de su importancia en el embarazo, parto y nacimiento, sino por la toma del poder social y político que hace del hombre un participante consciente del proceso y facilita la fundación de una especialidad médica: la ginecología y la obstetricia. [...] La medicina como filosofía, arte y ciencia se apodera de la reproducción, primero, mediante la atención del parto, conociendo sus complicaciones y después, de manera progresiva, de la patología de la mujer que había permanecido alejada del interés de la medicina de entonces. Se retoma la tradición griega y se añaden los avances científicos de la física y la mecánica, iniciando uno de los capítulos más floridos de la historia de la medicina: la cirugía de la patología gineco-obstétrica. [...] En este libro se toma como ejemplo lo sucedido en la Nueva España y su transición a país independiente; se recogen los hechos más prominentes, su repercusión médica y social, así como las personalidades que constituyeron la avanzada del conocimiento, la implantación del arte de los partos, su difusión y enseñanza, con lo que se inicia una escuela médica". R. Uribe Elias, *La invención de la mujer. Nacimiento de una escuela médica*, 2002, p. 12.

de ascenso social a través de la formación universitaria, el reconocimiento público y la legitimación científica de sus saberes. Cabe mencionar que durante este proceso la labor de cuidado que ellas ejercían fue infravalorada con respecto a la actuación “activa” e instrumental de los cirujanos.

En esta batalla, los médicos también tuvieron una amplia ventaja frente a las parteras, dados los privilegios de que gozaban por ser varones. Así, la estructura jerárquica que guardaba la profesión médica era un medio de legitimación del conocimiento a través de grupos de poder, de los cuales, por supuesto, estuvieron excluidas las mujeres en México hasta fines del siglo XIX, cuando se titularon las primeras médicas.¹⁰⁴

Ellos también actuaron con premeditación, al promover discursos que exaltaban las patologías de un proceso fisiológico como es el parto. A partir de esta visión se infunde miedo en las parturientas, con el fin de romper la relación de confianza consigo mismas y con su cuerpo, y hacia las mujeres que las acompañaban en el alumbramiento. Bartolache es un claro ejemplo de esto, ya que apostó por infundir desconfianza y miedo en ellas para que, corroídas en su integridad física y mental, dejasen su poder en manos de los hombres doctos, y de este modo hacerlas objeto de experimentación científica masculina.

Por último, es necesario afirmar que todo esto significó no sólo una precarización del ejercicio profesional de las parteras, sino la usurpación de su figura, orquestada en cuatro movimientos. El primero consistió en la infravaloración de su trabajo de cuidado y se acompañó de la proclamación de su ignorancia y vulgaridad. El segundo movimiento tuvo que ver con la apropiación “científica” del

104 Matilde Montoya fue la primera médica titulada en México. Presentó su examen en 1887 y, antes de esto, ejerció como partera y continuó haciéndolo aun con la obstrucción de muchos médicos en la ciudad de Puebla, recelosos de su éxito profesional en la ginecología, la obstetricia y la pediatría. Tuvieron que pasar más de 10 años para que se titulara la segunda generación de médicas. Se recomiendan los siguientes estudios sobre la primera médica mexicana: L. Wright de Kleinhans, “Matilde Montoya”, en *idem*, *Mujeres notables mexicanas*, 1910; A. Lau y C. Ramos, “Matilde Montoya”, *Mujeres y Revolución (1900-1917)*, 1993; M. L. Alvarado, “Matilde Montoya: primera medica mexicana”, *Ciencia y desarrollo*, 1994; A. Carrillo, *María Matilde Montoya: primera medica mexicana*, 2002.

saber médico indígena y tradicional de las parteras, a través de la imposición de una nomenclatura científica que omitió su autoría. El tercero consistió en la exclusión de las comadres de los medios de producción y legitimación del conocimiento científico. Y el cuarto, en la promoción de la figura masculina como la más competente en materia obstétrica, mediante su formación práctica en materia quirúrgico-instrumental, mecánica, anatómica y botánica, haciendo del cuerpo femenino, en sus distintos estados, un objeto de estudio científico masculino.

Esta usurpación tuvo como fin último la toma del control del cuerpo femenino y de su capacidad reproductiva por parte del patriarcado moderno, en el contexto de las revoluciones burguesas que llevaron a la formación de los Estados nación y que dieron paso a una fase de expansión imperialista basada en el capitalismo industrial. En este panorama, las matronas, siendo parte del colectivo de mujeres sabias, ya no fueron perseguidas bajo el estigma de la brujería, como en los siglos XVI y XVII,¹⁰⁵ sino de la vulgaridad y la ignorancia. Es por ello que la nueva óptica científica no pretendió exterminarlas, sino incluirlas en el nuevo modelo en una posición subordinada.

REFERENCIAS

- Alvarado, María de Lourdes, “Matilde Montoya: primera médica mexicana”, *Ciencia y Desarrollo*, vol. 20, núm. 118, septiembre-octubre, 1994, pp. 70-73.
- Alzate, José Antonio, “Elogio histórico del doctor José Ignacio Bartolache”, *Gaceta de Literatura de México*, t. I, 3 de agosto, 1831, pp. 405-414.
- Bartolache, José Ignacio, *Mercurio Volante, 1772-1773*, 2.^a ed., introducción de Roberto Moreno, México, UNAM, 1983.
- Bartolache, José Ignacio, *Instrucción para el buen uso de las pastillas marciales ó fierro sutil. Medicamento comunicado al público por el Dr.*

105 Este estudio partió del análisis sobre la persecución de las brujas en los siglos XVI y XVII de Silvia Federici en su obra *Calibán y la bruja*, pero se enfocó en el siglo XVIII.

- D. Joseph Ignacio Bartolache, *medico aprobado, catedrático profesor de Medicina en la Real Universidad de México, y socio de la Real Sociedad Vascongada de los Amigos del País*, México, 19 de agosto, 1774, <<http://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-2542047R-bk>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Bartolache, José Ignacio, “Avisos acerca del mal histérico, que llaman latido”, *Mercurio Volante con Noticias Importantes y Curiosas sobre Varios Asuntos de Física y Medicina*, núm. 6, 25 de noviembre, 1772, pp. 55-64.
- Bartolache, José Ignacio, “Verdadera idea de la buena física y de su grande utilidad”, *Mercurio Volante con Noticias Importantes y Curiosas sobre Varios Asuntos de Física y Medicina*, núm. 2, 28 de octubre, 1772, pp. 12-22.
- Bruguera y Cortada, Miguel, “Andreu Montaner i Virgili (Falset, 1740 - Mèxic d. 1784) Biografía”, *Galeria de Metges Catalans, s.d.*, <<http://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=LDH>>, consultado el 30 enero, 2019 (entrada de blog).
- Bucareli y Ursúa, Antonio, [Ordenanza que establece la obligación de practicar operación cesárea en mujeres difuntas], noviembre de 1772, <http://www.archivo.cehmcars.com.mx/janium-bin/janium_zui.pl?jzd=/janium/JZD/I-2/7-38/522/I-2.7-38.522.jzd&fn=37571>, 7 de diciembre, 2018.
- Cabré, Montserrat y Teresa Ortiz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, Barcelona, Icaria, 2001.
- Camacaro Cuevas, Marbella, “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica”, *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 14, núm. 32, 2009, pp. 147-162, <<http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/2183>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Cangiamilla, Francesco Emmanuel, *Embriología sagrada, tratado de la obligación que tienen los curas, confesores, médicos, comadres y otras personas, de cooperar la salvación de los niños que aún no han nacido, de los que nacen al parecer muertos, de los abortivos, de los monstruos, etc.*, Madrid, Pedro Marín, 1774, <https://play.google.com/store/books/details/Francesco_Emanuele_Cangiamila_

- Abr%C3%A9g%C3%A9_de_l_embryolo?id=aOG9viT8Qk4C>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Cangiamilla, Francesco Emmanuel, *Abregé de l'embryologie sacrée ou traite des devoirs*, 2.^a ed., París, Chez Nyon, 1766.
- Cangiamilla, Francesco Emmanuel, *Embriología sagrada, tratado de la obligación que tienen los curas, confesores, médicos, comadres y otras personas, de cooperar la salvación de los niños que aún no han nacido, de los que nacen al parecer muertos, de los abortivos, de los monstruos, etc.*, 2.^a ed., Madrid, Pedro Marín, 1758.
- Cangiamilla, Francesco Emmanuel, *Embryologia sacra de officio sacerdotum, medicorum, et aliorum circa aeternam parvulorum in utero exiftentium falutem*, Panormi, Francisci Valenza, 1758.
- Cangiamilla, Francesco Emmanuel, *Embriologia sacra ouvero dell' uffizio de'sacerdoti, medici e superiori, circa l'eterna falute de' bambini racchiufi nell' utero*, Milan, Giuseppe Cairoli, 1751.
- Cangiamilla, Francesco Emmanuel, *Embryologia sacra de officio sacerdotum, medicorum, et aliorum circa aeternam parvulorum in utero exiftentium falutem*, Palermo, 1745, <https://play.google.com/store/books/details?id=zvxbW_rrubsC&rdid=book-zvxbW_rrubsC&dot=1>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Carbón, Damián, *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*, Mallorca, Hernando de Cansoles, 1541, <http://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/consulta_libro.asp?ref=X532352768&idioma=0>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Carrillo, Ana María, “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, *Dynamis: acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, vol. 19, 1999, pp. 167-190.
- Carrillo, Ana María, *María Matilde Montoya: primera medica mexicana*, México, DEMAC, 2002.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, *Revista Conamed*, vol. 19, núm 1, enero-marzo, 2014, pp. 37-42, <<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24/22>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.

- Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”, *Género y Política en Salud*, México, SSA-Unifem, 2003.
- Cervantes, Vicente, *Ensayo para la materia médica mexicana*, Puebla, Oficina del Hospital de San Pedro, 1932, <<https://ia600307.us.archive.org/0/items/61540040R.nlm.nih.gov/61540040R.pdf>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Cobo, Rosa, “Feminidad y familia patriarcal”, en *Fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jaques Rousseau*, Madrid, Cátedra, 1995, pp. 241-249.
- Conde Fernández, Fernando, “Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico”, *Discursos Académicos*, núm. 49, 13 de diciembre, 2011.
- Cuadrada, Coral, “Dar a luz: reflexiones sobre la maternidad”, *Destiempos*, núm. 40, agosto-septiembre, 2014, pp. 60-86, <<http://www.destiempos.com/n40/RevistaDestiempos40.pdf>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Federici, Silvia, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Madrid, Traficantes de Sueños, 2010, <<https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Feijoo, Benito Jerónimo, “Carta XVII. Uso más honesto de la arte obstétrica”, en *Cartas eruditas y curiosas (1742-1760)*, Madrid, Imprenta Real de la Gazeta, a costa de la Real Compañía de Impresores y Libreros, 1773, pp. 234-239, <<http://www.filosofia.org/bjf/bjfc217.htm#c217pt06>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Filippini, Nadia María, *La nascita straordinaria. Tra madre e figlio la rivoluzione del taglio cesareo (sec. XVIII-XIX)*, Milán, R. Angelí, 1995.
- García Herrero, María del Carmen, “Administrar el parto y recibir la criatura: aportación al estudio de obstetricia bajomedieval”, *Aragón en la Edad Media*, núm. 8, 1989, pp. 283-292.
- Gómez Gómez, Agustín, “La iconografía del parto en el arte románico hispánico”, *Príncipe de Viana*, año 59, núm. 213, 1998, pp. 79-102.
- Junta de Caridad del Hospicio, “Pequeño Departamento de Partos Reservados”, *Ordenanzas para el gobierno del Hospicio de Pobres de la Ciudad de México en sus quatro departamentos*, México, Mariano

- de Zúñiga y Ontiveros, 1806, pp. 30-36 <<https://archive.org/details/b2934265x>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Lau, Ana y Carmen Ramos, “Matilde Montoya”, *Mujeres y Revolución (1900-1917)*, México, INEHRM/INAH/Conaculta, 1993, pp. 166-175.
- Martínez Vidal, Álar y José Pardo Tomás, “Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la Ilustración”, *Cronos. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. 4, núm.1, 2001, pp. 3-27.
- Medina, Antonio, *Cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear*, México, Doña María Fernández de Jáuregui, 1806.
- Medina, Antonio, *Cartilla nueva, útil, y necessária para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear*, Madrid, Oficina de Antonio Sanz, 1750.
- Montes Muñoz, María Jesús, “Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos”, tesis doctoral, Tarragona, Universidad Rovira i Virgili, 2007.
- Navas, Juan de, *Elementos del arte de partear*, Madrid, Imprenta Real, 1795.
- Ortiz Gómez, Teresa, “Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España ilustrada”, en Montserrat Cabré y Teresa Ortiz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, Barcelona, Icaria, 2001, pp. 165-189.
- Perena, Francisco, *Conclusiones breves y claras theológico-médico-legales contra la disertación médico-theológica que dio a luz Diego Matheo Zapata*, Madrid, Bernardo Peralta, 1733.
- Ravelo Rodríguez, Irina Adalberta, “Estudio historiográfico sobre el arte de las parteras en Nueva España”, tesis de maestría en Historia, México, UNAM, 2015.
- Rivera Garretas, María-Milagros, *La diferencia sexual en la historia*, Valencia, Universidad de Valencia, 2005.
- Rodríguez, Antonio José, *Nuevo aspecto de theologia médico-moral, y ambos derechos, o paradojas physico-theológico-legales. Obra critica, provechosa a párrocos, confesores, y profesores de ambos dere-*

- chos, y útil a médicos, phylósophos, y eruditos*, vol. 1, 3.^a ed., Madrid, Benito Cano, 1787.
- Rodríguez, Antonio José, *Nuevo aspecto de theologia médico-moral, y ambos derechos, o paradoxas physico-theológico-legales. Obra crítica, provechosa a párrocos, confesores, y profesores de ambos derechos, y útil a médicos, phylósophos, y eruditos*, vol. 4, 3.^a ed., Madrid, Benito Cano, 1787.
- Rodríguez, Antonio José, *Nuevo aspecto de theologia médico-moral, y ambos derechos, o paradoxas physico-theológico-legales. Obra crítica, provechosa a párrocos, confesores, y profesores de ambos derechos, y útil a médicos, phylósophos, y eruditos*, vol. 4, 1.^a ed., Madrid, Vda. Eliseo Sánchez, 1769.
- Rodríguez, Antonio José, *Nuevo aspecto de theologia médico-moral, y ambos derechos, o paradoxas physico-theológico-legales. Obra crítica, provechosa a párrocos, confesores, y profesores de ambos derechos, y útil a médicos, phylósophos, y eruditos*, vol. 3, 2.^a ed., Madrid, Imprenta Real de la Gaceta, 1764.
- Rodríguez, Antonio José, *Nuevo aspecto de theologia médico-moral, y ambos derechos, o paradoxas physico-theológico-legales. Obra crítica, provechosa a párrocos, confesores, y profesores de ambos derechos, y útil a médicos, phylósophos, y eruditos*, vol. 1, 2.^a ed., Madrid, Imprenta Real de la Gaceta, 1763.
- Rodríguez, Antonio José, *Nuevo aspecto de theologia médico-moral, y ambos derechos, o paradoxas physico-theológico-legales. Obra crítica, provechosa a párrocos, confesores, y profesores de ambos derechos, y útil a médicos, phylósophos, y eruditos*, vol. 2, 2.^a ed., Madrid, Imprenta Real de la Gaceta, 1763.
- Rodríguez, Antonio José, *Nuevo aspecto de theologia médico-moral, y ambos derechos, o paradoxas physico-theológico-legales. Obra crítica, provechosa a párrocos, confesores, y profesores de ambos derechos, y útil a médicos, phylósophos, y eruditos*, vol. 3, 1.^a ed., Zaragoza, Francisco Moreno, 1751.
- Rodríguez, Antonio José, *Nuevo aspecto de theologia médico-moral, y ambos derechos, o paradoxas physico-theológico-legales. Obra crítica, provechosa a párrocos, confesores, y profesores de ambos dere-*

- chos, y útil a médicos, phylósophos, y eruditos*, vol. 1, 1.^a ed., Zaragoza, Francisco Moreno, 1742.
- Rodríguez, José Manuel (trad.), “Cangiamilla”, en Francesco Emmanuel, *La caridad del sacerdote para con los niños enterrados en el vientre de sus madres difuntas. Y documentos de la utilidad y necesidad de su práctica*, México, Felipe de Zúñiga, 1773.
- Rodríguez, Martha Eugenia, “La medicina científica y su difusión en Nueva España”, *Estudios de Historia Novohispana*, núm. 12, 1992, pp. 181-193, <<http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/novohispana/pdf/novo12/novo12.html>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Romero, Catalina y Francisco de Solano (eds.), *Relaciones geográficas del arzobispado de México, 1743*, Madrid, CSIC, 1988.
- Ruiz Guadalajara, Juan Carlos, “Documento: ‘Con la sangre de todo un Dios’: La caridad del sacerdote para con los niños encerrados en el vientre de sus madres difuntas, y notas sobre la operación cesárea *post mortem* en el periodo novohispano tardío”, *Relaciones Estudios de Historia y Sociedad*, vol. XXIV, núm. 94, primavera, 2003, pp. 201-248, <<http://www.revistarelaciones.com/files/revistas/094/pdf/Documento.pdf>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Ruiz-Berdún, María Dolores, “La tradición obstétrica familiar en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, la hija de Juan de Navas”, *Cultura de los Cuidados*, año XVI, núm. 32, 2012, <<http://culturacuidados.ua.es/article/view/2012-n32-la-tradicion-obstetrica-familiar-en-el-real-colegio-de-cirurgia-de-san-carlos-de-madrid-concepcion-de-navas-la-hija-de-juan-de-navas>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Sahagún, Bernardino de, *Historia general de las cosas de la Nueva España*, libro 1, introd. y notas de Carlos María de Bustamante, México, Alejandro Valdés, 1829.
- Saldaña, Juan José, *Ciudad de México, metrópoli científica: una historia de la ciencia en situación*, México, Amatl/Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal, 2012.
- Segura, Ignacio, *Avisos saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación*, México, Felipe de Zúñiga y Ontiveros, 1775.
- Septién, José Manuel, *Historia de la ginecología y la obstetricia en México*, México, Institución Gineco-Obstetrica Santa Teresa, 1986.

- Sessé, Martín y José Mociño, *Flora mexicana*, 2.^a ed, México, Secretaría de Fomento, 1894.
- Sessé, Martín y José Mociño, *Plantae Novae Hispaniae nutu, ope et auspicio benignissimi regis Caroli IV*, México, Secretaría de Fomento, 1893.
- Staples, Anne, “El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: de conocimiento empírico al estudio médico”, en Julia Tuñón (comp.), *Enjaular los cuerpos: normativas decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colmex, 2008, pp. 185-226.
- Staples, Anne, “Las parteras en el México decimonónico”, *Revista Géneros*, vol. 7, núm. 21, junio, 2000, pp. 27-31.
- Tamés, Regina, “Violencia obstétrica: un fenómeno común, pero olvidado”, *Foreign Affairs Latinoamérica*, vol. 14, núm. 1, 2014, pp. 23-28.
- Torres Villarroel, Diego de, *Sueños morales, visiones y visitas de Torres por Madrid con D. Francisco de Quevedo; corregidos y aumentados con La barca de Aqueronte, residencia infernal de Plutón; Correo del otro mundo y Cartas respondidas a los muertos; Sacudimiento de mentecatos; Historia de historias, a imitación del Cuento de los Cuentos de Quevedo y El soplo de la justicia*, Barcelona, Imprenta y Litografía de J. Roger, 1843, <<http://bibliotecadigital.jcyl.es/i18n/consulta/registro.cmd?id=20940>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.
- Torres Villarroel, Diego de, “Visión y visita octava. Los comadrones”, en *Visiones y visitas de Torres con don Francisco de Quevedo por la corte*, en *Sueños morales. Corregidos y aumentados con el papel nuevo de La barca de Aqueronte y residencia infernal de Plutón*, Salamanca, Imp. de la Santa Cruz, [1743].
- Uribe Elías, Roberto, *La invención de la mujer. Nacimiento de una escuela médica*, México, FCE/BUAP, 2002.
- Virgili, Pedro, *Compendio del arte de partear compuesto para el uso de los reales colegios de cirugía*, Barcelona, Thomás Piferrer, 1765.
- Wright de Kleinhans, Laureana, “Matilde Montoya”, en *idem, Mujeres notables mexicanas*, México, Tipografía Económica, 1910, pp. 534-542.
- Ximénez, Francisco, *Quatro libros de la naturaleza y virtudes de las plantas y animales que estas recibidos en el uso de medicina en Nueva España*

ña, y la método y corrección y preparación, que para administrarlas se requiere con lo que el doctor Francisco Hernández escribió en lengua latina, México, viuda de Diego López Dávalos, 1615, <<https://www.wdl.org/es/item/7334/>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.

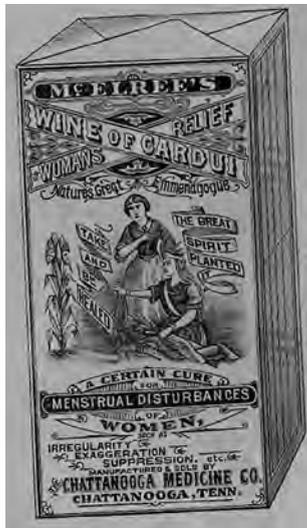
Zamudio, Graciela, “Linneo en México. La polémica sobre la sexualidad y la nomenclatura de las plantas”, *Ciencias*, núm. 87, julio-septiembre, 2007, pp. 64-69, <<http://www.ejournal.unam.mx/cns/no87/CNS087000011.pdf>>, consultado el 7 de diciembre, 2018.

Zapata, Diego Mateo, *Dissertación médico-theológica, que consagra a la serenísima señora princesa del Brasil*, Madrid, Don Gabriel del Barrio, 1733.

“ENTONAR LOS NERVIOS”. EL CASO DEL MEDICAMENTO CARDUI

Carolina Narváez Martínez

Ilustración 1. Presentación original del medicamento Cardui.



Fuente: H. Finley, "Cardui medicine for difficult menstruation, leucorrhoea, backache, headache, dizziness and general female diseases", *Museum of Menstruation and Women's Health*, s.d.

El Vino de Cardui fue un medicamento producido en Tennessee, Estados Unidos, y comercializado en las farmacias colombianas durante la primera mitad del siglo xx, que ofrecía curar a la “mártir de cada mes”.¹ Este producto dejó un rastro en el tiempo: imágenes

1 *Relator*, 13 de diciembre, 1930. En las citas de este periódico no siempre fue posible consignar la página debido a que en ocasiones era ilegible.

publicitarias publicadas con regularidad en periódicos de muy diversas regiones. Los anuncios del diario colombiano *Relator* durante las décadas de los treinta y cuarenta despertaron mi atención por reflejar las ideas sobre el cuerpo de la mujer en aquella época: un cuerpo que debía aceptar su predisposición a la enfermedad como condición natural. El Cardui, su auge y posterior desaparición, están inscritos en los procesos de consolidación de la industria farmacéutica y de la regulación política de los medicamentos. Así, el cuerpo femenino fue marcado con la diferencia sexual por la prensa y las farmacéuticas. Ser mujer implicaba una predisposición a la enfermedad. El Cardui es un medicamento que materializa el cambio de la botica a la farmacia, pues aunque tiene una receta de botica, está producido por una industria de patentes estadounidense que abrió mercado en América Latina.²

EL CARDUI Y LA IMAGEN DE LA MUJER

Las imágenes femeninas que publicaba el medicamento Cardui remitían a películas y afiches donde un pañuelo, anudado con un gran moño, recogía la cabellera de mujeres de ojos grandes, cabellos claros y labios rojos; eran las *pin up girls*.³ Mujeres atractivas por su actitud sugerente, pero carentes de historia para ser interpretadas. Su figura hiperfeminizada me parecía un indicador de la objetualización y comercialización del cuerpo de la mujer, aunque su actitud alegre, mirada sugerente y cuerpo macizo me resultaban atractivos por contraponerse a los delgados y semihambrientos cuerpos de las modelos del siglo XXI.

2 Este capítulo es resultado de la investigación desarrollada para la tesis "De la botica a la farmacia. La enfermedad de los nervios y el proceso de medicalización de la mujer a través de periódico *Relator*, Cali-Colombia, 1930-1940", 2014.

3 El término inglés *cheesecake* (pastel de queso) es un sinónimo de *pin up*. El uso más antiguo del término *cheesecake* data de 1934, pero su popularización se dio unos 20 años después, con la frase *better than a cheesecake* ("mejor que un pastel de queso", refiriéndose a una mujer guapa). "Pin up", *Wikipedia*, s.d.

El arquetipo de belleza femenino estadounidense fue exportado a América Latina, gráfica e ideológicamente. Existe una continuidad de estereotipos, imágenes y figuras de la mujer que se convirtieron en iconos usados con gran éxito en periódicos, revistas, postales, litografías y carteles publicitarios. Su imagen fue contradictoria: debía comprar y consumir medicamentos para calmar sus múltiples dolencias y, al mismo tiempo, mantener el perfil de belleza esperado. La escritora feminista Betty Friedan, en su texto *La mística de la feminidad*,⁴ denominó a las dolencias femeninas el “problema sin nombre”, síndrome que padecían las mujeres entregadas “felizmente” al trabajo doméstico, bajo las supresiones de las libertades públicas.

¿Cuál es la semejanza entre la *pin up* y la imagen que acompañó a la publicidad del Cardui? La figura usada para vender la cura de los trastornos nerviosos u otros males propios del sexo femenino no era exactamente la *pin up* de corte seductor, sino la mujer acongojada y asexuada. Sin embargo, estas dos figuras representan facetas de una misma mujer: en el espacio público era la *pin up* y, en el espacio privado, la mujer nerviosa. La primera, seductora y estereotipada, mostraba un desenvolvimiento corporal relacionado con el erotismo, que denotaba poder y habilidades en el espacio público; un espacio conquistado por ella después de haber tomado los medicamentos necesarios para acallar el mal nervioso. Mientras tanto, la mujer nerviosa, sin poder aparente y no medicalizada, resultaba poco atractiva; era quien desatendía sus responsabilidades como esposa: la lánguida, la egoísta.

La publicidad no dejaba lugar a dudas. El título es directo: “Sólo las mujeres saludables atraen a los hombres fuertes”. El resto del texto es muy explícito:

¿De qué sirve la belleza —piensan los hombres— si una mujer es débil o enfermiza, si es anémica o nerviosa? —Para la dicha del matrimonio lo principal es la salud-la vitalidad.

Es cierto que la gran mayoría de las mujeres está expuesta a la anemia y a trastornos que debilitan: pero en millares y millares de casos

4 En este capítulo se utiliza la edición de Cátedra de 2009.

se ha probado que la NER-VITA de Huxley es un remedio tan poderoso como agradable para proporcionar salud y robustez. Los elementos que necesita el cuerpo humano se hallan en la NER-VITA en forma fácilmente asimilable para producir efectos positivos y rápidos. Después de pocas dosis usted siente menos nerviosidad, más energía, más apetito, más vivacidad. Nota que el color de sus mejillas comienza a reflejar salud. Pruebe NER-VITA por un mes y vea la diferencia en su salud y bienestar. Recomendada en todo el mundo por la profesión médica. De venta en las buenas farmacias.

Un tónico sin ALCOHOL contiene en forma activa todos los elementos que necesita la sangre humana.⁵

Ilustración 2. “Sólo las mujeres saludables atraen a los hombres fuertes”.

Sólo las mujeres saludables atraen a los hombres fuertes

¿De qué vale la belleza—piensan los hombres—si una mujer es débil o enfermiza—o es ansiosa o nerviosa? —Para la dicha del matrimonio lo principal es la salud—la vitalidad.

Es cierto que la gran mayoría de las mujeres está encuesta a la anemia y a trastornos que debilitan pero en millares y millares de casos se ha probado que la NER-VITA de Huxley es un remedio tan poderoso como agradable para proporcionar salud y robustez. Los elementos que necesitan el cuerpo humano se hallan en la NER-VITA en forma fácilmente asimilable—para producir resultados positivos y rápidos.

Después de pocas dosis usted siente menos nerviosidad—más energía, más apetito, más vivacidad.

Nota que el color de sus mejillas comienza a reflejar salud. Pruebe NER-VITA por un mes y vea la diferencia en su salud y bienestar. Recomendada en todo el mundo por la profesión médica. De venta en las buenas farmacias.

UN TÓNICO SIN ALCOHOL
Contiene en forma activa todos los elementos que necesita la sangre humana.

NerVita
DEL DR. HUXLEY
Agentes General y Depositarios para Colombia: J. M. y N. E. Acosta Machado.— Agencias con depósitos en Bogotá: Hermides Pachilla; en Cali, Alberto Riascos

Fuente: *Relator*, 11 de diciembre, 1934.

5 “Sólo las mujeres saludables atraen a los hombres fuertes”, *Relator*, 11 de diciembre, 1934.

Los discursos publicitarios de las farmacéuticas se refieren al Cardui como el medicamento que ofrecía la cura para una de las enfermedades femeninas por excelencia: la enfermedad nerviosa asociada a los cambios producidos por el útero y el ciclo menstrual. Sin embargo, todas las personas podemos experimentar fallas en el sistema nervioso y no es más vulnerable el cuerpo de la mujer por el hecho de serlo. La enfermedad nerviosa fue una construcción social asociada al paradigma de género imperante en la época. La imagen de la mujer enferma y los medicamentos recomendados por las farmacéuticas a través de la publicidad son producto de una campaña internacional, que sin el proceso de comercialización y apertura de los mercados mundiales no hubiese tenido recepción.

Las imágenes del medicamento Cardui que se publicaron en el año de 1930 se acompañaban de profusos textos donde se manifestaban, reiteradamente, elementos clave del mensaje publicitario: las exigencias de los nuevos tiempos para la mujer y la necesidad de contrarrestar una naturaleza enferma a través del medicamento. Veamos algunos ejemplos.

La mujer llegaba al matrimonio en la ignorancia más completa. Y esa ignorancia tenía efecto deplorable en las funciones normales de su organismo, con los achaques y penalidades consiguientes. Pero ahora no.

La mujer moderna no se casa a ciegas. Se prepara para el matrimonio y la familia y es raro que, en el curso de la existencia, pierda un solo día por razón de desarreglos o irregularidades en el organismo femenino y en sus funciones. La mujer moderna toma Cardui para fortalecerse y entonarse.

Cardui es un extracto de yerbas tónicas que vigoriza y entona. Cardui regulariza el sistema femenino y libra así a la mujer de los mareos, depresión, dolores de espalda y jaquecas debidas al desarreglo de sus funciones periódicas. Todas las farmacias venden Cardui.⁶

⁶ "En otro tiempo...", *Relator*, 21 de enero, 1930, p. 2.

Ilustración 3. "En otro tiempo...".



En Otro Tiempo . . .

LA mujer llegaba al matrimonio en la ignorancia más completa. Y esa ignorancia tenía efecto deplorable en las funciones normales de su organismo, con los achaques y penalidades consiguientes. Pero ahora no.

La mujer moderna no se casa a ciegas. Se prepara para el matrimonio y la familia y es raro que, en el curso de la existencia, pierda un solo día por razón de desarreglos o irregularidades en el organismo femenino y en sus funciones. La mujer moderna toma Cardui para fortalecerse y entona:

Cardui es un extracto de yerbas tónicas que vigoriza y entona.

Cardui regulariza el sistema femenino y libra así a la mujer de los mareos, depresión, dolores de espalda y jaquecas debidas al desarreglo de sus funciones periódicas. Todas las farmacias venden Cardui.



Este es el precio exacto del paquete de Cardui. Reclamar sólo las farmacias.

CARDUI

Fuente: *Relator*, 21 de enero, 1930, p. 2.

En 1930, año en el que empezaron a sentirse los efectos de la Gran Depresión en Estados Unidos, el Cardui propagaba la imagen de una nueva mujer, saludable, con capacidad de elección matrimonial y dueña de su vida. El medicamento capaz de regularizar un “sistema femenino”, enfermo por naturaleza, se ofrecía como garante del bienestar físico que debía caracterizar a la mujer moderna.

Ilustración 4. “¡Estas jóvenes modernas...!”



¡Estas Jóvenes Modernas...!

CORTO el pelo, corta la falda; esbelto el cuerpecito repleto de actividad... ¿Es posible que estas muchachas modernas sucumban a periódicos achaques? ¡Nada de eso! Cada nuevo día abre para ellas nuevos horizontes: los deportes, los negocios, hasta la política, en que compiten con el hombre.

Las jaquecas, mareos y dolores que, cada mes, perturbaban la existencia de sus abuelas, resultan intolerables para estas jóvenes modernas y sanas.

Millares de ellas toman el tónico Cardui, que entona el sistema nervioso y regula las funciones normales femeninas, haciendo así desaparecer la posibilidad de periódicas penalidades.

Cardui es un extracto de yerbas tónicas que la ayudará a *Ud. también* a mantenerse sana y contenta, sin preocupaciones por antinuciosos achaques periódicos.



CARDUI

Este es el original
de la marca registrada
de la casa
Bayer S.A. de
Berlín, Alemania

Fuente: *Relator*, 17 de junio, 1930.

Corto el pelo, corta la falda; esbelto el cuerpecito repleto de actividad... ¿Es posible que estas muchachas modernas sucumban a periódicos achaques? ¡Nada de eso! Cada nuevo día abre para ellas nuevos horizontes: los deportes, los negocios, hasta la política, en que compiten con el hombre.

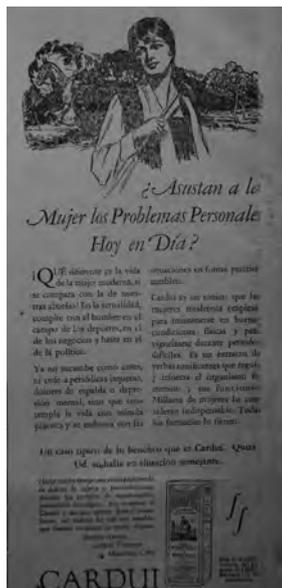
Las jaquecas, los mareos y dolores que, cada mes, perturbaban la existencia de sus abuelas, resultan intolerables para estas jóvenes modernas y sanas.

Millares de ellas toman el tónico Cardui, que entona el sistema nervioso y regula las funciones normales femeninas, haciendo así desaparecer la posibilidad de periódicas penalidades.

Cardui es un extracto de yerbas tónicas que la ayudará a ud. también a mantenerse sana y contenta, sin preocupaciones por anticuados achaques periódicos.⁷

La promoción de una nueva mujer por parte de las farmacéuticas internacionales a través de la publicidad aparece descrita puntualmente en el texto que acompaña esta imagen: una nueva moda (pelo corto, falda corta), una nueva estética del cuerpo (más delgada que antes) y, sobre todo, un nuevo espacio social conquistado, la vida pública (los deportes, los negocios y “hasta la política”). Todo disponible para librarse de la “anticuada” opresión biológica que “perturbaba” a sus abuelas. Todo gracias al Cardui. Las mismas ideas se repiten, con variaciones, anuncio tras anuncio, año tras año.

Ilustración 5. “¿Asustan a la mujer los problemas personales hoy en día?”.



Fuente: *Relator*. Periódico en mal estado, información incompleta.

7 ¡“Estas jóvenes modernas...!”, *Relator*, 17 de junio, 1930.

¡Qué diferente es la vida de la mujer moderna, si se compara con la de nuestras abuelas! En la actualidad, compite con el hombre en el campo de los deportes, en el de los negocios y hasta en el de la política. Ya no sucumbe como antes, ni cede a periódicas jaquecas, dolores de espalda o depresión mental, sino que contempla la vida con mirada práctica y se enfrenta con las situaciones en forma práctica también. Cardui es un tónico que las mujeres modernas emplean para mantenerse en buenas condiciones físicas y para vigorizarse durante periodos difíciles. Es un extracto de yerbas tonificantes que regula y refuerza el organismo femenino y sus funciones. Millares de mujeres lo consideran indispensable. Todas las farmacias lo tienen.⁸

Los textos son similares. Las imágenes cambian. En ocasiones no las hay, en otras, son mujeres suaves, en otras madres, en otras desequilibradas, insomnes, atormentadas.

Ilustración 6. “¿Qué mujer no es nerviosa?”.



Fuente: *Relator*. Periódico en mal estado, incompleta.

8 “¿Asustan a la mujer los problemas personales hoy en día?”, *Relator*. Periódico en mal estado, información incompleta.

Pero algunas son más dignas de lástima. Sienten una congoja indefinible, unas ganas de llorar y gritar... Parecen perversas con sus hijos y marido... Son sus nervios, que vibran dolorosamente, sobre todo en la indisposición mensual de los órganos más delicados de su sexo, y transmiten una corriente de malestar, dolor y desesperación a todo su ser. Precisamente para ellas está hecho el tónico y antiespasmódico Cardui. Contiene el sedante uterino más recetado por los especialistas para ese caso.⁹

El texto que acompaña las imágenes fue cambiando paulatinamente; adquirió un tono más agresivo y empleó la premisa del nerviosismo como característica de todas las mujeres. La enfermedad nerviosa podía hacerlas “perversas con sus hijos y marido”; causaban lástima y denotaban peligro porque los nervios vibraban “dolorosamente” cada mes, desde los “órganos más delicados de su sexo” y transmitían “una corriente de malestar, dolor y desesperación” por todo el cuerpo. El Cardui se ofreció, así, como el “sedante uterino” obligado.

Durante 1931,¹⁰ las publicidades del Cardui estuvieron dirigidas a un abanico amplio de mujeres, especialmente a las jóvenes. Con una campaña más amenazante, en 1930 el medicamento se presentaba como novedoso; al año siguiente, sin embargo, la publicidad afirmaba tener 50 años de consumo entre las mujeres. La explicación de este cambio tiene que ver con el auge de las farmacéuticas. Éstas comenzarían a promover otros medicamentos con posologías más controladas que las del Cardui, el cual se presentaba principalmente como un tónico para ser vendido en botica. Ante los ataques de los nuevos medicamentos, el Cardui recurrió entonces a su trayectoria en Estados Unidos para asegurar su introducción en Cali, Colombia.

9 “¿Qué mujer no es nerviosa?”, *Relator*. Periódico en mal estado, información incompleta.

10 Después de 1931, el medicamento no tiene ninguna presencia en el periódico. En noviembre de 1938 la publicidad reaparece con dos anuncios y en diciembre publica uno. De la misma manera, en 1939, se registra sólo un anuncio en el mes de octubre. Durante la década estudiada, el Cardui fue perdiendo fuerza.

Ilustración 7. "Un caso típico de lo benéfico que es Cardui".

Un caso típico de lo benéfico que es Cardui. Quizá Ud. se halle en situación semejante.

Hacia mucho tiempo que venía padeciendo de dolores de cabeza y, particularmente durante los periodos de menstruación, persistentes neuralgias. Me recetaron el Cardui y, aunque apenas llevo el cuarto frasco, mi mejoría ha sido tan notable, que intento completar la media docena.

Rosario Arrieta,
Central Tinguaro
Matanzas, Cuba



Esta es la reproducción del paquete de Cardui. Rechace Ud. las imitaciones.

CARDUI

Fuente: *Relator*, 7 de enero, 1931.

Hacia mucho tiempo que venía padeciendo de dolores de cabeza y, particularmente durante los periodos de menstruación, persistentes neuralgias. Me recetaron el Cardui, y aunque apenas llevo el cuarto de frasco, mi mejoría ha sido tan notable que intento completar la media docena. Rosario Arrieta, Central Tinguaro, Matanzas, Cuba. 11

Ilustración 8. "Las alegres atraen más".

LAS ALEGRES ATRAEN MAS

¿Se ha fijado Ud. en quiénes son las mujeres que resultan más atractivas a los hombres? No son las decaídas, ni las enfermas, ni las nerviosas o irritables... ¡Son las alegres! Y no hay razón para que Ud. no se cuente entre éstas.



CARDUI le permitirá asistir, rebosante de vitalidad y de sonrisas, a cuantas tertulias la lleven. Porque este compuesto, preparado especialmente para las mujeres, tiene por misión normalizar las funciones menstruales, ya que no es natural que se padezca con ellas. CARDUI es un calmante vegetal que alivia los sufrimientos y evita trastornos funcionales. Además, CARDUI tiende a abrir el apetito, a mejorar la digestión y la asimilación y, en general, a robustecer el organismo y calmar los nervios.

No se deje Ud. derrotar por angustias que pueden evitarse con CARDUI, el compuesto en que las mujeres confían.

CARDUI
EL CALMANTE VEGETAL DEL DOLOR MENSTRUAL

Fuente: *Relator*, 18 de enero, 1939.

11 "Un caso típico de lo benéfico que es Cardui", *Relator*, 7 de enero, 1931.

Se ha fijado usted quiénes son las mujeres que resultan más atractivas para los hombres? No son las decaídas, ni las enfermizas, ni las nerviosas o irritables... ¡Son las alegres! *Y no hay razón para que usted no se cuente entre éstas.*

CARDUI le permitirá asistir, rebosante de vitalidad y de sonrisas a cuantas tertulias la lleven. Porque este compuesto preparado especialmente para las mujeres, tiene como misión normalizar las funciones menstruales, ya que no es natural que se padezca con ellas. CARDUI es un calmante vegetal que alivia los sufrimientos y evita trastornos funcionales. Además CARDUI tiende a abrir el apetito, a mejorar la digestión y la asimilación, y en general, a robustecer el organismo y calmar los nervios.

No se deje usted derrotar por angustias que pueden evitarse con CARDUI. El compuesto en el que las mujeres confían. CARDUI el calmante vegetal del dolor menstrual.¹²

El Cardui ofrece borrar las angustias causadas por los efectos de la división sexual del trabajo y sus consecuencias: dobles y triples jornadas laborales, la obligatoriedad del cuidado y la casa como cárcel.

LA COMPOSICIÓN DEL CARDUI

¿En qué consistía ese remedio redentor que ofrecía liberar a la mujer de su propia biología? Se encontró que el Vino de Cardui contenía extractos de dos plantas medicinales: el *Cardus benedictus* (Cardo bendito) e insignificantes cantidades de *Viburnum prunifolium*. En opinión de los especialistas de la época:

Si se estudia el valor medicinal de estas dos plantas vemos que el *Cardus benedictus* es una hierba inútil que fue usada en medicina hace muchos años, pero que ha sido abandonada como sin valor; contiene sales alcalinas y un principio amargo, la *cnicina*, sumamente tóxico, puesto

12 "Las alegres atraen más", *Relator*, 18 de enero, 1939.

que 0,35 centigramos de ella producen accidentes graves. Aunque algunos dudan del valor medicinal del *Viburnum prunifolium*, nosotros nos permitimos disentir no sin reservas de esta opinión, pues aunque su acción no es tan marcada como la de otros medicamentos vegetales, sí da resultados bastante apreciables en las dismenorreas y especialmente en los accidentes nerviosos del embarazo.¹³

El Vino de Cardui era inicialmente un remedio secreto vendido como regulador de las funciones menstruales de la mujer, al cual se le atribuían propiedades exageradas equiparables a las de un ansiolítico o antidepresivo. Con el tiempo, el discurso que se usó para su comercialización terminó presentándolo como un tratamiento de trastornos nerviosos, ¿por qué ocurrió ese desplazamiento, desde los trastornos menstruales a los trastornos nerviosos? ¿Era el Cardui uno de esos medicamentos placebo¹⁴ no aplicable a ningún mal concreto? En ese caso, ¿cuál era la posología del Cardui que permitía ofrecerlo como calmante?

En 1933, la *Revista de la Facultad de Medicina* dejaba muy claro la presencia de alcohol en el Cardui:

Cuidadosos y completos exámenes químicos y farmacológicos hechos en los años de 1915 y 1916 por respetables químicos y farmacólogos americanos mostraron que el Vino de *Cardui* no contenía vino sino alcohol, el cual era su potente y activo ingrediente y que se encontraba en la proporción del 20%; en otras palabras, tenía cerca de dos veces más el poder alcohólico del champagne. La mujer o persona que toma

13 *Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá*, 1933, p. 70.

14 El efecto placebo es el conjunto de resultados sobre la salud que produce un acto médico (o, en general, cualquier acto con intención terapéutica) y que no se deben al efecto específico de dicho acto. El efecto placebo es, por ejemplo, el conjunto de consecuencias positivas que aparecen tras la administración de un fármaco y que no se deben a su acción farmacodinámica; el conjunto de resultados positivos que aparecen tras una intervención quirúrgica y que no se deben a los efectos específicos de la cirugía, o cualquier otro resultado positivo tras la administración del placebo, ya que éste carece de efecto específico. "Efecto placebo", *Wikipedia*, s.d.

Vino de Cardui ingiere en cada cucharada 48 gotas de alcohol puro o el equivalente de 100 gotas de Whisky.¹⁵

El alcohol que contenía el Cardui causaba un efecto relajante que se ofrecía como curativo tanto de las molestias menstruales como de los trastornos nerviosos. Lo importante es que no se vendía como un whisky relajante, sino como un medicamento que curaba enfermedades. La mujer que recurría al Cardui debía asumirse como enferma, no como alguien que necesitaba una copa para relajarse.

La publicidad seguía insistiendo en el poder curativo del Cardui, más allá de la ligera borrachera que ocasionaba. En el siguiente anuncio se puede ver cómo “la misma naturaleza ha puesto en ciertas hierbas [...] la virtud de aliviar esos achaques naturales al bello sexo”:

Ilustración 9. “Se ensaña con la pobre mujer”.

Se ensaña con
la pobre mujer

La Naturaleza affige particularmente al bello sexo cada mes con una indisposición, que no pocas veces degenera en nerviosidad intolerable, malestar y dolor en sus órganos más delicados, pérdida de fuerzas y de ánimo para trabajar y hasta para vivir.

♦

Pero la misma naturaleza ha puesto en ciertas hierbas, contenidas en el remedio Cardui, la virtud de aliviar esos achaques naturales al bello sexo. Este famoso tónico y sedante uterino contiene el ingrediente más recetado por los especialistas para reglas dolorosas.

12

Tome **CARDUI** Mujer

Fuente: *Relator*, 14 de octubre, 1930.

15 La revista agregaba: “Esta circunstancia dio lugar a que algunos mercaderes indios un poco listos y alejados de las miras medicinales que exageradamente se le atribuyen a este medicamento, lo vendieran con más lucro como aguardiente”. *Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá*, 1933, p. 71.

La naturaleza aflige particularmente al bello sexo cada mes con una indisposición, que no pocas veces degenera en nerviosidad intolerable, malestar y dolor en sus órganos más delicados, pérdida de fuerzas y de ánimo para trabajar y hasta para vivir.

Pero la naturaleza ha puesto en ciertas hierbas, contenidas en el remedio Cardui, la virtud de aliviar esos achaques naturales al bello sexo. Este famoso tónico y sedante uterino contiene el ingrediente más recetado por los especialistas para reglas dolorosas.

Tome CARDUI Mujer.¹⁶

La publicidad asociaba menstruación con trastorno nervioso y con naturaleza femenina. Una triada que significaba enfermedad. Se reforzaba así la construcción de una identidad enferma para la mujer. Una imagen de debilidad conveniente al patriarcado y al incipiente negocio farmacéutico. Si un hombre recurría al whisky, era un caballero de mundo, si lo hacía una mujer, debía hacerlo bajo el signo del medicamento y la enfermedad.

La información ofrecida por la *Revista de la Facultad de Medicina* recogió las reacciones que el Servicio de Salubridad Pública de Estados Unidos comunicó a la Oficina de la Reserva India de Arizona sobre los resultados del análisis del Vino de Cardui. Dicho informe concluye: “Estos hallazgos indican, por consiguiente, que el Vino de Cardui no tiene otra acción específica que aquella debida a su contenido alcohólico”.¹⁷ Podría entonces pensarse que el Cardui sólo producía una sensación de borrachera y, por lo tanto, generaba tal efecto en el cuerpo de las mujeres que lo consumían.

La misma revista hace referencia al testimonio de médicos que estuvieron en contacto con el medicamento:

W. D. McAbee, asistente químico de la Oficina de Salubridad de Indiana informó después de haber examinado el Vino de Cardui, lo siguiente: “Los análisis indican que fuera del alcohol no contiene ingredientes potentes en cantidades capaces de producir algún efecto fisiológico”. El Dr.

16 “Se ensaña con la pobre mujer”, *Relator*, 14 de octubre, 1930.

17 *Ibid.*, p. 72.

A. J. Carlson, del Laboratorio de Fisiología de Hull, de la Universidad de Chicago, dice: “El Vino de Cardui puede ser tomado por la mujer en cantidad suficiente para producir una marcada intoxicación alcohólica sin ocasionar efecto alguno en el tono uterino o en la menstruación. No hay nada en el Vino de Cardui que impida su uso como bebida alcohólica”.¹⁸

De acuerdo con estos datos, el componente más poderoso que contenía el Cardui era el alcohol. Mientras la farmacéutica afirmaba que el porcentaje de alcohol usado era justo el necesario para que actuara como solvente y preservativo, las leyes de medicamentos en Estados Unidos exigieron que se buscara otro tipo de disolvente para reducir el contenido alcohólico. Según los datos de *The Journal of the American Medical Association*, que recoge la mencionada revista, la casa que elaboraba el Vino Cardui hizo énfasis, en reiteradas ocasiones, en su inhabilidad para disminuir la cantidad de alcohol en el medicamento.¹⁹

El abogado de la compañía farmacéutica argumentó que el Vino de Cardui había sido sometido al análisis de uno de los más grandes químicos estadounidenses “con el propósito de asegurarse si se podía usar otro solvente o preservativo en lugar del alcohol, o no”. Este gran químico “encontró que el 20 por 100 de alcohol era la cantidad exacta que respondía al propósito, y que cualquier cantidad inferior haría que el remedio se dañara y no actuaría ya como solvente y preservativo”.²⁰ La *Revista de la Facultad de Medicina* afirmaba que el Cardui seguía conteniendo 20 por ciento de alcohol. Para sus fabricantes, la cantidad mínima; para la medicina, una cantidad innecesariamente grande.²¹

18 *Ibid.*, p. 73.

19 *Ibid.*, p. 74.

20 *Ibid.*, p. 73.

21 El 11 de abril y el 18 de julio de 1914, la revista de la Asociación Médica Americana publicó artículos sobre el Vino de Cardui, un producto fabricado por la Chattanooga Medicine Co., en Tennessee. Estos artículos declararon, entre otras cosas, que el negocio del Chattanooga se había basado en el engaño y que el Vino de Cardui era un fraude vicioso. A causa de estos artículos se presentaron dos demandas en contra de la Asociación Médica Americana y el redactor del diario en el Tribunal de Distrito Norte de Illinois, Estados Unidos. Uno de estos pleitos fue interpuesto por Jhon A. Patten, el dueño principal de Chattanooga, y el otro fue una demanda conjunta de Jhon A. Patten y Zeboim C. Patten, su hijo, como dueños de

Cabe destacar que el informe del Servicio de Salubridad Pública de Estados Unidos estaba dirigido a la Reserva India del Departamento de Arizona.²² Esto quiere decir que el Vino de Cardui era ampliamente distribuido en las reservas indias del sur de dicho país, donde el alcoholismo ha sido identificado como uno de los problemas de salud fundamentales.

Este producto se ofrecía como un medicamento no sólo para las mujeres blancas de clase media, amas de casa, sino también para las mujeres de otros grupos sociales como las indígenas y las afroamericanas.

Pese a que el Vino de Cardui podía considerarse una bebida alcohólica, la estrategia publicitaria que usaron las farmacéuticas para divulgar el medicamento no sólo se difundió en periódicos y revistas; otros soportes comunicativos, como cuadernillos educativos, cancioneros y libros de cocina, comenzaron a distribuirse desde 1902 en Estados Unidos, entablando un diálogo con las mujeres donde, además de comprar un medicamento que las ayudaba a lidiar con “sus males”, aprendían las tareas “propias” de su sexo.

En 1904, la Chattanooga Medicine Co., responsable del Cardui, publicó un cancionero con 30 piezas populares en Estados Unidos donde se recogía la letra y la música de, por ejemplo, el himno nacional, la canción del año nuevo, el himno de los confederados durante la guerra civil y otras, entre las cuales se incluía música espiritual (gospel).²³ La presencia de éste en el cancionero del Cardui demuestra que en la estrategia de distribución estaban contempladas las mujeres afroamericanas.²⁴

Chattanooga. El artículo quería demostrar que cuatro cucharadas diarias de Vino de Cardui (que era la dosis recomendada) contenían tanto alcohol como dos tercios de una botella de cerveza, por lo cual no podía ser considerado como un tónico medicinal. *The Wine of Cardui case: in the District Court of the United States, Northern District of Illinois, Eastern Division*, [1916].

22 Miles de años antes de la llegada de los primeros europeos, los pueblos indígenas vivían en la región donde actualmente se localiza Arizona. Aún hoy existe una población importante de ellos: se estima que unos 280 000 viven ahí, repartidos en numerosas reservas. “Arizona”, *Wikipedia, s.d.*

23 *Siglo xx cancionero*, 1904.

24 La música gospel, espiritual o evangélica, en su definición más restrictiva, es la música religiosa que surgió de las iglesias afroamericanas en el siglo xviii y que se hizo popular durante la

En esta publicación, la compañía se presentaba a sí misma en los siguientes términos:

La Chattanooga Medicine Co. cuenta con seis grandes edificios para administrar su negocio en Chattanooga, Tennessee. Es el negocio más grande de su tipo en el sector. Tiene sucursales en 2008 Locust Street, St. Louis, Missouri, y en 57 Stevenson Street, San Francisco, California. Sus empleados son alrededor de 500 personas, excluyendo los miles de agentes que distribuyen su material de publicidad. Si alguna vez siente la tentación de dudar de cualquiera de las declaraciones que se han hecho en este libro, diríjase a cualquier banco y pregunte sobre la calificación comercial de Chattanooga Medicine Co., que garantizará la veracidad de cada declaración que se hace.²⁵

Para la compañía era importante el personal que distribuía el medicamento, lo que muestra la centralidad de su estrategia publicitaria; además, su respaldo estaba en el banco, no en el Servicio de Salubridad Pública de Estados Unidos.

En las páginas 14 y 15 del cancionero del Cardui se puede observar cómo la compañía Chattanooga usaba la publicidad para ofrecer su medicamento como tónico de las emociones.

En la página 14, la letra y música de la canción “Rock me to sleep, mother”,²⁶ basada en un poema escrito por Elizabeth Chase Allen en 1859, alude a la necesidad de regresar a la infancia, a los brazos de la madre para poder dormir: “¡Hazme niña otra vez, sólo por esta noche!/ Madre, vuelve desde la orilla sin eco y llévame a tu corazón como antes/ [...] Méceme al dormir madre, méceme al dormir”. Evoca a una mujer deprimida que afirma:

Estoy cansada de trabajar y de las lágrimas, laborar sin recompensa,
lágrimas en vano/ tómame y dame mi infancia otra vez [...] porque yo
he crecido llena de polvo y decadencia/ cansada de arrojar los bienes

década de los treinta del siglo xx. “Góspel”, *Wikipedia*, s.d.

25 *Siglo xx cancionero...*

26 Esta canción puede adscribirse al género musical folk y se encuentra disponible en YouTube.

de mi alma, cansada de sembrar para que otros puedan cosechar./ Mécame al dormir madre, mécame al dormir”.

Es la voz de una mujer abatida que necesita descanso y sosiego. Las tareas domésticas que le están asignadas por la división sexual del trabajo le generan emociones contrarias; por un lado, lleva a cabo una labor no remunerada como parte de las “obligaciones” que la cultura le otorga por su condición genérica y, por otro, debe ser una mujer adulta que atiende su cometido de cuidar, proteger y trabajar para otros.

Ilustración 10. Cancionero de la Chattanooga Medicine Co.



Fuente: Siglo xx Cancionero, 1904, pp. 14-15.

En este sentido, el Cardui se presenta como un tónico para “sanar” las emociones generadas por su situación de clase y de diferencia sexual. Más que ser un medicamento que “cure” una dolencia específica, parece representar un aliciente para calmar problemas producidos por una patología indefinida.

En la página 15 del cancionero, la opuesta a la partitura, se encuentra una estructura publicitaria, cuidadosamente diseñada, que

ofrece el Cardui como remedio a los males descritos en la triste canción. La página está diagramada en cuatro partes: en el encabezado aparece el testimonio “Una familia feliz” de la señora C. M. Ladd; de acuerdo con la imagen, una mujer blanca y maciza que desde Luke, Carolina del Sur, el 26 de junio de 1903, atestigua:

Me complace decirle a usted y a las mujeres que padecen, que le debo la vida, mi salud y mi felicidad al Vino de Cardui. Después de mi casamiento, mi salud se derrumbó, y después de haber probado varios médicos y muchos tipos de medicamentos, fui desahuciada.

Había oído hablar del Vino de Cardui y decidí probarlo. Comencé a recibir el beneficio de inmediato, y ahora estoy bien y fuerte, y nuestra casa tiene dos niños pequeños saludables que la hacen una casa alegre y feliz.

La segunda parte de la página 15 es un consejo titulado: “Alivio para todas las mujeres que sufren”, donde se recomienda el uso de Cardui:

Las mujeres de todas las tierras elogian el Vino de Cardui no sólo porque es una cura certera para los males femeninos, sino también porque hace innecesario el reconocimiento médico y la operación del cirujano. No hay corte, no hay peligro. Este vino vegetal puro expulsa las enfermedades y debilidades fuera del sistema de forma suave y ligera, y los buenos efectos son radicales y duraderos. Vino de Cardui se recomienda tanto a mujeres modestas como a todas las mujeres. Su farmacéutico tiene la medicina.

Esta recomendación, al lado de la canción melancólica, sugiere que el Cardui alivia las tristezas por un trabajo no remunerado y desvalorado, como lo es el doméstico. La publicidad del cancionero también hace referencia a que, antes de reconocerse las diferencias entre las mujeres, existe un preconcepción en el que éstas se consideran como una masa homogénea; es decir, el concepto de *la mujer* alude a diferentes tipos de mujeres, todas atravesadas por su diferencia sexual, definitoria de su realidad.

En la tercera parte de la página 15 aparece el testimonio, sin imagen, de dos mujeres procedentes de Alabama y Missouri, acompaña-

do, en la cuarta parte, por un góspel espiritual. El lugar, la canción y la ausencia de imagen remiten a que estos testimonios pertenecen a mujeres afroamericanas. Se trata de la canción “Old black Joe”, de Paul Robeson,²⁷ un afrodescendiente nacido en Princeton, en 1898.

La canción dice:

Se han ido los días cuando mi corazón era joven y alegre./ Atrás han quedado los afanes de los campos de algodón y atrás los campos de una tierra mejor, lo sé/ he oído esas voces suaves llamando a Joe, el viejo negro.

Uno de los testimonios que acompañan la canción pertenece a Mrs. May Clesby, quien dice haber estado “mal de salud por siete años. Tenía dolor en mi costado derecho y presión hacia abajo en la parte inferior de mis intestinos, con dolor de jalones en mis piernas”. Después del uso del Cardui, “los dolores se han ido todos, duermo bien de noche y he subido 17 libras de peso”. La otra mujer, Mrs. J. H. Gillman, asegura que tomó Cardui “antes del parto y no tuve ayuda, sino los cuatro días que estuve en cama, y después hice mi propio trabajo para una familia de cuatro, y estaba tan robusta como siempre”. La página vincula canciones tradicionales con situaciones particulares de mujeres blancas y negras ofreciendo el Cardui como solución a sus tristezas.

Además de este cancionero, la farmacéutica Chattanooga Medicine Co. editó en 1912 un libro de cocina titulado *Cardui cook book*, en cuya presentación ofrecen su producto como un estimulante físico y de la resignación:

Este pequeño libro se ofrece como ayuda a las amas de casa ocupadas en la preparación de simples y baratos platillos para el hogar.

Las recetas han sido escritas por un cocinero muy exitoso y son muy deliciosas y llenas de sabor y muy fáciles de preparar.

Al usar este libro recuerda el famoso dicho: “deja que el apetito descansa en la buena digestión, y la salud en ambos”.

27 La canción está disponible en YouTube.

Para una *buena digestión*, la mejor ayuda es el Thedford's Black Draught, la famosa yerba remedio para la digestión y los problemas estomacales, de bilis y del hígado, dolores de cabeza, estreñimiento, etc.

Por *salud*, si necesitas un tónico, toma Cardui, el tónico de las mujeres. Por más de 50 años, ha permanecido en el primer lugar como el remedio favorito y más confiable para las enfermedades femeninas.

Más información acerca de estos dos bien conocidos y exitosos remedios, la podrás encontrar más adelante en este libro.

N.B. Las hojas en blanco en este libro son para ti, para que copies las recetas de tus amigas, las recetas que más te gusten o que quieras recordar.

Se enviará una copia del *Libro de recetas de Cardui*, de manera gratuita, a cualquier señorita que lo solicite.

Publicado y registrado en 1912 por la Compañía de Medicina Chattanooga, en Chattanooga, Tennessee.²⁸

Ilustración 11. *Cardui cook book*.



Fuente: *Cardui cook book*, 1912, p.1.

28 *Cardui cook book*, 1912, p. 1.

El cancionero de Cardui fue publicado en 1904 y el libro de cocina en 1912, mucho antes del periodo que abarca el proceso de comercialización de medicamentos de patente en América Latina; el arquetipo de mujer al que hace referencia la publicidad no lleva la enfermedad como marca de diferencia sexual de manera tan explícita como la propaganda con la que el medicamento fue comercializado en América Latina.²⁹ Sin embargo, se enuncia la idea del Cardui como alivio para los males del alma. Las mujeres de las que habla el cuadernillo no podían ejercer las labores que eran de su exclusiva responsabilidad a causa de la debilidad, el nerviosismo y el sufrimiento, atribuidos por la publicación al hecho de ser mujer.

DE LA BOTICA A LA FARMACIA

El tránsito de la botica a la farmacia se ve acompañado de la regulación de la calidad de los medicamentos. Según el historiador colombiano, Víctor Manuel García García: “La sustancia del remedio comienza a pasar de forma perentoria por el laboratorio de análisis químico para controlar su fórmula, evitar el fraude y la posible intoxicación de los consumidores”.³⁰ Los hechos que acompañaron el camino de la transformación de los medicamentos pueden ser de diversa índole. Además de los análisis a los que fueron sometidos, también hubo cambios en su distribución. El Cardui y otros medicamentos debían estar articulados con un sistema político-médico que, enlazado con una nueva sensibilidad, la de la salud pública, se convertía en dominio regulado.³¹ En este contexto, la *Revista de la Facultad de Medicina* estudió el Vino de Cardui y retomó información sobre su historia:

29 Para ver un ejemplo de cómo fue publicitado el Cardui en Cali, Colombia, véase C. Narváez Martínez, “De la botica a la farmacia...”

30 V. M. García García, *Remedios secretos y drogas heroicas. Historia de los medicamentos en Antioquia 1900-1940*, 2008, p. 20.

31 *Ibid.*, p. 21.

La discutida historia del Vino de Cardui hace referencia a una mujer india que hace muchos años hizo un té —no un vino— con un poco de *Cardus benedictus* para aliviar los dolores menstruales de una joven. La madre, al enterarse del alivio de su hija, interrogó a la mujer sobre las hierbas utilizadas, haciendo acopio de algunas semillas que dieron origen, años más tarde, a la decocción embotellada del *Cardus benedictus*.³²

La revista sitúa la receta original del Cardui en la medicina tradicional y consigna el procedimiento original para preparar el medicamento:

El método de hacer el Vino de Cardui en aquellos días parece haber sido el de echar la hierba en agua por dos o tres días, decantar, dar sabor al líquido, colorearlo con cochinilla y en seguida agregarle whisky. Cuando la fabricación de este medicamento pasó a la casa que lo convirtió en el actual negocio, el whisky fue reemplazado por el alcohol, y solamente en el año de 1906 vino a ser agregado el *Viburnum prunifolium* a la fórmula.³³

El *Viburnum prunifolium* es:

Una especie de arbusto perteneciente a la familia de las adoxáceas, originario de Estados Unidos, que crece desde Connecticut hasta Kansas, y al sur hasta Alabama y Texas. Es un pequeño árbol que alcanza los 2.9 metros de altura con un tronco corto y robusto, y ramas torcidas extendidas. En la región norte, es un arbusto, en el sur, se convierte en un pequeño árbol. Las hojas son simples, de hasta nueve centímetros de largo y seis centímetros de ancho, ovals u orbiculares, de forma redondeada o serradas en la base. Las hojas son superficialmente similares a algunas especies de *Prunus* (por lo tanto *prunifolium*). Durante siglos, ha sido utilizado con fines médicos, principalmente para los problemas ginecológicos. La corteza es la parte de la planta utilizada en los tratamientos. Los nativoamericanos utilizaron su cocimiento de

32 *Revista de la Facultad...*, p. 74.

33 *Loc. cit.*

esta planta para el tratamiento de afecciones ginecológicas, como los cólicos menstruales, para ayudar a la recuperación después del parto, y en el tratamiento de los efectos de la menopausia. Como un remedio popular, se ha usado para tratar el dolor menstrual y como preventivo para el aborto.³⁴

La propaganda elaborada para comercializar el Vino de Cardui fue modificada progresivamente, dando razón a la evolución de los componentes del Cardui a los que hacía referencia la *Revista de la Facultad de Medicina*. Al comienzo, la presencia del alcohol no era declarada en el empaque, que sólo aludía a los componentes vegetales antiespasmódicos: el Cardui era “El gran emenagogo de la naturaleza, una curación segura para las perturbaciones menstruales de la mujer”.³⁵ También decían: “Este vino puro es un simple extracto vegetal sin propiedades intoxicantes y ha demostrado ser el más sorprendente tónico para las mujeres conocido en la ciencia médica”.³⁶ Asimismo, se afirmaba:

Este remedio corregirá todas las irregularidades en los periodos menstruales de las mujeres cuando no son causados por deformidades constitucionales o [que] no requieran tratamiento quirúrgico. No hará ni más ni menos que esto. Es tan inofensivo como el agua durante la preñez.³⁷

Todas las referencias eran como antiespasmódico. En 1933, la *Revista de la Facultad de Medicina* advertía:

Últimamente no aparecen ya estas pretensiones, o por lo menos han sido modificadas en el paquete comercial del cual se ha suprimido la afirmación de que el Vino de Cardui es el “gran emenagogo de la naturaleza”. Han quitado también la frase “una curación segura”. Ya pasó

34 *Viburnum prunifolium* no está en la lista de sustancias seguras de la Food and Drug Administration de Estados Unidos. “*Viburnum prunifolium*”, *Wikipedia*, s.d.

35 *Revista de la Facultad...*, p. 71.

36 *Ibid.*, p. 72.

37 *Ibid.*, p. 71.

la época en que esta medicina secreta “corregirá todas las irregularidades”; ahora solamente es “recomendado para todas las irregularidades menstruales”. Ya no es tan “inofensivo como el agua durante la preñez”, ni tampoco un “vino puro sin propiedades intoxicantes”. Se fue también la vieja pretensión de que era “el más sorprendente tónico para las mujeres conocido en la ciencia médica”.³⁸

El Cardui, que había llegado en los años veinte como un medicamento secreto de farmacia, estaba siendo puesto en evidencia por la farmacopea a través del proceso de transformación de la botica a la farmacia. En el texto *Historia de los medicamentos en Colombia*, escrito por Alfredo Jácome Roca, se encuentran referencias sobre el tránsito de la botica a las grandes corporaciones, que arrojan pistas para interpretar este proceso:

Una labor artesanal que incluía hierbas con posible efecto terapéutico, pero que muchas veces fueron preparadas en tan bajas concentraciones que generalmente sólo tenían efecto placebo. A finales del siglo xv, los farmacéutas o droguistas empezaron a independizarse de los médicos, pero no fue sino hasta cuando se logró la extracción de alcaloides y glucósidos de las plantas, que los medicamentos empezaron a ser claramente eficaces.³⁹

Según el texto citado, las producciones artesanales de medicamentos pasaron a ser controladas por las grandes industrias farmacéuticas. Éste es un fenómeno que comenzó en el siglo xix y continuó durante el xx, y que evidencia el proceso de tecnificación que está ocurriendo en la medicalización, producto de una exigencia moderna.

El trabajo del periodista e historiador Leonidas Arango Lobo-guerrero, citado por Jácome, plantea que

Durante el último tercio del siglo xix comenzó —en Colombia— la producción masiva de específicos: remedios secretos, fabricados artesanal-

38 *Ibid.*, p. 73.

39 A. Jácome Roca, *Historia de los medicamentos*, 2003, p. 214.

mente con fórmulas desconocidas, que se basaban en el prestigio de algún médico o droguista nacional o internacional. Las ofertas de píldoras, tónicos y pomadas llenaron carteleras y tarjetas con expresiones plásticas para todos los gustos; invadieron los ceniceros, papeles secantes, espátulas, percheros y vallas de tranvía, pintaron hasta las piedras de los caminos.⁴⁰

El ambiente descrito es el entorno donde se publicitó el Cardui. Otros medicamentos fueron anunciados al mismo tiempo que el vino de Chattannooga en los periódicos de Cali, recurriendo al prestigio que representaba el aval de un médico, como se muestra en los siguientes anuncios. El Neuro Fosfato Eskay muestra la imagen de un severo doctor que avala el efecto curativo propuesto:

Ilustración 12. ¡Cuide su salud!

¡Cuide su salud!

¿Se fatiga usted fácilmente? ¿Acaso tiene días en que sufre de una desconcertante depresión mental, o se siente inquieto y nervioso sin saber por qué? En este caso, no deje de probar el Neuro Fosfato Eskay. La primera copita que tome de este maravilloso tónico, lo pondrá en camino de recuperar la salud, pues actúa directamente sobre las células nerviosas, repone las energías y revitaliza todo el organismo. Tiene un sabor agradable y se asimila fácilmente; no descompone el estómago. Está indicado para ambos sexos y todas las edades.

Todo médico sabe que el Neuro Fosfato Eskay es un tónico activo y eficaz—absolutamente digno de confianza.

NEURO FOSFATO ESKAY

Fuente: *Relator*, 21 de enero, 1932, p. 6.

¿Se fatiga usted fácilmente? ¿Acaso tiene días en que sufre de una desconcertante depresión mental, o se siente inquieto y nervioso sin saber por qué? En este caso, no deje de probar Neuro Fosfato Eskay. La primera copita que tome de este maravilloso tónico, lo pondrá en camino de recuperar la salud, pues actúa directamente sobre las células nerviosas, repone las energías y revitaliza todo el organismo. Tiene un

40 *Ibid.*, p. 245.

sabor agradable y se asimila fácilmente; no descompone el estómago. Está indicado para ambos sexos y todas las edades.⁴¹

Este medicamento tiene respaldo de un médico, no sólo a través de la imagen, sino del texto publicitario que enuncia: “Todo médico reconoce el verdadero valor terapéutico de los ingredientes del Neuro Fosfato Eskay”.⁴²

También la Ner-Vita tiene las características de ser un medicamento avalado por la medicina, encarnada en el doctor Huxley.

Ilustración 13. “¿Está usted cansado o nervioso? Pruebe este tónico”.



Fuente: *Relator*, 13 de enero, 1932, p. 6.

Si se siente fatigado, débil o nervioso, si ha perdido Ud. el apetito y la energía, significa que los excesos de trabajo, las preocupaciones y el

41 “¡Cuide su salud!”, *Relator*, 21 de enero, 1932, p. 6.

42 *Loc. cit.*

abuso de sus energías mentales o físicas han arrebatado a su cuerpo elementos indispensables que es preciso devolverle.

La ciencia médica reconoce que la Ner-Vita del Dr. Huxley, por razón de las sales minerales (glicerofosfatos ácidos) que contiene es el mejor tónico que existe para nutrir y “mineralizar” el cuerpo humano. Cualquier médico le dirá a Ud. que ese tónico prodigioso e insustituible le devolverá la salud y las fuerzas con sorprendente rapidez.⁴³

En la imagen, el médico recomienda a la mujer, que es su paciente, el medicamento que se anuncia. Al costado, un recuadro detalla la figura de un médico que observa a través de un microscopio, simbolizando el aval que la ciencia médica otorga al tónico. En el texto, se reitera que “cualquier médico le dirá a Ud. que este tónico prodigioso e insustituible le devolverá la salud y las fuerzas con sorprendente rapidez”. El médico hacía del tónico, un medicamento.

Las incipientes farmacéuticas comenzaron a asociar sus productos a la ciencia médica, alejándolos de los saberes tradicionales y de la herbolaria que caracterizó a la botica. Las primeras farmacéuticas se estaban apropiando de fórmulas tradicionales para, a través de la publicidad y del prestigio de la medicina, convertir la “enfermedad de la mujer” en negocio. La imagen de los indios como fuente de saber tradicional se cambió por la del médico como fuente de aval científico.

EL CUERPO DE LA MUJER Y LA NACIENTE INDUSTRIA FARMACÉUTICA

El arribo de las farmacéuticas se sintió en diversos lugares de América que estaban en un proceso de integración al mercado mundial. En Colombia, el gobierno respondió al impacto, regulando el mercado de los medicamentos.

En 1912, el comerciante antioqueño Ricardo Restrepo Callejas publicó un proyecto de reforma a la tarifa de aduanas que presentó al Congreso de la República en 1913 y que se convirtió en ley. Ésta generó un debate sobre las “medicinas de patente” que ya estaban

43 “¿Está usted cansado o nervioso? Pruebe este tónico”, *Relator*, 13 de enero, 1932, p. 6.

vigentes desde el siglo XIX, pero que sólo fueron concebidas como un problema comercial, de responsabilidad profesional y de autoridad médico-política, hasta comienzos del siglo XX.

Las políticas liberales propiciaron el auge del medicamento de patente en el mercado colombiano, al tiempo que las instituciones médicas aportaron la confiabilidad y el prestigio de la ciencia para legitimar las medicinas patentadas y propiciar el auge de su comercialización, uniéndose al proceso de medicalización.

Según el investigador Víctor Manuel García García, durante las primeras décadas del siglo XX el medicamento cambió el estatus de redentor que tenía en la botica, donde la persona enferma era dependiente y estaba obligada a adquirirlo bajo cualquier circunstancia, sin importar su procedencia, a pasar al estatus de un medicamento que debía contar con la garantía de producción. De esta manera, se efectuaba el control de la farmacéutica y se fomentaba la producción nacional con miras al desarrollo de una industria estable.

Las nuevas políticas para los medicamentos estaban basadas en su origen, regulación y distribución. Para Víctor Manuel García se puede hablar de un proceso de medicalización del remedio, entendiendo éste como su transformación y normalización.⁴⁴

Las autoridades médicas, que desde comienzos del siglo XIX habían evidenciado su preocupación por la medicalización de los remedios, en 1930 detentaban, de forma exclusiva, la responsabilidad y el poder de enunciar “la verdad” sobre éstos;⁴⁵ una nueva práctica de consumo y los discursos articulados a la promoción publicitaria en todo tipo de periódicos y revistas facilitaron su comercialización y regulación.

A comienzos del siglo XX, los medicamentos circunscritos a lo no médico, considerados un saber boticario y, de manera más compleja, un saber mágico, fueron desplazados por el monopolio médico, ejercido a través del diagnóstico de la enfermedad, su cura y el derecho a prescribir el remedio. En este marco político, donde la visión liberal del comercio del medicamento pasó por un principio de regulación y

44 V. M. García García, *Remedios secretos y drogas...*, p. 227.

45 *Ibid.*, p. 20.

medicalización, aceptar la modernidad significaba combatir las enfermedades, incluso las que se distinguían como “propias” de la mujer.

A partir de la consolidación de la gran industria médico-farmacéutica concurren muchos cambios, tanto en la preparación de los medicamentos como en su distribución y estrategia de venta. En el pasado, el remedio había sido considerado algo mágico, nada que pudiera validarse científicamente, pero con la aparición de los alcaloides y las drogas de síntesis, pasó a ser una herramienta de intervención para modificar el curso de la enfermedad o prevenir su aparición. Sin embargo,

tuvo entonces que poner el médico en la balanza la ecuación riesgo versus beneficio, conocer la eficacia, las interacciones medicamentosas y los efectos colaterales, e incluso tener en cuenta el costo, asunto que con los medicamentos herbales no existía, pues bastaba con hacer una visita a la huerta o a lo sumo a la botica de enfrente.⁴⁶

El cambio paulatino que experimentó la botica hasta desaparecer o convertirse en farmacia tiene un caso emblemático: el Cardui, un medicamento que vivió la transición de lo artesanal a la tecnificación y jugó un papel importante en el tránsito lento desde el saber popular y la validez ancestral, hacia la legitimidad científica.

El paso de la botica a la farmacia implicó también la expansión transnacional de la naciente industria farmacéutica, cuyas casas matrices estaban en Estados Unidos y Europa, principalmente.

La Chattonooga Co. tenía su sede principal en Tennessee y contaba con sucursales en varias ciudades de Estados Unidos. En Colombia, el Cardui era distribuido por Marulanda y Roux, según se consignaba en los anuncios publicitarios en el periódico *Relator*.⁴⁷

Igual que las otras transnacionales de su época, Chattonooga Co. logró que sus productos se conocieran y estuvieran disponibles en las farmacias locales de diversos países de América Latina. El Car-

46 A. Jácome Roca, *Historia de los medicamentos*, p. 12.

47 El periódico *Relator*, de corte liberal, nació en Cali, Colombia, en octubre de 1915 y subsistió hasta 1959.

dui, producido en Tennessee, se anunciaba en Colombia y llegaba a las farmacias locales de diferentes ciudades durante las primeras décadas del siglo xx.

CONCLUSIÓN

El Cardui representa una pequeña muestra de lo que estaba ocurriendo con medicamentos que se localizaban en la frontera de ser considerados “secretos”, “mágicos”, para pasar a ser de “patente”, “específicos”. Independientemente de esta posible contradicción, todos eran publicitados con el ánimo de fortalecer un comercio basado en supuestas nuevas enfermedades que tendrían determinados síntomas y diagnósticos. Dicho proceso estuvo atravesado por una marca de diferencia sexual; la presencia de medicamentos en la década de los treinta y los cuarenta evidencia que la medicamentación de la mujer estuvo dirigida a atender una enfermedad denominada “nerviosa”, dejando en claro que los medicamentos fabricados para los hombres atendían, fundamentalmente, males asociados con los riñones o el hígado, y la única afectación nerviosa masculina podía estar relacionada con la potencia sexual.⁴⁸

La “angustia de ser mujer” a la que refiere la publicidad del Cardui llega a través de la relación entre la enfermedad y la diferencia sexual; la difusión masiva de esta interpretación se realiza a través de los periódicos que circularon en el contexto del tránsito entre la botica y la farmacia. La alianza entre las grandes farmacéuticas y el discurso publicitario describía una mujer signada por su biología. El ser mujer determinaba padecimientos, síntomas y diagnósticos; con estos elementos la adscripción a la normalidad era un hecho.

48 Éste es el caso del medicamento Sanatogen: “Rompa las cadenas de la debilidad nerviosa. Aumenta usted sus energías y su virilidad tomando Sanatogen. Rompa las cadenas de la debilidad que le aprisiona, decídase a estar sano, pleno de energía y virilidad reanimando cada célula de su cuerpo y sus nervios, el alimento más tónico que puede obtenerse. El uso durante seis semanas y después de haber vuelto el sueño profundo y el apetito, el paciente recuperó su poder sexual plenamente. Haga su prueba con este tónico. Antes de lo que usted ahora pudiera imaginar, tendrá lugar su efecto fortificante sobre su sistema nervioso”. *Relator*, 30 de septiembre, 1931, p. 6.

Las compañías farmacéuticas, en consonancia con la estrategia publicitaria empleada, expandieron la idea de la enfermedad como constitutiva de la naturaleza femenina. La concepción de la enfermedad como un padecimiento de orden fisiológico permitió que se ignoraran sus orígenes políticos: la división sexual del trabajo, la no remuneración de las labores domésticas, la exigencia de una sexualidad activa sin placer y la heterosexualidad obligatoria, entre otras imposiciones adscritas a la diferencia sexual.

REFERENCIAS

- “Arizona”, *Wikipedia, s.d.*, <<https://es.wikipedia.org/wiki/Arizona>>, consultado el 10 de enero, 2019.
- Cardui cook book*, Tennessee, Chattanooga Medicine Co., 1912, <<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.31822035095629;view=1up;seq=1>>, consultado el 15 de diciembre, 2018.
- “Efecto placebo”, *Wikipedia, s.d.*, <http://es.wikipedia.org/wiki/Efecto_placebo>, consultado el 14 de junio, 2014.
- Finley, Harry, “Cardui medicine for difficult menstruation, leucorrhoea, backache, headache, dizziness and general female diseases”, *Museum of Menstruation and Women’s Health, s.d.*, <<http://www.mum.org/cardui1.htm>>, consultado el 23 de enero, 2018.
- Friedan, Betty, *La mística de la feminidad*, Madrid, Cátedra, 2009.
- García García, Víctor Manuel, *Remedios secretos y drogas heroicas. Historia de los medicamentos en Antioquia 1900-1940*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2008, <http://www.academia.edu/10287345/Remedios_secretos_y_drogas_heroicas._Historia_de_los_medicamentos_en_Colombia_Siglo_XX>, consultado el 20 de diciembre, 2018.
- “Góspel”, *Wikipedia, s.d.*, <<https://es.wikipedia.org/wiki/Góspel#Historia>>, consultado el 11 de marzo, 2016.
- Jácome Roca, Alfredo, *Historia de los medicamentos*, Bogotá, Academia Nacional de Medicina, 2003.
- Narváez Martínez, Carolina, “De la botica a la farmacia. La enfermedad de los nervios y el proceso de medicalización de la mujer a través de

- periódico *Relator*, Cali-Colombia, 1930-1940”, tesis de maestría en Estudios de la Mujer, México, UAM-Xochimilco, 2014.
- “Paul Robeson-Old black Joe”, <https://www.youtube.com/watch?v=H6Tvq_0tkyw&feature=kp>, consultado el 17 de diciembre, 2018 (video).
- “Pin up”, *Wikipedia, s.d.*, <<http://es.wikipedia.org/wiki/Pin-up>>, consultado el 11 de junio, 2014.
- Relator*, enero de 1930-diciembre de 1940.
- Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá*, vol. II, núm. 1, junio, 1933. “Rock me to sleep, mother”, <<https://www.youtube.com/watch?v=CHGgWOSTyDs>>, consultado el 17 de diciembre, 2018 (video).
- Siglo xx cancionero*, San Luis, Tennesse, San Francisco, Chattanooga Medicine Co., 1904, <<http://www.mum.org/songbk1.htm>>, consultado el 22 de abril, 2014.
- The Wine of Cardui case: in the District Court of the United States, Northern District of Illinois, Eastern Division, 1916*, s. l., United States District Court, [1916].
- United States District Court [1916?], *The Wine of Cardui case: in the District Court of the United States, Northern district of Illinois, Eastern division, 1916*.
- “*Viburnum prunifolium*”, *Wikipedia, s.d.*, <http://es.wikipedia.org/wiki/Viburnum_prunifolium>, consultado el 14 de junio, 2014.

PRÁCTICAS Y REPRESENTACIONES

Marianne Patricia Guadalupe Bourdelle Cazals Kirsch

INTRODUCCIÓN

El 2 de febrero de 1846 se emitió en la Ciudad de México el decreto presidencial que dio existencia formal al Cuerpo Médico Militar (CMM), en arreglo a su reglamento, obra del médico militar Pedro Vander Linden. En el presente capítulo se analizan las razones más importantes de su creación, a partir de la comparación entre el *Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar* (CSM) que surgió por la Ley del 6 de agosto de 1836 y la propuesta del doctor Vander Linden para crear el CMM, normado por su propio reglamento, que refleja la modernización de los servicios de salud militar con la integración de cirujanos egresados de la Escuela Nacional de Medicina y con la introducción de innovaciones administrativas, operativas y, de manera particular, en materia de atención a la salud, orientadas a garantizar un servicio eficaz y rápido al soldado herido o enfermo, evitando el dispendio de recursos materiales y humanos. La Guerra de Intervención Norteamericana de 1846-1848 sería el escenario donde se pondría a prueba la nueva propuesta de sanidad militar. El presente trabajo está sustentado, primordialmente, en fuentes primarias del AHCM, el AHSEDENA, el AHFM de la UNAM, la HNM y la BVG, en París, Francia. Asimismo, forma parte de la tesis de doctorado en Historia de las Ciencias de la Salud, actualmente en curso.

El 12 de febrero de 1846 don Mariano Paredes y Arrillaga, general de división y presidente interino de la república, firmaba en

Palacio Nacional un decreto para disolver el CSM, hasta entonces en funciones, para crear en su lugar el CMM. El presidente justificaba la necesidad de tomar esta medida ante la incapacidad e indolencia mostradas por el personal de sanidad para atender con eficacia las necesidades del soldado que generosamente derrama su sangre en defensa de la patria. La intervención del doctor Vander Linden sería crucial no sólo en la constitución del CMM y en la concepción y elaboración de su reglamento, sino también en su puesta en operación durante la guerra, declarada por el Congreso de Estados Unidos el 13 de mayo de 1846.

El novedoso y primordial objetivo del CMM sería el de asistir *in situ* al soldado caído; es decir, al fragor de la batalla, en un esfuerzo por dejar atrás la añeja y lamentable práctica de abandonar a su suerte a los heridos, ante la imposibilidad, en primer lugar, de brindarles una atención inmediata y, luego, de evacuarlos a algún hospital permanente. La meta fundamental consistiría entonces en socorrerlos de la manera más pronta y eficaz posible, y en trasladarlos a los hospitales permanentes más cercanos. Ésta sería una de las principales causas a las que habrían de servir los oficiales de salud y que distinguiría al CMM de los anteriores cuerpos de sanidad.

Para lograr su objetivo, el reglamento preveía no sólo la forma de organizar a los oficiales de salud y a los facultativos, además de fijar su sueldo y su posición en la jerarquía militar, sino también crear las diversas estrategias que habrían de ponerse en práctica. La economía de recursos y el incremento en la eficiencia de los servicios de salud serían las principales directrices de esta propuesta. Así, además del nuevo esquema de organización del personal de salud, los hospitales permanentes se modificarían tanto en número como en operación; además, se buscaría abatir la elevada tasa de morbilidad (más de 50 por ciento) entre los integrantes del ejército mexicano y se atendería, particularmente, la creación de los servicios de ambulancia, que garantizarían al militar la pronta y adecuada atención médica y su evacuación hasta un hospital permanente, donde quedaría en manos de facultativos preparados. Finalmente, en un rasgo humanitario, se establecía la obligación de atender con el mismo

esmero tanto al soldado que defendía a la patria como a aquel que luchaba bajo la bandera del invasor.

ANTECEDENTES. ¿QUIÉN FUE PEDRO VANDER LINDEN?

Nacido en 1808, en Bruselas, Bélgica, se graduó como doctor en Medicina en la Universidad de Bolonia. La información registrada en su hoja de servicio del ejército mexicano¹ pone de manifiesto el profesionalismo y la valentía con que ejerció sus deberes en el campo de batalla, tanto en Europa como en México. Participó en diversas campañas en Francia: asistió a los heridos en la toma del Louvre y de las Tullerías en París, el 29 de julio de 1820. Desde ese año y hasta 1822, desempeñó con honores su profesión en la campaña de Bélgica contra Holanda y en el sitio de la ciudadela de Amberes. Por sus méritos recibió diversas condecoraciones. Asimismo, ejerció distintos cargos, entre otros, el de médico del Hospital de Bruselas por designación “del Rey de los Belgas” y del “Jefe del grande Hospital de los coléricos”.² Al morir sus padres, en 1832, decidió emigrar a México. Tres años después se graduaba como profesor de cirugía; decidió entonces establecerse en Guadalajara, donde comenzó a impartir clases de cirugía operatoria en el Hospital de Bethlemitas. El 28 de abril de 1837 se integró como médico militar al Batallón Allende del ejército mexicano. En 1838 ingresó a la Academia de Medicina de México y se graduó como doctor en medicina y cirugía en la Nacional y Pontificia Universidad de Guadalajara. Ese mismo año contrajo matrimonio con María Josefa Sánchez, con quien tuvo una hija. Dos años después ocupó la Dirección General del Hospital Militar de Guadalajara y obtuvo el cargo de protomédico del Departamento de Jalisco. Al año siguiente fue ascendido al grado de coronel “por el excelentísimo señor General Santa Anna”.³ En

1 AHSEDENA, Dirección de Archivo Militar, exp. XI/111/2-905. Vander Linden, Pedro. Gral. del Cpo. Médico Militar, Departamento de Archivo, Correspondencia e Historia, Cancelados.

2 *Loc. cit.*

3 *Loc. cit.*

noviembre de 1845 dimitió de sus funciones como médico cirujano militar debido a “la absoluta nulidad y vicioso arreglo con que [el Cuerpo de Sanidad Militar] se maneja desde hace once años a esta parte”.⁴ Su preocupación por transformar los servicios de salud en el ejército se hizo patente en la reorganización que propuso a través de la creación del CMM. Desde el 17 de febrero de 1846 hasta el 29 de julio de 1850, ejerció como inspector general del recién creado CMM. En julio de 1848, obtuvo el grado de doctor en Medicina por Luisiana, Estados Unidos. En 1860, falleció en el desempeño de su profesión, durante una epidemia de tifo.

LA SITUACIÓN DEL CUERPO DE SANIDAD MILITAR DE 1836

A partir de un minucioso análisis llevado a cabo con los “estados de la plana mayor del ejército, y el escalafón de la dirección general”, y a pesar de las “inconsistencias en los documentos consultados”,⁵ Vander Linden encontró varias de las causas y consecuencias del mal funcionamiento del CSM, entre las que destacaban: a) la ineficiente distribución de funciones entre sus facultativos; b) el dispendio de recursos ocasionado por los gastos innecesarios para atender la salud de los integrantes del ejército mexicano; c) el exceso en el número de hospitales permanentes; d) la elevada tasa de morbilidad en las filas del ejército, debido a la insuficiencia de facultativos y al hecho de que no se observaban las medidas de sanidad para prevenir las enfermedades, y e) la pésima rendición de cuentas ocasionada por la inexistencia de un sistema administrativo adecuado. A continuación se abordará cada uno de estos puntos de manera más detallada.

4 P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo de Salud Militar, seguida de un proyecto de reglamento del mismo, para los oficiales de sanidad del ejército*, 1845. [N.E. el nombre oficial es Cuerpo de Sanidad Militar; sin embargo, el libro de Vander Linden lo nombra Cuerpo de Salud Militar]. En su hoja de servicio aparece la siguiente anotación: “Usó de licencia absoluta y se le abona este tiempo por superior orden de 5 de marzo de 1846”. AHSEDENA, Dirección de Archivo Militar, exp. XI/111/2-905. VANDER LINDEN, Pedro. Gral. del Cpo. Médico Militar, Departamento de Archivo, Correspondencia e Historia, Cancelados.

5 P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, p. 10.

Centralización de las funciones en el CSM

El esquema de organización del CSM establecía un puesto de director general y dos de inspector para encargarse de un sinnúmero de aspectos relativos no sólo a la atención sanitaria, sino también a la administración tanto de los hospitales permanentes como de los recursos financieros. De esta manera, la dirección del CSM, que descansaba en un solo individuo, centralizaba una serie de funciones tanto científicas como administrativas, mismas que eran manejadas “al antojo” del titular del puesto, dado que no existían normas que rigieran su desempeño, pues la Ley del 6 de agosto de 1836 había establecido de una manera excesivamente general las obligaciones del CSM, a saber: “vigilar la salud del ejército, cuidar del arreglo y economía de los hospitales militares, y por último vigilar sobre todo lo concerniente al servicio de salud”.⁶

En lo tocante a las funciones del director general, establecidas en el *Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar*, éstas concernían, sobre todo, a aspectos administrativos y operativos, a saber: a) transmitir las órdenes del gobierno a sus subalternos; b) proponer a los facultativos para ocupar las plazas que se liberaban y los puestos en los hospitales militares; c) establecer reglamentos para la administración de los recursos y para el funcionamiento de los hospitales militares y, por último, d) presidir las oposiciones de los candidatos a ocupar plazas en el CSM. No se menciona nada vinculado con la preservación de la salud de los integrantes del ejército.

Por otra parte, además de asistir al director general en sus funciones, los inspectores estaban obligados a visitar cada año los hospitales militares y a dirigir la organización de los hospitales temporales donde hubiese necesidad de establecerlos, en caso de epidemia o de guerra. Cabe destacar aquí que uno de los requisitos para integrarse al CSM como director general o inspector era el de ostentar el título de médico cirujano. No obstante, en palabras de Vander Linden, el resultado era que el director general se limitaba a llevar a

6 *Ibid.*, p. 14.

cabo labores “meramente de oficinista”, con gran desprestigio hacia su profesión.

El dispendio económico

Uno de los hallazgos más importantes del médico belga fue el hecho de que la hacienda pública sufragaba, en el rubro de asistencia a los militares enfermos, la cantidad de 75 114 pesos en sueldos al personal de salud, a lo que había que agregar otros 83 790 para cubrir la estancia de los enfermos y heridos en los hospitales militares, además de 39 217 pesos más que se cubrían a 10 hospitales civiles, sumando un total de 198 121 pesos anuales. Vander Linden aclaró que esta cifra era aproximada, pues no disponía de la totalidad de los documentos necesarios para llevar a cabo su análisis y, sobre todo, destacaba que dicha cantidad no cubría a todos los miembros del ejército, sino sólo a las dos terceras partes del efectivo, dado que el otro tercio se encontraba en regiones inhóspitas, sosteniendo “escaramuzas [...] contra los bárbaros o contra los revoltosos del interior”, de tal manera que no había quién los asistiera por “falta de cirujanos aun para las divisiones y brigadas que operan en campaña”.⁷ A este respecto, cabe mencionar que la creación en 1833 del Establecimiento de Ciencias Médicas, como resultado de la supresión de la Nacional y Pontificia Universidad de México, por órdenes del vicepresidente Valentín Gómez Farías—médico de profesión—, tuvo un gran impacto en el CSM establecido por decreto en 1831: al fundirse las profesiones de médico y de cirujano en una sola, el personal de salud que no se encontraba certificado como médico cirujano fue separado de su cargo, dejando de prestar sus tan necesarios servicios.⁸ Por otra parte, los sueldos eran muy reducidos, de tal manera que los nuevos médicos preferían ejercer su profesión en el ámbito civil, en ciudades como México y Guadalajara, donde podían obtener remuneraciones mucho más atractivas en

7 *Loc. cit.*

8 Antes de la creación del Establecimiento de Ciencias Médicas, la Escuela Nacional de Cirugía proveía de cirujanos al ejército de la república.

comparación con las que percibían los oficiales de salud, a lo que se aunaba el hecho de no tener que someterse a los riesgos e incomodidades que implicaba seguir a las tropas en sus desplazamientos por el país, sobre todo en las regiones inhóspitas. Los requisitos que se establecían para ingresar al CSM, creado en 1836, eran ser ciudadano o naturalizado en la república, “estar ecsaminado en medicina y cirugía para los empleos de director general é inspectores; y para los demás, en cirugía, exceptuándose los practicantes”.⁹ En el cuadro 1 se presentan los puestos, cargos militares y sueldos anuales que percibía el personal del CSM.

CUADRO 1
Puestos y sueldos del personal de salud del CSM creado en 1836

Puesto	Cargo militar	Cantidad	Sueldo anual (pesos)
Director general	Coronel	1	1700
Inspector	Teniente coronel	2	1200
Director de hospital	Primer ayudante	7	800
Profesor de departamento	Primer ayudante	5	720
Cirujano de cuerpo	Capitán de Infantería	29 (uno por cada batallón, brigada o regimiento)	720
Cirujanos de armadas	Capitán de Infantería	Uno por cada buque	720
Cirujanos de las Californias (uno para la Alta y otro para la Baja)	Capitán de Infantería	2	1143
Practicantes primeros	Subteniente	7	400
Practicantes segundos	Subteniente	7	400

Fuente: P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, p. 22.

La increíble cantidad de enfermos...

Al comparar la cifra de enfermos notificada por los hospitales permanentes, Vander Linden encontró que representaba más de 50 por ciento con respecto a la fuerza efectiva del ejército; es decir, de 32360 hombres,¹⁰ 16401 estuvieron enfermos en un año. Al buscar la explicación de esta elevada morbilidad, halló tres razones: 1) la inobservancia de las reglas higiénicas en los cuerpos; 2) la escasez de

9 *Ibid.*, p. 27.

10 Al primero de junio de 1845, cuando Vander Linden escribía esta memoria, y de acuerdo con ella, el ejército mexicano estaba conformado por 60 batallones de infantería; 42 escuadrones de caballería y cuatro brigadas de artillería.

cirujanos, y 3) el pésimo servicio que prestaba el personal de salud debido a la ausencia de un reglamento que normara adecuadamente su operación.

El exceso en el número de hospitales permanentes

En el *Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar* se establecía que los nosocomios del ejército, llamados “hospitales permanentes”, serían de primera clase; entre ellos se encontraban los de Veracruz, Santa Anna de Tamaulipas, San Luis y Chihuahua, mientras que los de Campeche, San Juan Bautista de Tabasco, San Cristóbal de Chiapas, Perote, Acapulco, San Blas, Matamoros, Leona Vicario, Durango, Arizpe, Monterrey en la Alta California y La Paz en la Baja, se clasificaron como de segunda clase. Cabe destacar que la Ciudad de México carecía de un hospital militar, de tal manera que el gobierno debía pagar la estancia de los soldados que requerían ingresar a algún nosocomio, generalmente el Hospital Civil de San Andrés, lo que implicaba una considerable erogación, si se toma en cuenta el comentario de Vander Linden en el sentido de que era “muy raro que un enfermo dure menos de 10 días en un hospital”.¹¹ Cuando un militar era hospitalizado, el supremo gobierno cubría la sobrestancia de cuatro reales, mientras que el soldado, de su paga, desembolsaba otros dos. No obstante, esta disposición no rendía los frutos esperados, de tal manera que el 11 de enero de 1844 el general José María Tornel se expresó así ante el Congreso:

En el Hospital General de San Andrés de esta capital, se asiste a los enfermos militares, por una especie de contrata. En dicho hospital no se atiende a los enfermos militares como es debido, quizá por el atraso en el pago de las sobrestancias; y desde luego, sería conveniente imponer al Director del Cuerpo la obligación de asistir diariamente a ese esta-

11 *Ibid.*, p. 11.

blecimiento, para evitar de ese modo el precioso tiempo que se pierde en correr trámites y evacuar informes.¹²

Por otra parte, en opinión de Vander Linden, el número de hospitales militares era excesivo con respecto a la cifra de soldados en activo, además de que resultaban muy onerosos. A lo anterior se aunaba el hecho de que su ubicación no era la más conveniente, pues en general las tropas no estaban estacionadas en esos sitios, de tal manera que, en caso de necesidad, se veían obligadas a recurrir a los servicios de los hospitales civiles. Como ejemplo, citó el caso del Hospital Militar de San Blas, en Nayarit, fundado durante la Colonia y que sirvió a los fines de la metrópoli para atender tanto a pasajeros como a la tripulación de los buques mercantes y de guerra, pero que ya en los tiempos de la república resultaba inútil, dado que del puerto habían desaparecido los buques y las guarniciones, de tal manera que el director que se encontraba en ese hospital desde 1837 devengaba injustificadamente su sueldo. En Acapulco existía una reducida guarnición de soldados. Sin embargo, el erario desembolsaba una cantidad considerable de recursos para pagar los sueldos de los empleados tanto administrativos como facultativos del hospital que ahí se encontraba.

LA PROPUESTA DE REORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SANIDAD MILITAR

Acompañado con un escrito dirigido al “Excmo. Sr. Presidente de la República, General de División D. José Joaquín de Herrera”, el 6 de

12 Apud J. L. Sedano, *Historia del Servicio de Sanidad Militar en México*, 1987, p. 31. En 1820, las Cortes, reunidas en Madrid, decretaron la supresión de los órdenes religiosos. A partir de entonces, los hospitales atendidos anteriormente por religiosos quedaron bajo la administración del Ayuntamiento, que creó la Comisión de Hospitales. Todos sufrieron un largo y profundo proceso de deterioro debido, principalmente, a la falta de recursos para sostenerlos. El caso del Hospital General de San Andrés no fue la excepción; las contrataciones establecidas por el Ayuntamiento con los hospitales para que atendieran a los pobres y a los militares, traducidas en el pago de sobrestancias, resultaron en la enorme acumulación de deudas por parte del gobierno.

noviembre de 1845,¹³ Pedro Vander Linden presentó la *Memoria sobre el Cuerpo de Salud Militar* y un proyecto de reglamento para la creación del CMM, que se haría cargo de la salud de los miembros del ejército mexicano (ilustración 1). Ahí, el autor comunicaba al presidente que, de acuerdo con sus deseos, se había ocupado de analizar la situación del CSM por entonces en funciones, proponiendo su disolución y la consiguiente creación del CMM, organizado en arreglo al reglamento que había elaborado. Ciertamente, la creación de este último llevó la impronta de su experiencia como médico militar en Europa, pues en su *Memoria sobre el Cuerpo...* afirmaba que:

La imperiosa necesidad de un cuerpo militar es tan evidente [...] que debe considerarse como un axioma en todo país donde ecsiste un ejército; así es que en las naciones belicosas de Europa, este cuerpo está admirablemente organizado.¹⁴

El dictamen de Vander Linden estuvo acompañado por una serie de documentos administrativos, muchos de su creación, sobre los cuales se sustentaron sus conclusiones.

La propuesta que hizo de un nuevo servicio de sanidad militar incluye una diversidad de aspectos que, por razones de espacio, se limitarán aquí a los primordiales. El primero fue la creación de un nuevo esquema de organización del personal de salud de acuerdo con sus funciones, su cargo militar y su sueldo, y que se muestra en el cuadro 2.

CUADRO 2

Puestos, cargos militares y sueldos de los oficiales del CMM en tiempos de paz

Puesto	Cargo militar	Cantidad	Sueldo mensual (pesos y reales)
Inspector general	General de brigada	1	250
Director de Hospital de Instrucción	Coronel	1	205.3
Profesor de hospital	Teniente coronel	5	137.4
Médico cirujano del ejército	Comandante de batallón	40	122.3
Ayudante de primera clase	Capitán	40	45.1
Ayudante de segunda clase	Teniente	40	36.3
Aspirantes	Subteniente	20	21.1
Alumnos meritorios	--	Número indefinido	--

Fuente: P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, pp. 33 y 48.

13 *Loc. cit.*

14 P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, p. 7.

ILUSTRACIÓN 1

Portada de la Memoria sobre el Cuerpo de Salud Militar.



Fuente: P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, portada.

Nota: Se aprecia la dedicatoria autografiada de Pedro Vander Linden al doctor Hipolite Larrey, hijo del destacado cirujano militar Dominique Jean Larrey. Se observa, asimismo, la firma de Larrey.

Entre los cambios más notables se encuentran los siguientes: la creación de un Consejo de Sanidad compuesto por el jefe de la plana mayor general del ejército, el inspector general y el director del Hospital de Instrucción. Entre las funciones de este consejo estarían las de dictar las “medidas más convenientes al servicio del cuerpo”¹⁵ y proponer al gobierno las mejoras que considerara más convenientes para el CMM. Enseguid, destaca la desaparición del cargo de director general, además de los dos puestos de inspector, con el consiguiente ahorro de 4 100 pesos anuales. En el nuevo reglamento se propone sólo un inspector general, quien tendría la responsabilidad general de la operación y del desempeño del CMM; por encima de él se encontraría únicamente el ministro de la Guerra. Cabe destacar aquí que, a pesar del ahorro que representó la eliminación de los sueldos correspondientes al director general y a los dos inspectores, en este

15 *Ibid.*, p. 33.

nuevo esquema el inspector general ganaría 250 pesos mensuales, en vez de los 100 que se establecía en el anterior reglamento, lo cual significaba una erogación anual de 3 000 pesos. Tal vez esta diferencia en el sueldo pudiera explicarse por las responsabilidades que recaían en quien desempeñara el puesto, ya tendría que hacerse cargo de “todo lo relativo al cuerpo Médico-militar”.¹⁶

Otra novedad importante fue la creación del cargo de director del Hospital de Instrucción. Vander Linden estaba particularmente interesado en contar con una institución de ese tipo en la Ciudad de México, no sólo para atender a los miembros del ejército que requirieran de los servicios hospitalarios, sino también para formar ahí a los futuros médicos cirujanos militares, como había sido la tradición con otros hospitales de instrucción. A este respecto, cabe mencionar que, por decreto del 12 de febrero de 1846, el exconvento de San Hipólito quedó formalmente instituido en Hospital Militar de Instrucción, bajo la dirección del médico Luis Carrión.

Volviendo a las diferencias entre ambos reglamentos, destaca el hecho de que el cargo de director de hospital fue sustituido por cinco profesores de hospital, cada uno con un sueldo de 137 pesos mensuales. Los puestos de cirujano de cuerpo (29), cirujanos de armadas y cirujanos de las Californias (dos), desaparecieron definitivamente y fueron sustituidos por 40 médicos cirujanos del ejército. Por último, los practicantes primeros (siete) y segundos (siete) fueron reemplazados por 40 ayudantes de primera clase y otros 40 de segunda clase. Esta disposición del personal de salud operaría en tiempos de paz, pero podría aumentar en tiempos de guerra.

Con respecto a esta reorganización del personal de salud militar, es clara la desaparición de aquellos cargos que fueron perdiendo importancia una vez surgida la república; por otro lado, el interés de

16 *Loc. cit.* Cabe tomar en cuenta que el doctor Vander Linden fue el primer inspector general del nuevo CMM. Es posible que al redactar este documento tuviera en mente la gran posibilidad de ejercer dicho cargo, sobre todo, debido a su cercanía con el presidente Herrera y al hecho de que este último le había solicitado la elaboración de una propuesta de reorganización de los servicios de salud del ejército mexicano.

Vander Linden en la presencia del Consejo de Sanidad¹⁷ en este CMM podría interpretarse como un intento de equilibrar las funciones que tendría que desempeñar el inspector general, en una estructura que, no obstante, conservaba la verticalidad que caracterizó al anterior CSM. Asimismo, cabe pensar que la guerra con Estados Unidos se convertía en una amenaza cada vez más cercana; de llegar a ocurrir, el reglamento preveía el aumento en el número de cirujanos del ejército, pero ciertamente se darían circunstancias extraordinarias que rebasarían la capacidad de un solo hombre para resolverlas, de tal manera que el Consejo de Sanidad podría resultar de gran ayuda al inspector general.

En cuanto a los requisitos para ocupar los puestos, desde inspector general hasta profesor de hospital, Vander Linden se preocupó de que los candidatos tuvieran una preparación académica de mayor nivel que los oficiales del CSM, pues para los cargos de inspector general, director de Hospital de Instrucción, profesor de hospital y cirujano del ejército, era necesario, además de contar con el diploma de médico cirujano, presentar una constancia como docente de alguna institución.

EL SISTEMA DE RECOMPENSAS

Al cirujano militar Vander Linden le interesaba particularmente lograr la permanencia de los facultativos en el CMM. Para tal fin, ideó un sistema de recompensas que le daba la vuelta al impedimento para lograr ascensos, pues la cantidad de puestos superiores para los médicos era muy limitada. De esta manera, a diferencia de lo establecido en el *Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar* de 1836, que hace una breve mención en su artículo 14 a “la gratificación de campaña correspondiente á su clase” que recibirían los integrantes de esa corporación por su buen desempeño, Vander Linden propuso un esquema de recompensas pecuniarias donde el individuo que per-

17 En el reglamento se prevé que el Consejo de Sanidad se encargaría de “los casos extraordinarios, y los que no están previstos en estos capítulos [del reglamento]”. *Loc. cit.*

maneciera por más de 10 años en servicio recibiría su paga más una cuarta parte del sueldo que le tocaba por ley; aquel que cumpliera 15 años sería recompensado con su sueldo más un tercio de éste; finalmente, al oficial que llegara a cumplir 20 años en servicio activo se le premiaría cubriendo su sueldo y media paga más. Otra manera de recompensar la fidelidad y el buen desempeño del personal de sanidad fue la creación de una medalla especial “para recompensar los servicios distinguidos prestados a los soldados heridos o enfermos, y los científicos relativos al Cuerpo-Médico Militar por los oficiales de salud” (ilustración 2).¹⁸ Esta condecoración, que otorgaría el ministro de Guerra, se daría también al personal que cumpliera 25 años de servicio. En materia de derechos cabe destacar que los integrantes del nuevo CMM, además de gozar del monte pío, ya previsto en el reglamento de 1836, verían beneficiadas a sus familias con un servicio de atención médica.

ILUSTRACIÓN 2

Medalla de cinco puntas para premiar el desempeño de los oficiales del CMM.



Fuente: P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, p. 61.

¹⁸ *Ibid.*, p. 60.

El *Reglamento de los hospitales militares de la República Mexicana* de 1836 hace referencia, sobre todo, a los aspectos administrativos; en lo tocante a la atención sanitaria propiamente dicha, se limitaba a establecer que los inspectores generales realizarían una visita anual, en invierno, o bien, alguna extraordinaria en caso de epidemia o de guerra. Esta disposición proporciona una idea de la escasa supervisión de la que seguramente eran objeto estos nosocomios, pues el reglamento preveía dos cargos de inspector general en total, lo cual volvía prácticamente imposible que éstos se dieran abasto para visitar, en tres meses, los 16 hospitales que para entonces existían, en ocasiones localizados en regiones geográficas de difícil acceso. Durante esta inspección, los oficiales debían supervisar los defectos que encontraran en los edificios, la ventilación y la distribución de las salas, los depósitos de cadáveres, los anfiteatros de inspección y los campos para la sepultura. En cuanto a los directores de hospital, tenían la obligación de asistir a los enfermos, “ministrándoles con la mayor escrupulosidad y eficacia los socorros propios de su facultad”, además de supervisar el orden y aseo en el interior de los hospitales y responsabilizarse de la conservación del instrumental quirúrgico y de las medicinas, a lo que se aunaba la vigilancia de que los alimentos estuvieran “bien condimentados y de que se ministren a los enfermos con toda puntualidad”.¹⁹

Las medidas que estableció Vander Linden en el *Reglamento del Cuerpo Médico Militar* hacen patentes los grandes cambios que se buscaba lograr en la atención de los enfermos y los heridos, así como el interés por obtener el mayor rendimiento posible de los recursos. Desde esta perspectiva, se observa una notable diferencia con lo estipulado en el anterior reglamento, pues hace énfasis en normar el uso de los recursos, así como la operación de los hospitales a través de una gran variedad de formatos. De este modo, por ejemplo, en la ilustración 3 se muestra el “Modelo Núm. 8” relativo al ingreso y egreso de pacientes en el Hospital Permanente de San Luís Poto-

19 *Ibid.*, p. 30.

sí. Ahí se puede observar que, además del registro de ingresados y egresados, se anotó el cuerpo al que pertenecían. Los egresos podían ser en calidad de sanos, de inútiles para seguir sirviendo en las filas del ejército o, en el peor de los casos, de muertos. Un dato administrativo importante era el número de “estancias”, referidas a los gastos por hospitalización. Asimismo, en el formato se observa información de interés acerca del diagnóstico de los clasificados como “inútiles” y de los fallecidos, así como las “fiebres intermitentes” achacadas a las inclemencias del clima y a la falta de vestimenta adecuada, asunto este último por demás común en el ejército debido a la falta de recursos. Cabe destacar la mención al alcoholismo, enfermedad endémica de las fuerzas militares en aquellos tiempos, así como los pocos casos de sífilis registrados, gracias a los ejercicios diarios “que quitan, en provecho del servicio, el tiempo ocioso que predispone a todos los vicios”.²⁰ Se detalla la terapéutica de la época, donde todavía se practicaban las sangrías y los enemas, y que permite apreciar que si bien los galenos se formaban ya de acuerdo con el modelo anatomopatológico de la enfermedad, la medicina se encontraba aún en un proceso de transición.

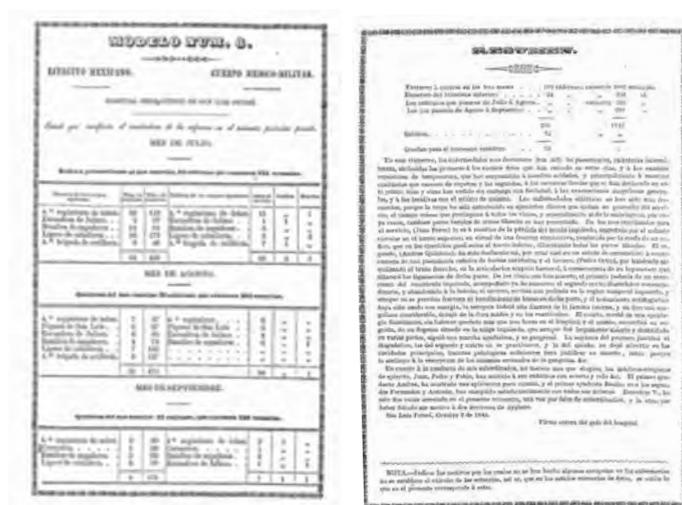
Por otra parte, el personal de salud debía llevar a cabo guardias de 24 horas y, una vez terminadas, elaborar un informe de lo ocurrido durante las mismas. Los enfermos tenían que ser visitados por los facultativos en la mañana y en la tarde, y el capitán del hospital tendría que realizar una visita a la hora de la distribución de los alimentos, con el fin de asegurarse de que fueran adecuados en cantidad y calidad y, además, que los utensilios, así como las camas y las salas de los enfermos y heridos, estuvieran aseadas de manera conveniente. En lo tocante a las medicinas, éstas serían proporcionadas por las boticas por contrata, a partir de subastas que se llevarían a cabo anualmente. Asimismo, se establece que la nación habría de proporcionar, por única ocasión, los enseres necesarios para su funcionamiento, sin aclarar de manera específica a qué se refiere. En cuanto a las funciones del personal de salud, el reglamento dejaba establecido con claridad que el profesor de hospital sería el único au-

²⁰ *Ibid.*, p. 59.

torizado para llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas y que los soldados de ambulancia, vestidos con una levita de brin, llevarían a cabo las funciones de enfermeros. Por otra parte, en cada hospital habría un administrador, un cocinero y un portero. El primero tenía la obligación de llevar un libro donde registraría los ingresos y egresos, pagaría una fianza y, además, residiría en el hospital. Para compensar los inconvenientes que esto pudiera causarle, se dispuso que el oficial retirado o pensionista, nombrado administrador, recibiría una compensación que, junto con su paga, le reeditaría un sueldo mensual de 1 500 pesos. Vander Linden había previsto la constitución de un fondo de hospitales, que se conformaría tomando medio real diario de las estancias y sobrestancias, y que se destinaría a cubrir diversos gastos, como los sueldos de los afanados de obra, la compra y recomposición de enseres, el alquiler de locales y las reparaciones, además de los cajones de madera, cubiertos con un paño mortuorio, donde serían colocados los soldados fallecidos en el hospital.

ILUSTRACIÓN 3

Formato de informe de ingreso y egreso de pacientes, Hospital Permanente de San Luis Potosí.



Fuente: P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, pp. 57-58.

Por otra parte, Vander Linden redujo la cifra de hospitales militares a cinco: Veracruz, Tampico, Matamoros, Chihuahua y San

Luis, además de la instalación del Hospital Militar de Instrucción en el exconvento de San Hipólito, en la Ciudad de México. Cabe destacar que se preocupó también por asegurar la preparación y actualización profesional de los médicos, pues el reglamento establecerá que el director del Hospital de Instrucción debía dictar, cada día, la cátedra de Clínica Médico-Quirúrgica, además de que uno de los profesores de este mismo nosocomio debía impartir la cátedra de Anatomía Topográfica.

DE LA SALUD DE LOS INTEGRANTES DEL EJÉRCITO MEXICANO

La prevención de las enfermedades y la pronta atención de los accidentados en los ejercicios militares fue una de las preocupaciones del facultativo belga. Por ello, en el reglamento se estableció que sería necesario garantizar que todos los reclutas hubiesen recibido la vacuna antivariolosa, además de que se notificaran a la brevedad los casos de enfermedades contagiosas y que los oficiales de salud estuvieran siempre presentes durante los ejercicios militares, en especial los de caballería y aquellos que implicaran el uso de armas; además, cada mañana el personal de sanidad debía realizar una visita a los cuarteles para identificar a los soldados que hubiesen caído enfermos y, si su condición lo exigía, enviarlos a la enfermería. Al convalescer, se reintegrarían al cuartel, previa revisión por parte de los oficiales de salud, quienes tenían la obligación de certificar que el individuo estaba apto para su reincorporación.

ORGANIZACIÓN Y MANEJO DE LOS BOTIQUINES Y DEL INSTRUMENTAL MÉDICO

En el reglamento de 1836 no se hace mención alguna al uso de los botiquines de campaña con el material de curación y los remedios, así como tampoco a los instrumentos médicos, más allá de la necesidad de verificar que se encontraran en buen estado. Por el contrario, en el *Reglamento del Cuerpo Médico Militar* se estableció que, para

un mejor control en su manejo, esos botiquines debían estar numerados y que, además, tendrían un lado impar donde se dispondría el material de curación, mientras que en el lado par se guardarían los remedios (cuadro 3). Por otra parte, el doctor Vander Linden estableció también una serie de formatos administrativos que debían llenar los oficiales de sanidad, con el fin de mantener un control en el abastecimiento de remedios y materiales de curación. En cuanto al instrumental médico, al ingresar el personal de salud al ejército se le descontaba el costo, por única vez, de su paga, y se asignaba según su cargo (cuadro 4). Para solicitar el reabastecimiento de medicinas y materiales de curación, el médico militar debía llevar un registro diario de lo que utilizaba, y elaborar un informe al final de cada mes.

CUADRO 3
Contenido de los botiquines de campaña.

Lado impar	Lado par
Vendas enrolladas de manta	Polvos de jalapa
Vendas de Amburgo (<i>sic</i>)	Sulfato de sosa
Compresas de Amburgo (<i>sic</i>)	Hojas de sen
Hilas tejidas	Aceite de ricino
Hilas corrientes	Emético
Seda blanca fuerte, la mitad formada en ligaduras	Ipecacuana
Una docena de tablillas para fractura de a vara	Calomelano
Tres docenas de tablillas de a media vara	Sublimado corrosivo
Dos ruedas de esparadrapo	Sulfato de quinina
Tela de salud (varas)	Quina en polvo
Esponja fina lavada	Amoniaco líquido
Cloruro de cal sólido	Bicarbonato de sosa
Tres vasijas de hoja de lata y tres pichelos	Alcanfor
Un cojincito con agujas gordas (50)	Piedra infernal
Tres cojincitos con alfileres (200 cada uno)	Extracto de opio
Algodón cardado	Sal de nitro
	Acetato de plomo cristalizado (vejeto)
	Goma arábica en polvo
	Extracto de orozuz
	Ácido cítrico
	Emplasto de cantáridas para vejigatorio
	Emplasto de vigo con mercurio
	Ungüento mercurial doble
	Cantáridas en pedazos
	Extracto de belladonna
	Cloruro de sosa

Fuente: P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, p. 50.

CUADRO 4

Asignación del instrumental médico.

Primeros y segundos ayudantes	Médico cirujano del ejército	Inspector general, director y profesor de hospital*
6 escalpelos para disección 1 costótomo	12 escalpelos 8 cuchillos para amputaciones, surtidos	1 caja para la talla 1 cajita para las enfermedades de los ojos 1 caja para autopsias
4 cuchillos de amputación 1 sierra de amputación 1 torniquete 3 garrotes 1 saca-bala 1 tenáculum 1 pinza de disección 1 pinza de disección fija 6 agujas 1 llave para sacar muelas 2 pinzas para sacar muelas 1 estetoscopio 1 jeringa quirúrgica 1 portamocxa 2 ventosas y escarificador de 8 láminas 1 trocar 2 sondas de metal	1 sierra para amputación 3 torniquetes 3 garrotes 1 tenáculum 12 agujas surtidas para suturas 1 saca-bala 1 trépano completo 1 portamocxa 1 cauterio completo 1 llave para sacar muelas 2 pinzas para sacar muelas 1 serie de sondas de Mayor (sic) 1 sonda Belloc 1 escarificador de 12 láminas con 3 ventosas 1 pinza para pólipos 1 estetoscopio 1 jeringa quirúrgica 3 pinzas para ligaduras surtidas 1 jeringa de Muzeux 1 trocar	

* A estos oficiales se les asignaba el mismo instrumental que a los médicos cirujanos del ejército, más lo aquí enlistado.
Fuente: P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, p. 49

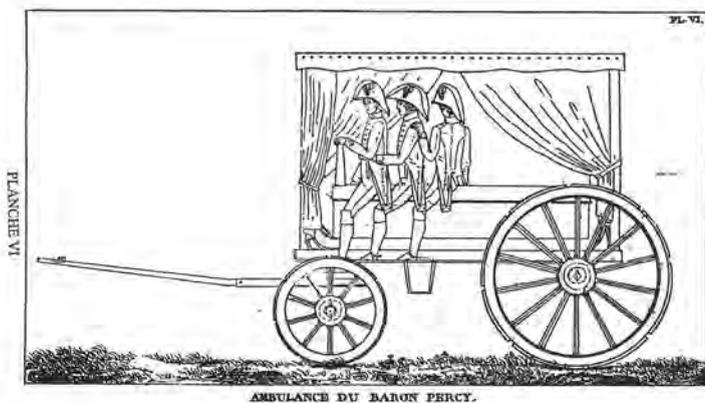
LA GRAN NOVEDAD: LA CREACIÓN DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS

Uno de los intereses fundamentales del doctor Vander Linden era prestar un servicio pronto y eficaz al soldado herido durante los enfrentamientos bélicos y que, de manera tradicional y por falta de recursos, quedaba abandonado a su suerte. Esta perspectiva resultaba sumamente desmoralizante para los soldados. Para cambiarla, ideó un servicio de ambulancia novedoso y, en teoría, bien organizado. Los soldados de ambulancia debían portar a la espalda los elementos indispensables para armar una camilla y recibir la instrucción necesaria para saber montarla. Además de esta camilla, el médico belga ideó una manera de transportar a los heridos, dependiendo de sus lesiones, a lomo de mula, utilizando lo que él llamó la “litera argelo-mexicana”. Ésta era una adaptación al medio mexicano de

las camillas que fueron resultado de las experiencias en batalla, en distintas épocas, de los ejércitos europeos. Una referencia importante es el *wurtz*²¹ del barón Pierre François Percy, cirujano militar que tuvo la idea de convertir un cajón de forma alargada, usualmente empleado para transportar armamento, en un contenedor de remedios, instrumental y material de curación para atender hasta a 1 200 hombres, encima del cual iban montados ocho cirujanos de tal manera que, desplazándose mediante la tracción de 10 caballos, podían acudir con presteza a los sitios donde caían heridos los soldados y atenderlos con prontitud (ilustraciones 4 y 5). Sobre el cabellete se colocaban camillas para levantar de inmediato a los heridos que no podían caminar hasta la ambulancia.²²

ILUSTRACIÓN 4

Ambulancia del barón Percy.



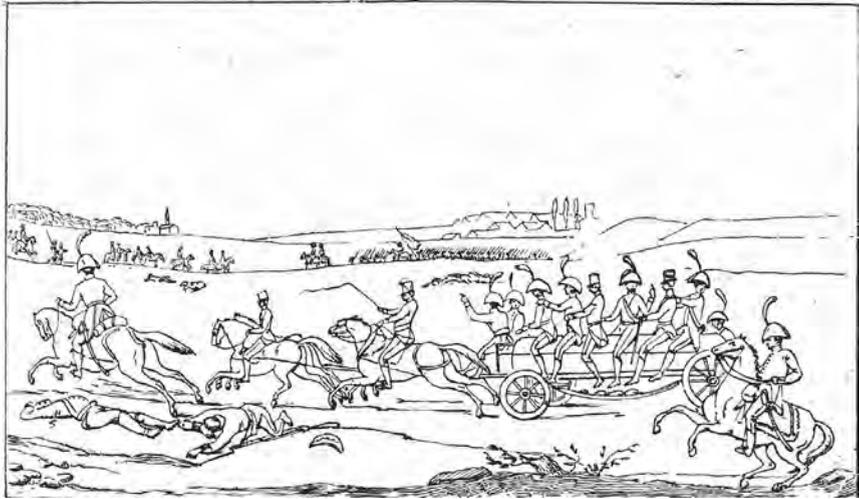
Fuente: D. J. Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes 1. Mémoires et campagnes, 1787-1811: campagnes de l'Amérique septentrionale, du Rhin, de Corse, des Alpes-Maritimes, de Catalogne, d'Italie, d'Egypte et de Syrie, de Boulogne, d'Ulm et d'Austerlitz, de Saxe, de Prusse, de Pologne, d'Espagne et d'Autriche*, 2004, p. VI.

21 *Wurtz* significa "salchicha" en alemán. El cirujano P. F. Percy se distinguió por sus servicios en la *Grande Armée* de Napoleón I. Practicó por primera vez la desarticulación del hombro mediante la resección de la cabeza del húmero. Las condiciones indignas para un ser humano en que quedaban abandonados los heridos en los campos de batalla, durante días, lo movieron a idear el *wurtz*. Fue miembro de la Academia Real de Medicina. Napoleón lo nombró caballero de la Legión de Honor. Su monumento ostenta la siguiente inscripción: "Fue el padre de los cirujanos militares".

22 "III. La médecine dans le passé. Le nector de la chirurgie militaire: le baron Percy", *La Médecine Internationale. Revue Mensuelle Illustrée. Médicale, Pharmaceutique, Scientifique et Littéraire*, 1912, pp. 219-230.

ILUSTRACIÓN 5

El barón Percy sobre un wurtz, en el campo de batalla.

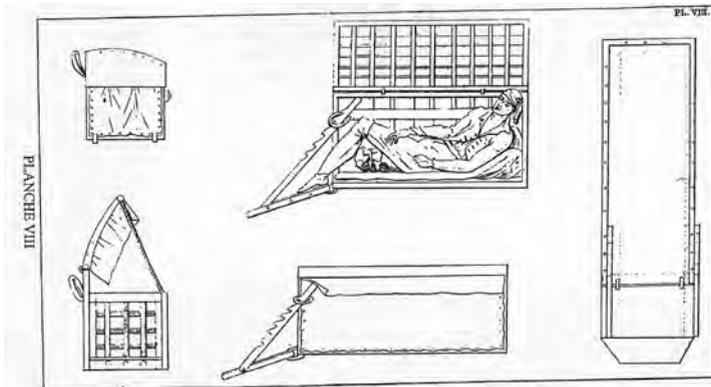


Fuente: "III. La médecine dans le passé...", p. 221.

Posteriormente, durante la campaña de Napoleón en Egipto, surgió una nueva manera de evacuar a los heridos, colocándolos en el interior de una "canasta". Enseguida, ésta era izada al costado de un camello para transportarlos al hospital más cercano (ilustraciones 6 y 7).

ILUSTRACIÓN 6

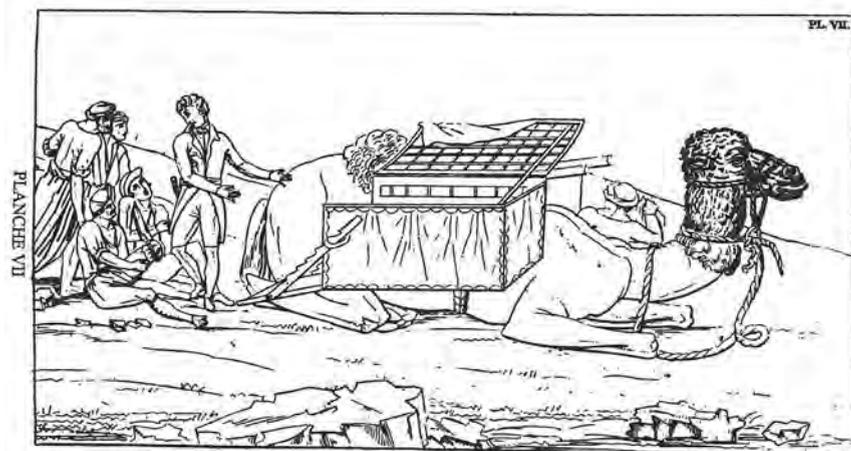
Canasta con litera para colocar al herido, campaña de Egipto.



Fuente: D. J. Larrey, *Mémoires de chirurgie...*, p.VII.

ILUSTRACIÓN 7

Transporte de los heridos utilizando un camello, campaña de Egipto.



Fuente: D. J. Larrey, *Mémoires de chirurgie...*, p.VII.

Por su parte, otro connotado cirujano militar, Dominique Jean Larrey,²³ perfeccionó un sistema para evacuar a los heridos adaptando un carrozco, tirado por dos caballos, en cuyo interior, sobre literas, podía colocarse a dos personas (ilustración 8). Además, el carrozco iría equipado con el instrumental y el material de curación necesarios. Este sistema se conoció como las “ambulancias volantes”²⁴ de Larrey.

En su *Memoria sobre el Cuerpo de Salud Militar*, Vander Linden expresó su interés por auxiliar de la mejor manera al soldado caído en defensa de la nación mexicana, ayudando al mismo tiempo a mantener el ánimo de los integrantes del ejército:

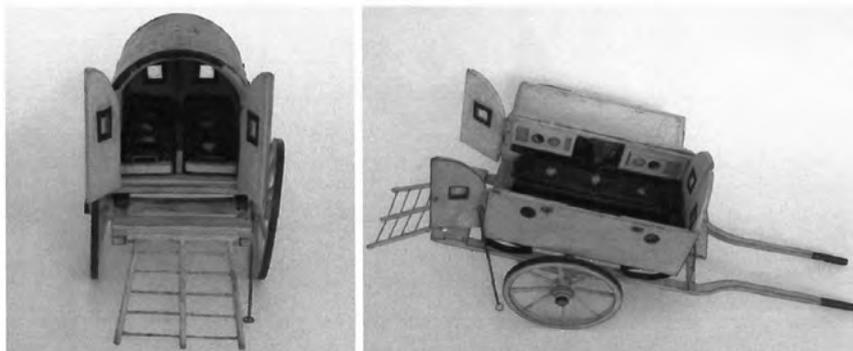
La falta de caminos carreteros o su pésimo estado cuando ecsisten, imposibilita el uso de los carros de construcción muy costosa, además que de fácil descompostura: la costumbre de servirse de asnos es intorelable en un ejército bien organizado, á mas de que un aparejo no puede ser-

23 Percy, Larrey y René Nicolas Dufiche Desgenettes fueron los tres grandes cirujanos de guerra de las fuerzas armadas de Napoleón. Fueron honrados por el emperador con una baronía. Sus nombres están inscritos en los pilares del Arco de Triunfo en París.

24 Llamadas así porque el objetivo era que acudieran lo más rápidamente posible; es decir, que “volaran” en ayuda de los caídos.

vir sino para un hombre cansado, pero de ningun modo para un herido ó enfermo grave: las mulas tienen el mismo inconveniente, y además, no pueden conducir sino un enfermo. Las literas argelo-mexicanas, que así las llamo por el modelo de donde saco su primera idea y por las modificaciones que con arreglo á nuestras circunstancias le agrego, remedian á todos estos inconvenientes.²⁵

ILUSTRACIÓN 8
"Ambulancia volante" del barón Larrey.

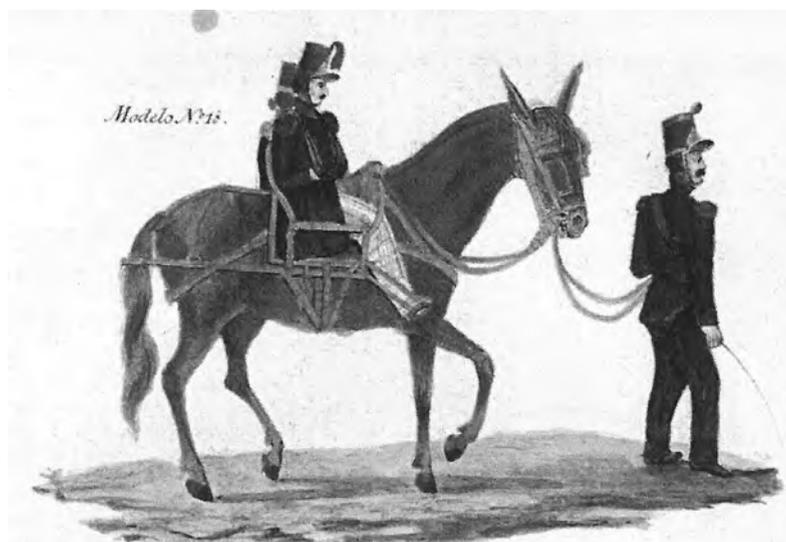


Fuente: Museo de Val-de-Grâce, París, Francia.

De esta manera, ideó un sistema mediante el cual una mula transportaría, a cada costado, a un herido sentado en una silla armada si su condición física lo permitía (ilustración 9), o bien, a un costado llevaría a un solo herido, recostado sobre una litera, mientras que en una silla colocada en el otro costado iría sentado un oficial de sanidad para atenderlo (ilustración 10). La mula sería guiada por un soldado y se formarían convoyes de heridos para evacuarlos al hospital permanente o temporal más cercano. Antes de partir, el oficial de sanidad a cargo debía asegurarse de no haber olvidado a herido alguno en el campo de batalla y acompañaría al convoy, recorriéndolo constantemente para verificar el estado de los heridos. En caso de que algún herido requiriera de atención médica, llevaría a la mula a la parte trasera para auxiliarlo sin interrumpir el paso del convoy.

25 P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, p. 66.

ILUSTRACIÓN 9
Litera argelo-mexicana con dos heridos sentados.



Fuente: P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, p. 67.

ILUSTRACIÓN 10
Litera argelo-mexicana transportando a un herido acostado.



Fuente: P. Vander Linden, *Memoria sobre el Cuerpo...*, p. 67.

LA REALIDAD...

La guerra es la expresión máxima de violencia que puede manifestarse entre los seres humanos. Cuando ocurre, se alteran los patrones de vida cotidiana y, a pesar de la experiencia acumulada en enfrentamientos bélicos anteriores, las previsiones no alcanzan a abarcar la nueva realidad. Los médicos deben desempeñar su labor en un ámbito austero, en condiciones extremas y con medios muy restringidos; están obligados a trabajar con rapidez y con la mayor eficiencia posible, poniendo en peligro su propia vida.

La amplia experiencia de Vander Linden como médico militar y sus esfuerzos por lograr los mejores resultados no bastaron ante una serie de circunstancias que resultaron insuperables. En primer lugar, cabe mencionar las grandes diferencias que implicaban la accidentada y dilatada geografía mexicana, si se le compara con la de países como Bélgica y Francia. En segundo lugar, está la proverbial falta de recursos del gobierno y de las instituciones mexicanas; el desorden reinante en el país debido a los continuos levantamientos en armas; la impericia del ejército mexicano constituido en parte por la leva, y el enfrentamiento con una fuerza extranjera que contaba con armas más modernas. Es importante mencionar también que, debido a la apremiante necesidad de hacer frente a la invasión estadounidense, no hubo oportunidad de poner a prueba esta novedosa propuesta.

La puesta en práctica en México de un modelo de atención médica a los caídos en los combates, que resultaba de las experiencias militares en los campos de batalla europeos, tuvo escasas referencias elogiosas, todas procedentes de los partes militares.

En general, las fuentes civiles hacen mención a un desempeño deficiente del CMM; se describen crudas escenas donde prevalecieron la escasez e incluso la ausencia de médicos, de ambulancias y de medios para atender a los heridos. La triste tradición del abandono a los caídos volvió a repetirse. Vale la pena ahondar en este tema en un trabajo posterior.

REFERENCIAS

- “III. La médecine dans le passé. Le nector de la chirurgie militaire: le baron Percy”, *La Médecine Internationale. Revue Mensuelle Illustrée. Médicale, Pharmaceutique, Scientifique et Littéraire*, año XX, núm. 7, julio, 1912, pp. 219-230.
- Larrey, Dominique-Jean, *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes 1. Mémoires et campagnes, 1787-1811: campagnes de l'Amérique septentrionale, du Rhin, de Corse, des Alpes-Maritimes, de Catalogne, d'Italie, d'Égypte et de Syrie, de Boulogne, d'Ulm et d'Austerlitz, de Saxe, de Prusse, de Pologne, d'Espagne et d'Autriche*, París, Tallandier, 2004.
- Sedano, José Luis, *Historia del Servicio de Sanidad Militar en México*, México, Sedena, 1987.
- Vander Linden, Pedro, *Memoria sobre el Cuerpo de Salud Militar, seguida de un proyecto de reglamento del mismo, para los oficiales de sanidad del ejército*, México, Imprenta de Ignacio Cumplido, 1845.

UNA MIRADA MÉDICA A LA INFANCIA
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
EN LOS ÚLTIMOS DECENIOS DEL SIGLO XIX
Y EN LOS PRIMEROS DEL XX

197

Carlos Rolando del Castillo Troncoso

Este trabajo está basado en un análisis de cerca de 50 tesis escolares y profesionales de medicina de estudiantes y profesores de la Escuela Nacional de Medicina entre 1869 y 1929, que nos muestran una mirada clínica y terapéutica de la infancia mexicana. De esta forma, nos aproximamos a ideas, tendencias, concepciones, usos y costumbres que jugaron algún papel dentro de la historia de la medicina infantil en nuestro país. También nos informamos sobre el estado del arte de la profesión médica, la formación de los cuadros profesionales y la calidad de la atención dirigida al sector infantil en esa época, así como a los intereses académicos, inquietudes y prioridades que tenían los facultativos en relación con los problemas de salud que agobiaban a la niñez.¹

En el mundo de la salud y la enfermedad, el último cuarto del siglo XIX y los primeros decenios del XX significaron, en general, una época de transformaciones, innovaciones, avances y retrocesos para los niños mexicanos. Algunos descubrimientos y nuevos desa-

1 Una parte sustancial del presente capítulo se basa en el material reunido y discutido por el autor en sus tesis de maestría y doctorado en la UNAM: "La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)" y "La Pediatría en México a través de la mirada de las tesis de la Escuela Nacional de Medicina (1869-1936)", en preparación. Ambas tesis fueron dirigidas por la doctora Patricia Aceves Pastrana. El objetivo final es un acercamiento al proceso de construcción de los saberes y las prácticas de la medicina infantil mexicana. La colección de tesis escolares y profesionales de la Escuela Nacional de Medicina fue consultada en el Acervo Histórico de la Biblioteca Dr. Nicolás León en el Antiguo Palacio de Santo Domingo, donde es resguardada a cargo de la Facultad de Medicina de la UNAM. Agradezco mucho a su personal las facilidades otorgadas para su consulta.

rrollos científicos y tecnológicos fueron aplicados por primera vez en las enfermedades que padecieron muchos de ellos: incubadoras, aditamentos tubulares y neumáticos de reanimación y resucitación cardiaca y pulmonar, vacunas, sueros, aparatos de rehidratación y radioterapia, entre otros.

La infancia hizo su aparición en el mapa estratégico del Estado y los niños se hicieron presentes como grupo social en el ideario de pensadores representativos de la época, así como en proyectos sociales y educativos emprendidos por las autoridades gubernamentales, los particulares y los profesionales de la salud. El censo de 1895 registra en el país 12 millones de personas, de los cuales 3 684 000 eran niños menores de 10 años (uno de cada tres habitantes). Una tercera parte de mexicanos provenía de una etnia indígena y casi la mitad era mestiza. Se trataba de una nación conformada en su conjunto de niños y jóvenes mestizos e indígenas. La tasa de mortalidad infantil era enorme, cercana a los 200 fallecimientos por cada 1 000 niños nacidos vivos.²

La contribución de la población infantil al número de fallecimientos también era considerable. En 1895, el porcentaje de niños fallecidos, con respecto a la totalidad de defunciones, fue de 48 por ciento, y para 1908, la proporción alcanzó 57 por ciento: una de cada dos personas fallecidas era menor de 10 años. Las principales víctimas de la gran crisis económica y social de las postrimerías del

2 La tasa de mortalidad infantil (índice de fallecimientos en niños menores de un año por cada 1 000 nacidos vivos) es considerada por los expertos en salud pública y demografía como el indicador más objetivo del bienestar social de un pueblo y refleja las condiciones nutricionales, la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios médicos y educativos, así como la calidad del medio ambiente y de los ordenamientos legales en los colectivos humanos. J. Kumate Rodríguez, "Síntesis histórica 1802", en I. Ávila Cisneros *et al.* (coords.), *Historia de la pediatría en México*, 1997, p. 9; J. Narro Robles y R. Ponce de León, "Algunas consideraciones sobre mortalidad infantil en México", *Revista de la Facultad de Medicina*, 1979; J. Narro Robles, "Medición de la salud pública y de los servicios de salud", en J. R. de la Fuente y R. Tapia Conyer (coords.), *La medición de la salud a través de indicadores*, 2001; M. Bustamante, "Observación sobre la mortalidad general en México, 1922-1969", *Gaceta Médica de México*, 1972; M. Cahuich Campos y A. del Castillo (coords.), *Conceptos, imágenes y representaciones de la salud y la enfermedad en México, siglos XIX y XX*, 2006, pp. V-XIV; L. Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México. El tifo y el cólera (1813 y 1833)*, 1994, p. 168; J. de la Torre Rendón, "La Ciudad de México en los albores del siglo XX. El escenario", en P. Gonzalbo Aizpuru (dir.), A. de los Reyes (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México*, 2006, p. 12.

Porfiriato y de los años de lucha revolucionaria fueron, sin duda alguna, los más pequeños y pobres.

La mitad de los decesos se debía a enfermedades respiratorias y digestivas: neumonías, bronconeumonías y gripas complicadas, viruela, tosferina, sarampión, bronquitis agudas, tuberculosis pulmonar, difteria y *croup*, así como a enfermedades diarreicas. Los niños morían por insuficiencia respiratoria, asfixia obstructiva, septicemias, deshidratación y colapso circulatorio.

Las enfermedades diarreicas eran las causantes de 30 por ciento de las defunciones infantiles. Su alta incidencia se asociaba a la contaminación fecal de la ciudad, a la desnutrición de un gran porcentaje de menores —pues disminuía sensiblemente su capacidad de respuesta inmunológica—, a la imposibilidad de amamantarlos, a la muerte de sus madres en los partos y al abandono social que acompañaba a un gran número de mujeres y niños en sus vidas; también se debía a la carencia durante casi todo el siglo de un sistema efectivo de drenaje en la capital, ya que el lago de Texcoco, que era el destino de los desechos, estaba totalmente azolvado. Eran comunes las inundaciones en la época de lluvias y se formaban extensos lodazales y pantanos. Cabe recordar que la capital del país está situada en el Valle de México, “una cuenca cerrada, rodeada de grandes montañas, cuyo fondo está cubierto por las aguas, sin posibilidades de salir al mar”.³ Estas agravantes estaban amalgamadas con las pésimas condiciones de vida que sobrellevaban la mayoría de los habitantes de la ciudad.

En el pensamiento médico de la época, la mortalidad infantil se vinculaba con factores de tipo meteorológico: temperaturas medias, precipitación de las lluvias en las diferentes estaciones del año, la dirección predominante de los vientos y las “típicas polvaredas de la capital”, generadas por la progresiva desecación del lago de Texcoco y agudizada por las obras porfiristas de desagüe.⁴ Los análisis

3 F. Martínez Cortés, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, 1993, p. 3. Véase también R. E. Garduño, “Tratamiento de las formas clínicas de diarrea infantil”, 1904, p. 7.

4 J. de la Torre Rendón, “La Ciudad de México...”; D. Cooper, *Las epidemias en la Ciudad de México, 1761-1813*, 1992, p. 17; G. Méndez Luque, “La Ciudad de México a los ojos de la higiene”, 1903, pp. 18-46.

sociales y culturales aparecían escasamente en la literatura médica de este periodo.⁵

La mortalidad infantil también se relacionaba con los hábitos de vida y las costumbres de las familias, la herencia mórbida de los progenitores y la influencia de los matrimonios entre parientes cercanos, además del tipo de labores, hábitos y costumbres de la mujer durante la preñez. Las afecciones morales de los padres jugaban un papel muy especial para las probabilidades de supervivencia de los niños: todo dependía de si eran hijos de padres viciosos, alcohólicos, sífilíticos, con estilo de vida cuestionable o inaceptable para la sociedad de ese entonces. La relación que guardaban los pobladores con el medio ambiente que los rodeaba era un asunto crítico, sobre todo en el caso de la capital mexicana, ya que los niños de las familias más pobres habitaban en la vecindades de los barrios populares y corrían más peligro, pues ocupaban los pisos bajos, expuestos continuamente al frío y a la humedad de las inundaciones.⁶

La mayoría de los autores contemporáneos de esa época que revisaron el tema nos presentan una imagen de la infancia muy vigorosa y fascinante, relativa a pequeños seres humanos que iban modelando cuerpos y mentes de acuerdo con lo que la naturaleza les tenía reservado. La mirada de una transformación que iniciaba con seres casi autómatas y culminaba con seres pensantes, en cuyo cerebro “virgen de ideas” empezaban a grabarse las primeras nociones de estética y moral, los rudimentos de lo bello y de lo bueno; una visión casi mágica que implicaba para los adultos y para la sociedad que acompañaba al niño en esta metamorfosis una gran responsabilidad para el logro de sus potencialidades.

La naturaleza única de cada pequeño dependía de su constitución o “terreno” biológico, psicógeno y social, muy particular a cada uno de ellos y que incidía directamente en su salud o enfermedad: herencia, hábitos, hábitat, clima, alimentación, periodo de la infan-

5 L. Lara y Pardo, “La puericultura en México [primera y segunda partes]”, *Gaceta Médica de México*, 1903.

6 R. Carrillo, “Demografía. La mortalidad infantil de 0-1 años en la Ciudad de México y sus principales causas climatológicas”, *Gaceta Médica de México*, 1909; J. M. Reyes, “Higiene pública. Mortalidad en la niñez”, *Gaceta Médica de México*, 1878; L. Lara y Pardo, “La puericultura...”.

cia en que se encontraba, etcétera. El término *herencia* era utilizado con mucha frecuencia, más que en un sentido mendeliano o biológico, en su concepción cultural y social, haciendo alusión a hábitos, costumbres, actitudes, creencias y representaciones sociales.

De acuerdo con la visión de la mayoría de los autores, desde el punto de vista médico, la infancia se caracterizaba por tener “afecciones exclusivas a ella, enfermedades que le son propias”, y las que compartía con los adultos se revestían de una “una modalidad especial, teniendo una fisonomía particular”, por lo que “se podrían considerar diferentes también”. Las características de la patología infantil eran sintetizadas en una frase acuñada por Barrier: “el exceso de vida, la actividad en el funcionamiento orgánico, la velocidad vertiginosa en los movimientos de composición y descomposición por una parte, y por la otra el estado imperfecto y transitorio de los órganos”.⁷ Tales eran las condiciones culminantes que dominaban la patología infantil. El particularismo y la diferencia, típicos del niño, demandaban una aproximación y un enfoque individual en cada caso.

Muchas de las enfermedades padecidas por los niños mexicanos eran consideradas como diátesis o enfermedades constitucionales; es decir, en las que el pequeño tenía una predisposición, heredada de sus padres, de hábitos y costumbres moralmente considerados inaceptables, enfermizos o que los ponían en desventaja social. Tal era el caso del alcoholismo, la vida disipada, la consanguinidad, los padres que “gastaban su vitalidad en lupanares y centros de vicio”, madres abandonadas, pobres o viudas que no contaban con la solidaridad de una familia o una pareja.⁸ Ejemplos de estas enfermedades eran la tuberculosis, la sífilis, la sordera, la sordomudez, el “idiotismo” e “imbecilidad”, la epilepsia, el cólera y la histeria.

7 M. Herrera y Jayme, “Algunas consideraciones sobre pediatría”, 1881, p. 6. La frase de Barrier se encuentra citada en este mismo autor, quien se refiere con toda probabilidad a Françoise Marguerite Barrier, autora de la obra *Traité pratique des maladies de l'enfance fondé sur nombreuses observations cliniques*, 1861; un ejemplar de esta obra se conserva en el Acervo Histórico de la Biblioteca Dr. Nicolás León, de la Antigua Escuela Nacional de Medicina, Palacio de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

8 *Apud* C. R. del Castillo, “La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)”, 2013, p. 48.

La vida del niño era observada como un proceso marcado por los paradigmas evolutivo y adaptativo: el paso desde un estadio incompleto, imperfecto, irracional y amoral hacia una entidad plena, perfectible, racional y virtuosa. Para el médico, poco importaba que el pequeño paciente estuviera en “la flor de su edad”; es decir, que sus características físicas correspondieran con las cronológicas. Lo importante era que el niño conservara un organismo “potente y vigoroso” o, por lo menos, tuviera las fuerzas suficientes para soportar los embates de las enfermedades propias de su época y las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que se vivía en el México de entonces. Por ello se ponía el énfasis en los organismos debilitados y abatidos. Los cambios funcionales y anatómicos propios del desarrollo no se ajustaban, por lo general, a una medida exacta de tiempo. La época de la lactancia, el periodo de la dentición y el tiempo del destete adquirían relevancia sólo en la medida en que representaban fenómenos especiales y particulares en los cuales los niños y sus madres se enfrentaban a riesgos o peligros concretos.

Los menores eran considerados mucho más vulnerables a la enfermedad:

En el niño la máquina vital es tanta en los primeros tiempos de su existencia que una desviación cualquiera del orden causará trastornos y perturbaciones de consideración y por insignificante que se suponga ésta desviación puede traspasar con facilidad los límites de todo funcionamiento.⁹

Ese “exceso de vida” característico del niño era la fortaleza que podría ayudarlo a sobrevivir. Sin embargo, también representaba su gran debilidad, pues podía revertirse en una verdadera desventaja ante los peligros y los retos que lo acechaban. Era como el símil de una locomotora que se descarrila: mientras más rápido corría, mayores eran sus daños.

Existía la percepción en el mundo profesional de que el médico que enfrentaba la enfermedad de un niño necesitaba poseer habi-

9 M. Herrera y Jayme, “Algunas consideraciones...”, pp. 27-28.

lidades y capacidades peculiares, entre las que estaban un espíritu observador y analítico de “primera fuerza”, un juicio recto a toda prueba, una disciplina metódica, una gran capacidad de evaluar racionalmente los fenómenos y seleccionar los esenciales, y apreciar en su justo valor el significado de cada uno de ellos. Se tenía conciencia de que la práctica desarrollaba el dominio de la observación, mientras que el estudio y la investigación la perfeccionaban. Al médico se le recomendaba acercarse poco a poco al niño; ser persistente, nunca darse por vencido; además del método y el orden, la clínica infantil exigía mucha flexibilidad. También debía dar prioridad a las habilidades preverbales de comunicación y utilizar el lenguaje expresivo para tender un puente vinculatorio con el pequeño; abordarlo con sensibilidad, dulzura, criterio, “buenas maneras”, voz suave y clara. Tener una gran paciencia. Se recomendaba, asimismo, aprender a confiar en los consejos de los maestros de la medicina mexicana, conocedores a profundidad del niño enfermo, quienes enseñaban que los menores poseían un lenguaje natural por medio del cual se comunicaban con el médico, cuyo reto era interpretar con habilidad este código y hacer inteligibles sus señales. Era esencial aprender a observar y a entender la “fisonomía” de las enfermedades infantiles. En un escenario en el que el protagonista era un niño, el factor humano se conformaba como la esencia y el centro del acto terapéutico.¹⁰

EN EL MUNDO DE LAS ENFERMEDADES INFANTILES

A continuación realizaremos un breve recorrido literario por el mundo de las enfermedades de la niñez capitalina en el periodo analizado, poniendo énfasis en aquellas que fueron significativas para los profesionales de la salud y la sociedad, por ser serios problemas de salud pública, con síntomas graves, que retaron a los médicos y

10 *Ibid.*, pp. 1-57, 113-115; F. Flores y Troncoso, *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, 1886, p. 67; C. West, *Leçons sur les maladies des enfants*, 1881, pp. 1-13; E. Bouchut, *Manual práctico de enfermedades de los recién nacidos y niños de pecho y los de la segunda infancia*, 1889, pp. 5-18.

causaron altos índices de mortalidad, o bien, porque su tratamiento requirió nuevos desarrollos terapéuticos y tecnológicos.

Los estíos mortíferos de la capital

En la segunda mitad del siglo XIX, las enfermedades diarreicas eran percibidas y vividas como graves problemas de salud de la niñez capitalina, especialmente durante los meses más calurosos y lluviosos. Generaban 30 por ciento de la cifra total de muertes en niños de cero a ocho años de edad. Llegaron a constituirse como el primer motivo de consulta en los servicios médicos infantiles durante buena parte del año. Resultaban más afectados los más pequeños y pobres.¹¹

El consumo de leche de origen no humano y la ingesta de alimentos de naturaleza no láctea (alimentación “artificial”), sobre todo en los más pequeños, estaban considerados entre los factores de riesgo más importantes para ser víctimas de las epidemias de diarrea durante los meses estivales de la Ciudad de México. En contraposición, la leche materna era vista como un factor de protección.¹² El destete —exposición de los niños por primera vez a la leche no humana y a alimentos no lácteos— era considerado un elemento determinante para la presencia de males diarreicos. Los niños deberían ser destetados en un momento oportuno de su desarrollo y lejos de los meses estivales calurosos de la capital mexicana (en esos años, de abril a julio). Era la época del año en la que había un aumento de infantes deshidratados internados en el Hospital de Infancia de la ciudad.

11 J. M. Reyes *et al.*, “Congreso Médico de Higiene”, *Gaceta Médica de México*, 1876, pp. 379-393; R. Garduño, “Tratamiento de las formas...”, pp. 35-36; R. Macouzet, *Arte de criar y de curar a los niños*, 1910, pp. 98-100; C. Contreras, “Algunas consideraciones sobre la infección intestinal aguda en la primera infancia”, 1902, pp. 7-19.

12 R. Narro, “Infección intestinal en el niño, etiología y tratamiento”, 1898, p. 6.; F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas en los niños”, 1896, pp. 15-18; M. Zertuche, “Lactancia artificial, estudio acompañado de los análisis de diversas leches recogidas en establos, expendios y hospitales”, 1889, pp. 5-8.; I. Fernández Ortigoza, “Apuntes sobre la alimentación de la primera edad”, 1884, pp. 5-9; R. Vértiz Freyria, “La profilaxia del cólera asiático y del cólera infantil”, 1913, pp. 9-11.

El papel que jugaba la “herencia mórbida”, como factor determinante, era fundamental: los niños de “constitución débil” o aquellos que procedían de “cepa tuberculosa” eran más propensos a contraer estas enfermedades. En la sociedad mexicana, y en el mundo sanitario en general, la pobreza era vista por muchos como un “déficit genético”. En esa época, la frontera entre las costumbres, la moralidad y los aspectos biológicos de los padecimientos era muy difusa y a veces no existía.¹³

La contaminación fecal de la ciudad con la gran cantidad de desechos de animales y humanos que plagaban sus calles, la ausencia de drenaje en la mayoría de ellas, y los millones de moscas consideradas como vehículo privilegiado que acarreaban los gérmenes a los mercados, al rastro y a las viviendas de los capitalinos, completaban el ciclo para hacer de los males gastrointestinales infantiles un enorme problema de salud.¹⁴ A este cuadro tenemos que agregar el grave asunto —muy frecuente en esa época— de la adulteración de la leche por parte de los expendedores en las plazuelas ciudadanas. Los niños que la consumían llegaban a padecer “diarreas copiosas” que no eran sino verdaderos envenenamientos.

En los diferentes servicios médicos que brindaban atención a la infancia capitalina se clasificaban las presentaciones de los síndromes diarreicos de acuerdo con sus características clínicas.¹⁵ El más temido era sin duda el “cólera infantil” —denominado así por su semejanza con el cólera de los adultos, el *cholera morbus* o asiático—, que se caracterizaba por evacuaciones muy frecuentes, acuosas, abundantes y con vómitos pertinaces. Estos síntomas llevaban a los menores a una deshidratación severa que llegaba con frecuencia

13 E. Franco y Cortés, “Higiene infantil. Consejos y reglas para el destete y la alimentación de la segunda infancia”, 1908, pp. 410-415; F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas...”, pp. 17-19; S. Rubio, “Destete”, 1929, pp. 18-21.

14 R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 106; R. Narro, “Infección intestinal en el niño...”, p. 8; F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas...”, p. 18; R. Vértiz Freyria, “La profilaxia del cólera...”, p. 13.

15 F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas...”, pp. 18 y 43; J. Cosío, “Leche garantizada”, *Gaceta Médica de México*, 1909, p. 536; F. Santos Vallejo, “Contribución al estudio de las diarreas infantiles”, 1918, pp. 1-3.

al colapso circulatorio y, en ocasiones, convulsionaban, lo cual era considerado de muy mal pronóstico.¹⁶

En el tratamiento de estos padecimientos la dieta desempeñaba un papel capital y era “la clave” para su curación. Se reforzaba la alimentación al seno materno y cuando el bebé recibía biberón, se diluía su contenido con clara de huevo, solución conocida como “agua albuminosa”, rica en proteínas que “inhibía el desarrollo y propagación de gérmenes”.¹⁷ Asimismo, se agregaba a la leche un “cocimiento de ‘cebada perla’ que facilitaba su digestión y, por su contenido de almidón y mucilago, tenía propiedades inhibitorias sobre la diarrea”.¹⁸ A veces se les daba también tizanas, a las que se agregaban una o dos gotas de coñac o jerez que contribuiría al fortalecimiento del niño que recuperaba el apetito.

Eran de uso común los purgantes como el calomel y el aceite de ricino, y los antisépticos o “desinfectantes” como el subnitrato de bismuto, que disminuía el número de evacuaciones, a veces mezclados con unas gotas de láudano —preparaciones opiáceas— para disminuir los intensos dolores y la inquietud de los pequeños, una práctica muy delicada del arte pediátrico llevada a cabo por los curadores más diestros. En las diarreas “ácidas” se acostumbraban los remedios “alcalinos”, como la magnesia calcinada y el agua de cal, y la aplicación de fricciones o “friegas laudanizadas” en el vientre de los niños para que durmieran más tranquilos.

Los remedios tradicionales compartían espacio con las novedades, como el lavado de estómago por medio de sondas —para “el arrastre de mucosidades glerosas, esporos, bacterias y masas de fermentación”—¹⁹ recomendado por Roque Macouzet y Carlos Tejeda Guzmán, quienes fueron los primeros profesores de la clínica médico-quirúrgica infantil en la Escuela Nacional de Medicina a fines del siglo XIX.

16 R. E. Garduño, “Tratamiento de las formas...”, p. 20; R. Vértiz Freyria, “La profilaxia del cólera...”, p. 8; R. Macouzet, *Arte de criar...*, pp. 79-81.

17 R. Narro, “Infección intestinal en el niño...”, p. 22.

18 R. E. Garduño, “Tratamiento de las formas...”, pp. 13-14.

19 R. Macouzet, “El lavado de estómago en los niños”, 1889, p. 14.

Se utilizaba también el “suero artificial” en el tratamiento de la deshidratación infantil. No siempre era fácil prepararlo ni disponer de él. El profesor Fernando Altamirano (1848-1908), director del Instituto Médico Nacional (1888-1907), diseñó un método para difundir suero por vía parenteral al tejido celular subcutáneo, introducido con una aguja hipodérmica y mantenido a través de un sistema tubular cerrado y sellado, así como una fórmula para preparar el suero a partir de cloruro de sodio cristalizado. Se vendió en las boticas de la ciudad y la técnica se utilizó exitosamente en niños deshidratados en el Hospital de Infancia de la capital. Las enfermedades gastrointestinales reforzaron un gran anhelo de la sociedad capitalina de esa época: la necesidad de que sus hijos crecieran en un medio ambiente más saludable.

Los usos y costumbres familiares que habían pasado de generación en generación se conservaron a través del tiempo y el desequilibrio social mantuvo todavía muchos años las altas cifras de mortalidad por diarrea en el país.²⁰

La gran “simuladora”

A fines del siglo XIX, la tuberculosis era la responsable de la muerte de uno de cada 10 mexicanos fallecidos en la Ciudad de México; entre siete y 10 por ciento del total de muertes entre 1869 y 1898. Atacaba sobre todo a los “desheredados de la sociedad” —los más pobres y vulnerables— y ocasionaba no sólo el sufrimiento a los enfermos, sino que iba acompañada del estigma, el rechazo y la intolerancia social, “abatando física y moralmente a sus víctimas”.²¹ Cuatro de cada 10 fallecimientos por tuberculosis eran de niños o

20 R. Narro, “Infección intestinal en el niño...”, pp. 22-27; R. E. Garduño, “Tratamiento de las formas...”, pp. 9-15, 22-27, 31-32 y 36; R. Macouzet, “El lavado de estómago...”, 1899, pp. 9-19; F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas...”, pp. 46-51, 196-199; I. Velasco, “Estudio sobre algunos purgantes indígenas”, 1869, pp. IX, X, XII, XV y XVI; J. Revueltas, “Ensayo sobre la clasificación de los purgantes”, 1879, pp. 7 y 10; E. Rubalcava, “Algunas consideraciones a propósito del lavado de estómago”, 1884, pp. 9-22; L. Vilchis, “Algunas consideraciones sobre el lavado de estómago”, 1887, pp. 10-31.

21 C. R. del Castillo, “La atención médica...”, p. 184.

adolescentes y tres de cada 10 eran niños menores de 10 años. Esta enfermedad la padecían hasta 13 por ciento de los niños que acudían cotidianamente a consulta al Dispensario de Beneficencia Pública de la ciudad.²²

El diagnóstico de tuberculosis en un niño —como en muy pocas enfermedades— era prácticamente una sentencia de muerte. Causaba un gran desaliento y sembraba una enorme tristeza en hogares y familias.²³ No era nada fácil —para el médico— diagnosticarla; se confundía con frecuencia con otras enfermedades infantiles, como las bronquitis agudas y neumonías, muy frecuentes en los pequeños y que compartían con la tuberculosis infantil algunos signos, síntomas y hallazgos. La detección de ganglios bronquiales o en el mediastino afectados en el pequeño era una operación complicada, sobre todo para los galenos más jóvenes, en una época en la que los diagnósticos dependían exclusivamente de los sentidos y del procesamiento mental del médico. Las detecciones más sutiles, como el signo de Grancher en el vértice de los pulmones enfermos, estaba reservada con frecuencia sólo a los más experimentados.²⁴

La tuberculosis en los niños era, por lo general, una enfermedad de corta duración. Predominaban las formas agudas. Muchos pequeños evolucionaban hacia una meningitis o una peritonitis que los llevaban irremediablemente a la muerte. Otros cursaban una “tuberculosis galopante” y acababan su vida en dos o tres semanas con síntomas agudos de insuficiencia respiratoria. Otros más padecían formas clínicas deformantes de huesos y articulaciones: columna, rodilla, codo, muñecas. Una de las variedades clínicas más comunes en México, especialmente en niños de seis a 10 años de edad, era la tuberculosis de la cadera conocida como “coxalgia”. Se consi-

22 E. Liceaga, “Estadística médica: algunos datos numéricos sobre la tuberculosis en México”, *Gaceta Médica de México*, 1899, pp. 399-405; *idem*, *Mis recuerdos de otros tiempos: obra póstuma*, 1949, pp. 117; J. G. Cosío, “The prevention of the tuberculosis in the primary school”, *Public Health Papers and Reports*, 1907, pp. 1-12. AHSSA, “Salubridad pública, congresos y convenciones”, caja 8, exp. 4, f. 42.

23 C. West, *Leçons sur les maladies...*, p. 507.

24 *Loc. cit.*; R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 260; F. de P. Bernaldez, “Breves consideraciones sobre la tuberculosis en la infancia”, 1883, p. 37.

deraba el motivo más frecuente de internamientos de niños en el pabellón quirúrgico del Hospital General de México en el periodo 1904-1909. Afectaba severamente la calidad de vida de los infantes, les causaba grandes dolores, y destruía y deformaba sus caderas. Una enfermedad demandante de gran pericia en los cirujanos que la trataban. Las intervenciones quirúrgicas realizadas por Rafael Lavista, Eduardo Liceaga y Roque Macouzet son un testimonio de una época donde no sólo la habilidad y destreza eran imperativas, sino también la creatividad y la inventiva de novedosas y diferentes técnicas quirúrgicas, de las que echaban mano para resolver los difíciles retos a los que se enfrentaban.²⁵

Tendrían que pasar todavía muchos años para que aparecieran los primeros medicamentos realmente efectivos. Los niños de esa época se tenían que conformar con recibir remedios que fortalecieran su organismo y los ayudaran a resistir los embates de la enfermedad, como el aceite de hígado de bacalao y los vinos aromáticos, las preparaciones magistrales de quina combinada con estricnina y arsénico a micro dosis, o el agua “creosotada” recomendada por Macouzet. La creosota —un producto terapéutico de acción balsámica, expectorante y descongestiva, cuya base principal era el guayacol— era recomendada en las primeras fases de la tuberculosis por el profesor José Terrés (1864-1924) —brillante clínico de la época y quien irónicamente murió de esta enfermedad—, combinada con las aplicaciones de mercurio sobre los ganglios afectados, los baños en aguas minerales, sol abundante, ventilación, ejercicios al aire libre y, especialmente, los paseos terapéuticos por el bello bosque de Chapultepec.²⁶

25 E. Liceaga, “Resección de la cápsula subperióstica de la articulación coxofemoral seguida de regeneración del hueso y de conservación de la articulación”, *Anales de la Asociación Larrey*, 1875, pp. 6-8; *idem*, “Terapéutica. Contribución al estudio de la curación de la tisis pulmonar”, *Gaceta Médica de México*, 1901, pp. 175-182; N. Melo, “Las osteoartritis tuberculosas de los miembros inferiores y su tratamiento”, 1896, p. 15; L. Troconis y Alcalá, “Pediatria quirúrgica”, *Gaceta Médica de México*, 1909; R. Lavista, “Estudio sobre la coxalgia principalmente bajo el punto de vista de su terapéutica quirúrgica”, 1874, pp. 19-57; R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 260; P. Arroyo Ávila, “La tuberculosis de la infancia en México”, 1923, pp. 5-30.

26 J. Terrés, “Terapéutica. Creosota y cacodilato de sosa en la tuberculosis incipiente”, *Gaceta Médica de México*, 1901 pp. 9-11; G. Fajardo-Dolci *et al.*, “El doctor José Terrés y su tiempo”, *Revista*

La amenaza de la ceguera

La oftalmia purulenta de los niños recién nacidos estaba considerada en México como un severo problema de salud pública. En la década de 1870, uno de cada tres capitalinos habían perdido la vista a consecuencia de este padecimiento y la mayoría de ellos eran pobres y de escasos recursos. La prevalencia de esta enfermedad oscilaba, según diferentes autores, entre cuatro y 19 por ciento.

En los casos más graves, los niños la adquirirían durante el parto, a partir de sus madres que padecían blenorragia. La “temible blenorragia”, causada por el gonococo, era padecida por no pocas mujeres, contagiadas por sus parejas sexuales.²⁷

La enfermedad era muy aguda y se caracterizaba por la presencia de “hinchazón” y escurrimiento de pus en los ojos, fiebre y convulsiones en los casos más graves. Si no se efectuaba con prontitud un diagnóstico y se comenzaba el tratamiento, el mal avanzaba rápidamente y conducía a opacidades corneales y perforaciones en el ojo.

Demandaba del médico una rápida capacidad de respuesta, destreza y minuciosos conocimientos anatómicos para emplear instrumental especializado sobre los pequeños ojos de los niños y poseer el arte suficiente para aplicar medicamentos mucho más “rudos” o agresivos de los que se usan en la actualidad.²⁸ Se empleaban cauterizaciones con una solución acuosa de nitrato de plata, y derivados yodados como el yodoformo o la tintura de yodo diluida en agua

Médica del Hospital General de México, S.S., 1999, pp. 219-225; G. Mendizabal, “Farmacología, terapéutica y farmacia, revisión de los principales medicamentos en boga”, *Gaceta Médica de México*, 1912, pp. 49-104; E. Liceaga, “Terapéutica...”.

27 E. Graue, “Oftalmia purulenta de los recién nacidos”, 1897, pp. 10-12; R. Vértiz Berruecos, “La oftalmia purulenta de los recién nacidos. Su etiología, profilaxia y tratamiento”, 1881, pp. 4-6 y 9-11; R. Villafuerte, “La profilaxia de la oftalmia purulenta de los recién nacidos”, 1902, pp. 5-7; J. J. Izquierdo, “Un mal grave que puede evitarse. La oftalmia purulenta del recién nacido”, *Publicaciones de la Asociación para Evitar la Ceguera en México*, 1918, p. 5; J. Christian, “Educación especial y ciencias médicas frente a la ceguera en la Ciudad de México, 1870-1928”, en C. Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, 2008.

28 E. Graue, “Oftalmia purulenta...”, pp. 15-16; E. Uribe, “Breves consideraciones sobre la oftalmia purulenta y su tratamiento”, 1905, pp. 8-9.

de laurel cerezo, como la usaba el profesor Ricardo Vértiz Berruecos (1848-1888) en el Instituto Valdivieso.²⁹ Sin embargo, estaba claro, dada la dimensión de la enfermedad, así como la situación política, social y cultural prevaleciente en nuestro país, que sólo unas cuantas familias capitalinas podían tener acceso a la atención de un médico especialista.³⁰

Esta enfermedad también demostró una faceta poderosa y eficaz de la terapéutica: la efectiva respuesta que tenía la aplicación de protocolos sistemáticos y uniformes en los cuneros de los hospitales. El berlinés Carl Siegmund Franz Credé (1819-1892), investigador y obstetra de la Maternidad de Leipzig, “sistematizó en 1880 el uso del nitrato de plata a todos los niños recién nacidos y sentó las bases para dar uniformidad en las maternidades a la profilaxis de las infecciones oculares de los niños”.³¹ Su protocolo de trabajo pronto se aplicó en otros países europeos y en el resto del mundo, logrando disminuir sensiblemente las prevalencias regionales de la enfermedad en cada país.

En México, los facultativos tuvieron su propia dinámica de investigación farmacológica y bacteriológica. Se destacaron por la búsqueda de una terapéutica más segura, más “amigable” y más efectiva para los niños. Los medicamentos “cáusticos”, como el nitrato de plata, solían producir mucho dolor en los pequeños, sobre todo cuando no eran adecuadamente utilizados. Se emplearon medicamentos más tolerables, por ejemplo, el protargol. Se buscó también la presencia de otras bacterias causales que explicaran los fracasos terapéuticos en algunos casos. Siendo una enfermedad evitable, era motivo de preocupación tanto de oftalmólogos como

29 Hoy Hospital de Nuestra Señora de la Luz, fue inaugurado en 1876 y constituyó el primer centro de investigación y atención clínica de su género en México y América Latina

30 R. Villafuerte, “La profilaxis de la oftalmia...”, 1902, pp. 5 y 26; E. Uribe, “Breves consideraciones sobre la oftalmia...”, p. 12; R. Vértiz Berruecos, “La oftalmia purulenta...”, pp. 4-6 y 16-21; J. Lozano Alcázar, “El primer hospital oftalmológico de México”, *Cirugía y Cirujanos*, 2002, pp. 124-128; J. Christian, “Educación especial y ciencias...”; R. Neri Vela, “La oftalmología en el México del siglo XIX”, 2001, pp. 26-27.

31 C. R. del Castillo, “La atención médica...”, p. 156. La información se completa y amplía en P. M. Dunn, “Dr. Carl Credé (1819-1892) and the prevention of ophthalmia neonatorum”, *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal*, 2000.

de parteros, y generó grandes campañas tanto educativas como de difusión pública.³²

Hacia una nueva era en la terapéutica

La difteria era considerada como una enfermedad pediátrica ya que afectaba con mucha mayor frecuencia a los niños de dos a ocho años de edad. Sus casos mas graves eran sumamente agudos y se caracterizaban por fiebre, ataque al estado general y por la aparición de unas placas blanquecinas de consistencia plástica que obstruían la faringe y la laringe. Se inflamaban los ganglios cervicales y se liberaba una toxina que afectaba gravemente la víscera cardiaca y el sistema nervioso, sobre todo.³³

Una presentación clínica muy temida por los médicos y la sociedad de la época era el “garrotillo” o “aterrador cuadro del *croup*” en el que los niños “sucumbían” después de un terrible sufrimiento provocado por la asfixia, ante la impotencia de sus padres y del profesional de la medicina, quedando muy pocas probabilidades de sobrevivencia para el pequeño.³⁴

Era más frecuente en los niños que vivían debilitados por otros padecimientos, como el sarampión, la escarlatina o la viruela, y que vivían en familias hacinadas, en lugares fríos, bajos y húmedos que favorecían la presentación de la enfermedad.³⁵

32 J. de J. González, “La oftalmia purulenta de los recién nacidos y la responsabilidad de las profesoras de obstetricia”, *Publicaciones de la Asociación para Evitar la Ceguera en México*, 1919, pp. 1-12; N. Guerola, “Oftalmia purulenta de los recién nacidos. Bacteriología y tratamiento”, 1900, p. 13; R. Vértiz Berruecos, “La oftalmia purulenta...”, pp. 16-21.

33 F. Rilliet y A. E. Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 1843, p. 301; C. M. Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, 1837, p. 522; R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 100.

34 R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 100; E. Bouchut, *Manual práctico de enfermedades...*, p. 99; J. Cuevas, “Breves consideraciones sobre la etiología y el tratamiento del crup”, 1890, p. 11.

35 L. E. Ruiz, *Tratado elemental de higiene*, 1904, p. 367; J. Cosío, L. E. Ruíz y M. Uribe y Troncoso, “Cartilla de los primeros síntomas de las enfermedades transmisibles que pueden encontrarse en las escuelas y principales medidas que deben adoptarse para prevenirlas”, *Anales de Higiene Escolar*, 1912, pp. 23-25, 30 y 32.

De acuerdo con la mayoría de las fuentes consultadas, la enfermedad hizo su aparición en México en 1862, traída por las tropas galas durante la Invasión Francesa, expandiéndose en territorio nacional. Entre los primeros médicos que la detectaron y atendieron en nuestro país destacaron Rafael Lucio, Miguel Francisco Jiménez, Luis Hidalgo y Carpio, Manuel Carmona y Valle, José María Bandera y Juan María Rodríguez, entre otros. Los maestros mexicanos de la clínica conocían muy bien los trabajos de Pierre Fidele Philippe Bretonneau (1778-1862) y de su “adelantado discípulo” Armand Trousseau (1801-1867), quienes clasificaron y bautizaron, entre 1826 y 1855, este padecimiento con el nombre de “difteria” (por el parecido de sus placas obstructivas con el cuero).³⁶

Los niños mexicanos enfermos demandaban mucha habilidad por parte del terapeuta durante el tratamiento local de las lesiones. Se buscaba resolver el problema retirando los obstáculos para que los pequeños pudieran respirar y, al mismo tiempo, tratarlos con la mayor gentileza posible en las maniobras que eran dolorosas y difíciles: aplicación de “embrocaciones” irritantes y corrosivas, a base de amoníaco y ácido clorhídrico o salicílico, o bien, agua oxigenada y agentes azufrados que se combinaban con sustancias más “amigables”, como los balsámicos, el alcanfor, los aceites y la miel en la faringe o laringe de los pacientes. Sin duda, un mundo hostil para el niño y su familia, que exigía en el médico una respuesta y una actitud muy peculiar, conciliatoria y a la vez resolutiva. La realización de un *tubage* o intubación de la tráquea, o llevar a cabo una traqueotomía para resolver la asfixia, exigía mucha pericia y un alto

36 P. C. English, “Diphtheria and theories of infectious disease: centennial appreciation of the critical role of diphtheria in the history of medicine”, *Pediatrics*, 1985, pp. 1-9; G. Mendizábal, “Clínica interna. Algunas consideraciones sobre la difteria en México”, *Gaceta Médica de México*, 1904, pp. 263-271; J. Gayón, “¿La difteria vino a México con el ejército francés?”, *Gaceta Médica de México*, 1892, pp. 50-54; J. Álvarez Amézquita et al., *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, 1960, pp. 275-276; G. Villete, “Una observación de diphteritis traqueal (vulgarmente *crup*) referida por el Dr. Villete”, *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico (sic)*, 1837, pp. 338-340; J. González Vázquez, “¿Es grave por sí misma la traqueotomía?”, 1873, pp. 11-20.

nivel de comunicación con la familia, que en muchos casos se resistía a estos procedimientos.³⁷

El tratamiento de la difteria sufrió un parteaguas con la introducción del suero antidiftérico, que representó un símbolo sin parangón en la historia de la terapéutica infantil: una nueva era mucho más resolutiva y curativa. En el ciclo de la investigación clínica y bacteriológica de la difteria —abierto con Bretonnaeu en 1826 y cerrado por Emil von Behring (1854-1917) en 1890 con el descubrimiento de la antitoxina—, se pasó del reino de la superstición, el mito, la especulación y el temor, a un mundo de esperanza, certeza y confianza en la ciencia. En 1901, Berhing fue galardonado con el primer Premio Nobel y en 1910, la Universidad Nacional de México le otorgó el grado de *doctor honoris causa*, en representación de la niñez mexicana.³⁸

Sin embargo, la realidad mostraba que esta nueva terapéutica se encontraba aún muy lejana para la gran mayoría de niños mexicanos. El alto costo de las importaciones y la exigua producción nacional impedían que muchos pacientes se vieran beneficiados. De ello estaban conscientes las autoridades sanitarias, como el profesor Ángel Gaviño (1855-1921), director del Instituto Bacteriológico Nacional en 1907, quien expresaba su esperanza de que “llegaría el día en que esta institución pudiera producir cantidades abundantes y de buena calidad”.³⁹ Mientras tanto, los pequeños debían conformarse con las antiguas y tradicionales medidas terapéuticas.

A pesar de todo, la terapéutica inmunológica y el perfeccionamiento de viejos procedimientos, como el *tubage*, empezaron a trans-

37 R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 104; J. Cuevas, “Breves consideraciones sobre la etiología...”, pp. 25-29; F. Rilliet y A. E. Barthez, *Traité clinique et pratique...*, p. 308; E. Bouchut, *Manual práctico de enfermedades...*, p. 1060.

38 G. Mendizábal, “Clínica interna...”; G. Gachelin, “The designing of anti-diphtheria serotherapy at the Institute Pasteur (1888-1900): the role of a supranational network of microbiologist”, *Dynamis*, 2007, pp. 45-62; A. Hüntelmann, “Diphtheria serum and serotherapy. Development, production and regulation in *fin de siècle* Germany”, *Dynamis*, 2007, pp. 107-131; E. Rodríguez-Ocaña, “La producción social de la novedad. El suero antidiftérico: ‘nuncio de la nueva medicina’”, *Dynamis*, 2007, pp. 33-44; *La Universidad Nacional de México 1910*, 1990, pp. 157-160.

39 *Apud* C. Cuevas Cardona, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)”, *Historia Mexicana*, 2007, p. 63.

formar la medicina infantil en una práctica más segura y “amigable”. Se convirtieron en asuntos de interés y preocupación, y fueron incorporados a los nuevos planes de estudio en los cursos clínicos de medicina infantil de la carrera de médico-cirujano de la Escuela Nacional de Medicina, en el cambio de siglo XIX al XX.⁴⁰

La enfermedad también iba a la escuela

A principios del siglo XX, los obstáculos y los retos educativos en nuestro país eran gigantescos. El analfabetismo alcanzó, en 1910, 84 por ciento de la población; sólo asistían a la escuela 23 por ciento de los niños en edad escolar y, de éstos, únicamente 57 por ciento de los inscritos acudían en forma regular a sus clases.⁴¹

¿Las razones de esta situación? Existían diferentes factores, como la multiétnicidad, el hecho de que un gran porcentaje de familias eran rurales, la numerosa población indígena no hispanoparlante de algunas zonas del país y la pobreza urbana, que dejaba a cientos de niños sin posibilidades de asistir a la escuela y los obligaba “a ocupar los talleres artesanales, las fábricas y las calles de la ciudad, como una estrategia de supervivencia de sus familias”.⁴²

Existían también otras poderosas razones que impedían la presencia de los menores en los centros escolares o dificultaban su aprendizaje: las enfermedades. En el mes de julio de 1896 se creó la Dirección General de Instrucción Primaria del Distrito Federal y Territorios. Su Servicio de Higiene Escolar fue un amplio proyecto sanitario del Porfiriato tardío. Implicó el establecimiento de servicios

40 AHENM, Antiguo Palacio de Medicina, legajo 198, exp. 1, fs. 100, 101 y 102, Programa de estudios del curso de pediatría quirúrgica diseñado por Roque Macouzet en 1911.

41 C. Alvear Acevedo, *La educación y la ley. La legislación en materia educativa en el México independiente*, 1978, p. 175. Cfr. A. Pani, *La instrucción rudimentaria en la República*, 1912, pp. 9-14.

42 S. Sosenski, “Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 2003, pp. 45-79; *idem*, “Entre prácticas, instituciones y discursos: trabajadores infantiles en la Ciudad de México (1920-1934)”, *Historia Mexicana*, 2010, pp. 1229-1280; D. Guerrero, “La valoración del trabajo infantil en México, 1910-1920”, en A. Mayer (coord.), *México en tres momentos: 1810-1910-2010*, 2007, pp. 121-147; M. Bazant, *Historia de la educación durante el Porfiriato*, 2006, pp. 15-52.

médicos preventivos y asistenciales permanentes para los 50000 alumnos de las 325 escuelas oficiales de la Ciudad de México en esa época. Una lectura de los *Anales de Higiene Escolar*, su órgano de difusión, nos lleva a pensar que una de las principales metas que perseguía este proyecto era disminuir la gran inasistencia de los niños a la escuela, imprimiendo “disciplina y vigor” en sus cuerpos y mentes, y abatiendo el índice de enfermedades que, de alguna manera, les impedían ir al colegio y minaban su capacidad de aprendizaje y atención.

Los procedimientos médico-sanitarios de aislamiento y desinfección jugaron un papel preponderante en la Inspección Médica, y las epidemias que se sucedieron en esa época, como la de escarlatina en 1908-1909, pesaron en las decisiones de los facultativos en cuanto al aislamiento y separación de muchos alumnos. De los cerca de 30000 niños que fueron revisados por los médicos inspectores en 1909-1910, estaban enfermos 30.5 por ciento; es decir, uno de cada tres niños. Se detectó anemia en 22.2 por ciento. Asimismo, estaban infestados de parásitos, tanto en el cuerpo como en el cabello: 13.5 por ciento tenían pediculosis o piojos; 12.6 por ciento, tiñas, y 2.5 por ciento, sarna. Tenía caries dental 18 por ciento, y disminución de la agudeza visual, 26.8 por ciento, con las consecuencias sobre el aprendizaje correspondientes.⁴³

El papel desempeñado por las enfermedades contagiosas en los niños generó acciones que tuvieron un carácter prioritario y federal, debido al gran temor social que causaban estos padecimientos y que sufrían, principalmente, aquellos que procedían de las clases populares.

43 L. E. Ruiz, “Higiene escolar. Inspección médica en las escuelas primarias”, *Gaceta Médica de México*, 1897, pp. 568-571; M. Uribe y Troncoso, “Informe de los trabajos ejecutados por el servicio higiénico escolar desde su reorganización el 1 de julio de 1908 hasta el 31 de julio de 1909”, *Anales de Higiene Escolar*, 1911, pp. 5-39; A. M. Carrillo, “El inicio de la higiene escolar en México. Congreso Higiénico-Pedagógico de 1882”, *Revista Mexicana de Pediatría*, 1999, pp. 71-74; *idem*, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños. La Inspección Médica Escolar (1896-1913)”, en L. Cházaro y R. Estrada (eds.), *El Umbral de los Cuerpos*, 2005, pp. 171-209; A. C. Rodríguez de Romo, “La aparición de la infancia: la medicina frente al cuerpo de los niños durante el Porfiriato”, *Anales Médicos de la Asociación Médica del Hospital ABC*, 2005, pp. 184-190.

A guisa de ejemplo, presentamos a continuación los casos de dos enfermedades que impactaron a la población en edad escolar de nuestra capital de esa época.

1908: UN BROTE MUY INUSUAL

La escarlatina era considerada en el siglo XIX como la segunda fiebre exantemática en importancia, después del sarampión. En los últimos decenios del siglo se consideraba poco frecuente en el país y algunos autores pensaban que “se avenía poco con la raza latina”, ya que mientras “en Londres morían anualmente 6000 personas”, en la Ciudad de México se tenían ya varios años con ocho a 10 defunciones.⁴⁴ En nuestro país, la sufrían principalmente los niños de dos a 10 años. Los casos clínicos variaban en su presentación en cada niño, con evoluciones impredecibles, por lo que la mayoría de los médicos tomaban sus precauciones y recomendaban un reposo prolongado en cama, evitando lo más posible el contacto con el exterior.

Había casos muy leves, pero muchos otros cursaban con invasión brusca, fiebre elevada y dolor de cabeza. La erupción se acompañaba de anginas muy dolorosas, enrojecimiento de la lengua con inflamación de las papilas, y crecimiento muy doloroso de los ganglios submaxilares. Los casos más graves se caracterizaban, en ocasiones, por ausencia de erupción e incluso de fiebre, o ésta podía ser severa y rebelde al tratamiento, complicándose con otitis supurativa, bronconeumonías, “ataques” de uremia, convulsiones y un estado comatoso. Muchas veces tenían una evolución fatal o se complicaban con nefritis en algunos niños propensos.

En el tratamiento se usaban mucho los baños terapéuticos, las revulsiones ligeras con líquidos irritantes como el amoniaco o los “cataplasmas sinapizados” a base de papillas de harina de mostaza negra. El pequeño era alimentado únicamente a base de dietas de

44 D. Orvañanos, *Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana*, 1889, p. 179. Véase también, del mismo autor, “Algunas observaciones acerca de la epidemia actual de escarlatina”, *Gaceta Médica de México*, 1909, pp. 628-633.

leche. Para la inflamación faríngea se usaban mucho gargarismos o toques de ácido salicílico, clorato de potasa, ácido bórico y agua oxigenada.

Las epidemias de escarlatina habían sido poco frecuentes en la capital del país. La más mortífera fue en 1898, en la que fallecieron 378 niños. Sin embargo, en 1908 se inició un brote muy inusual. Para fines de ese año habían muerto ya 980 niños, casi el triple que en 1898. El 21 de febrero de 1909 los casos mortales llegaron a la increíble cifra de 1691, causando una gran inquietud y preocupación entre médicos y familias. Muchos llegaron a comparar el poder devastador de esta epidemia con el del “cólera chico” (1853) y aun con el del “cólera grande” (1833). Hubo varias familias capitalinas que habían perdido a todos sus hijos durante esta epidemia. Algunos casos mortales fueron detectados en las escuelas. Se llegó a pensar en la posibilidad de cerrar las escuelas de 60 a 70 días con el afán de contener el brote. Finalmente, el número de casos comenzó a descender. Los profesionales de la salud se preguntaban las razones de la severidad inusual que caracterizó a esa epidemia y la “malignidad” de las presentaciones clínicas de muchos niños. Los argumentos preferidos fueron los vientos excepcionales con sus gigantescas polvaredas típicas de esa temporada en la capital, y la falta de lluvias, con la consecuente y atípica sequedad del medio ambiente en muchas zonas de la gran urbe. La escarlatina, a pesar de que presentaba una relación con el hacinamiento y el aglutinamiento de las familias, no tenía connotaciones socioculturales tan claras como la difteria, la tuberculosis o la tiña.

El temor y la presión social condujeron a la generación de normas y acciones institucionales prioritarias. En 1912, se publicó la *Cartilla de los primeros síntomas de las enfermedades transmisibles que pueden encontrarse en las escuelas*, editada por la Inspección General de Higiene del ramo de Instrucción Pública del Distrito Federal, un documento donde estaban las normas, los lineamientos y las acciones a seguir por médicos y profesores ante la presencia de enfermedades infectocontagiosas en sus alumnos. Fue un instructivo

obligatorio en el Distrito Federal y los territorios federales, y surgió a consecuencia de una epidemia memorable.⁴⁵

UN TRATAMIENTO INNOVADOR

En esa época, la tiña era una enfermedad transmisible detectada con frecuencia en los colegios. Sus “progresos eran alarmantes” ya que se propagaba con rapidez en las poblaciones escolares, motivando la preocupación de las autoridades. Fue un símbolo del encasillamiento y la discriminación de origen social, pero también de la búsqueda de nuevas terapéuticas más audaces y efectivas.

Un análisis de la tiña como problema de salud nos muestra el carácter clasista y estigmatizante que se llegaba a mostrar entre los médicos y la sociedad. Se trataba de una enfermedad infantil con una alta prevalencia. Cuando menos, uno de cada 10 niños capitalinos la padecía y, como ya vimos, la mayoría de ellos vivían hacinados con sus familias en pequeñas, húmedas y oscuras habitaciones.

Las variedades más comunes en las escuelas se caracterizaban por presentar zonas escamosas en algunas áreas de la cabeza con caída del cabello (“tonsuras”). Algunos casos eran asociados a la tuberculosis.

El hecho de que algunos animales como aves de corral, perros, gatos, caballos y roedores, especialmente en las zonas rurales o suburbanas, eran considerados como transmisores de la enfermedad, contribuía a la discriminación y el rechazo de la población urbana hacia los niños que procedían del campo o sus cercanías.⁴⁶

La tiña era una enfermedad difícil de curar. El profesor Ricardo Cicero (1869-1938), experto en dermatología, trabajó con los niños enfermos de padecimientos dérmicos en el Dispensario de la Beneficencia Pública y en la Inspección Escolar. Él pensaba que “feliz había

45 R. Macouzet, *Arte de criar...*, pp. 142-147; D. Orvañanos, *Ensayo de geografía...*, pp. 179-182; *idem*, “Algunas observaciones...”; C. Sánchez Mejía, “La reacción de Dick, 2270 observaciones personales en la Ciudad de México”, 1926, pp. 9-13.

46 M. Uribe y Troncoso, “Informe de los trabajos...”, pp. 5-36 y 37-39; L. E. Ruiz, *Tratado elemental...*, p. 362.

de considerarse el médico si al cabo de un año habría triunfado de la enfermedad con paciencia y dedicación suficientes, docilidad por parte de los niños y constancia, confianza, y resignación por parte de los padres”.⁴⁷ Había casos en los que había que esperar incluso a que el niño llegara a la pubertad para considerarlo curado.

Esto motivó a Cicero a buscar nuevos métodos terapéuticos, más audaces, pero no necesariamente libres de efectos contraproducentes, en ocasiones severos, que combinaban la pedagogía con la medicina. Tal fue el caso de las radiaciones ionizantes, utilizadas desde hacia algunos años en niños parisinos por Raymond Saboureaud (1864-1938), investigador y docente del Instituto Pasteur. Los rayos X, de reciente descubrimiento, fueron aplicados en muchos niños mexicanos que padecían la enfermedad en la Escuela Francisco Xavier Balmis para niños con tiña, en la Ciudad de México. La idea era curar la tiña por medio de la depilación causada por las radiaciones. El proyecto terapéutico se inició el 2 de enero de 1911. Hubo grandes inversiones en infraestructura inmobiliaria y en equipo tecnológico y pedagógico. Este experimento fue impactante y marcó el inicio de una nueva forma de relacionarse con la enfermedad. No duró mucho. Factores externos, como la Primera Guerra Mundial, e internos, como la Revolución Mexicana, impidieron continuar con este proyecto e impulsaron a los dermatólogos mexicanos a cambiar de estrategia.

REFLEXIONES FINALES

No existen enfermedades sin un entorno social, cultural y económico que les dé sustento. Un buen indicador para conocer la calidad de

47 R. Cicero, “Técnica del tratamiento de las tiñas por los rayos x [primera y segunda partes]”, *Gaceta Médica de México*, 1909, p. 501; M. Uribe y Troncoso, “Informe rendido por el Dr. Manuel Uribe y Troncoso, jefe del servicio del ramo de Instrucción Pública acerca del dispensario escolar y de la Escuela Especial para Niños Tiñosos de París y de algunas cuestiones relativas a la antropometría escolar”, *Anales de Higiene Escolar*, 1912, pp. 211-218; R. Saboureaud, “Raymond Saboureaud (1864-1938)”, *Annales de l’Institut Pasteur*, 1938, pp. 345-350; P. Roger, “Deux médecins-deux sculpteurs, Paul Richer et Raymond Saboureaud”, 1947, p. 58.

vida que tenían las familias de la ciudad lo constituyen el tipo de enfermedades detectadas cotidianamente en los miles de niños que habitaban la capital mexicana en la época analizada. El conjunto de estos padecimientos retrata la polaridad social, la pobreza, el hacinamiento, la mala alimentación, la exposición al frío y la humedad, en las que vivía un numeroso sector de la población.

Los tratamientos con aparatos sofisticados, nuevas drogas, agentes biológicos y el uso de agentes muy diferentes a los tradicionalmente usados, como lo eran las radiaciones ionizantes o la novedosa terapia inmunológica, hubieran sido impensables apenas unos años atrás. Estos avances representaron el despertar de una nueva medicina, signo de una nueva era científica, más audaz y moderna, que se aproximaba, pero ciertamente más alejada de la “fuerza medicatriz”, esa poderosa propiedad natural del organismo humano que le permite recuperarse por sí mismo de un estado de salud roto por la enfermedad y que era “una vieja amiga y aliada” con la que por siglos habían contado incondicionalmente paciente y médico, como su espacio de apoyo y reflexión.

El análisis histórico de la atención médica brindada a la infancia es un poderoso instrumento que nos da un panorama de la salud individual y colectiva, de la calidad de vida de los pequeños y sus familias, y nos permite reflexionar acerca de los límites, alcances y logros de un sistema de salud, un gobierno y una sociedad. El estado de bienestar de la niñez es un indicador implacable que nos refiere a la injusticia e inequidad que pueden caracterizar a un colectivo humano.

REFERENCIAS

Álvarez Amézquita, José, Miguel B. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, t. I, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.

Alvear Acevedo, Carlos, *La educación y la ley. La legislación en materia educativa en el México independiente*, México, Jus, 1978.

- Arroyo Ávila, Pedro, “La tuberculosis de la infancia en México”, tesis para examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela Tipográfica Salesiana, 1923.
- Barrier, Françoise Marguerite, *Traité pratique des maladies de l'enfance fondé sur nombreuses observations cliniques*, París, F. Chamerot, 1861.
- Bazant, Milada, *Historia de la educación durante el Porfiriato*, México, El Colmex, 2006.
- Bernáldez, Francisco de Paula, “Breves consideraciones sobre la tuberculosis en la infancia”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta de C. Berrueco Hnos., 1883.
- Billard, Charles-Michel, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, París, J. B. Bailliere, Libraire de l'Academie Royale de Médecine, 1837.
- Bouchut, Eugene, *Manual práctico de enfermedades de los recién nacidos y niños de pecho y los de la segunda infancia*, trad. de J. G. Hidalgo, Madrid, Librería Editorial de D. Carlos Bailly-Bailliere, Saturnino Calleja, 1889.
- Bustamante, Miguel E., “Observación sobre la mortalidad general en México, 1922-1969”, *Gaceta Médica de México*, vol. 103, núm. 1, 1972, pp. 47-56.
- Cahuich Campos, Martha y Alberto del Castillo (coords.), *Conceptos, imágenes y representaciones de la salud y la enfermedad en México, siglos XIX y XX*, México, ENAH, 2006.
- Carrillo, Ana María, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños, la Inspección Médica Escolar (1896-1913)”, en Laura Cházaro y Rosalina Estrada (eds.), *El umbral de los cuerpos*, El Colmich/BUAP, 2005, pp. 171-209.
- Carrillo, Ana María, “El inicio de la higiene escolar en México; Congreso Higiénico Pedagógico de 1882”, *Revista Mexicana de Pediatría*, vol. 66, núm. 2, marzo-abril, 1999, pp. 71-74.
- Carrillo, Rafael, “Demografía. La mortalidad infantil de 0-1 años en la Ciudad de México y sus principales causas climatológicas”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, 3.^a serie, núm. 12, 31 diciembre, 1909, pp. 826-845.

- Castañeda de Infante, Carmen (coord.), *Catálogo de las tesis de medicina del siglo XX*, México, UNAM, 1999.
- Castañeda de Infante, Carmen (coord.), *Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX*, México, UNAM, 1988.
- Castillo, Carlos R. del, “La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)”, tesis de maestría en Historia, México, UNAM, 2013.
- Christian, Julian, “Educación especial y ciencias médicas frente a la ceguera en la Ciudad de México, 1870-1928”, en Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM/BUAP, 2008, pp. 43-70.
- Cicero, Ricardo, “Técnica del tratamiento de las tiñas por los rayos x [primera parte]”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm. 7, 31 de julio, 1909, pp. 499-510.
- Cicero, Ricardo, “Técnica del tratamiento de las tiñas por los rayos x [segunda parte]”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm. 8, 31 de agosto, 1909, pp. 513-517.
- Contreras, Crisóforo, “Algunas consideraciones sobre la infección intestinal aguda en la primera infancia”, prueba escrita para el examen de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, F. Laso y Compañía, Impresores, 1902.
- Cooper, Donald, *Las epidemias en la Ciudad de México, 1761-1813*, México, IMSS, 1992.
- Cosío, Joaquín G., “Leche garantizada”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm.7, 7 de julio, 1909, pp. 536-543.
- Cosío, Joaquín G., “The prevention of the tuberculosis in the primary schools”, *Public Health Papers and Reports*, 1907, pp. 1-12. AHSSA, “Salubridad pública, congresos y convenciones”, caja 8, exp. 4.
- Cosío, Joaquín G., Luis E. Ruíz y Manuel Uribe y Troncoso, “Cartilla de los primeros síntomas de las enfermedades transmisibles que pueden encontrarse en las escuelas y principales medidas que deben adoptarse para prevenirlas”, *Anales de Higiene Escolar*, t. I, núm. 3, 1912, pp. 1-43.
- Cuevas Cardona, Consuelo, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)”, *Historia Mexicana*, vol. VII, núm.1, julio-septiembre, 2007, pp. 53-89.

- Cuevas, José, “Breves consideraciones sobre la etiología y el tratamiento del crup”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta del Gobierno en el Exarzobispado, 1890.
- Duun, Peter M., “Dr. Carl Credé (1819-1892) and the prevention of ophthalmia neonatorum”, *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal*, vol. 83, núm. 2, 2000, pp.158-159.
- English, Peter C., “Diphtheria and theories of infectious disease: centennial appreciation of the critical role of diphtheria in the history of medicine”, *Pediatrics*, vol. 76, núm. 1, 1985, pp. 1-9.
- Fajardo-Dolci, Germán, Claudia Becerra Palars, Claudia Garrido y Eduardo de Anda Becerril, “El doctor José Terrés y su tiempo”, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 62, núm.3, julio-septiembre, 1999, pp. 219-225.
- Fernández Ortigoza, Ignacio, “Apuntes sobre la alimentación de la primera edad”, tesis para el examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1884.
- Flores y Troncoso, Francisco, *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, t. III, con una advertencia de Juan Somolinos Palencia, México, IMSS, 1992 [ed. facsimilar de la de 1886].
- Franco y Cortés, Eduardo, “Higiene infantil. Consejos y reglas para el destete y la alimentación de la segunda infancia”, tesis, México, Escuela Nacional de Medicina, 1908.
- Gachelin, Gabriel, “The designing of anti-diphtheria serotherapy at the Institut Pasteur (1888-1900): the role of a supranational network of microbiologists”, *Dynamis*, vol. 27, 2007, pp. 45-62.
- Garduño, Ramón E., “Tratamiento de las formas clínicas de la diarrea infantil”, tesis inaugural para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta de A. L. Parra, 1904.
- Gayón, José, “¿La difteria vino a México con el ejército francés?”, *Gaceta Médica de México*, t. XXVIII, 15 de julio, 1892, pp. 50-54.
- González Vázquez, Jesús, “¿Es grave por sí misma la traqueotomía?”, tesis para el examen profesional de Medicina y Cirugía, México, Imprenta de Ignacio Escalante, 1873.

- González, José de Jesús, “La oftalmia purulenta de los recién nacidos y la responsabilidad de las profesoras de obstetricia”, *Publicaciones de la Asociación para Evitar la Ceguera en México*, núm. 5, marzo, 1919, pp. 1-12.
- Graue, Enrique, “Oftalmia purulenta de los recién nacidos”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Tipográfica y Litográfica “La Europea” de Fernando Camacho, 1897.
- Guerola, Nicolás, “Oftalmia purulenta de los recién nacidos, bacteriología y tratamiento”, prueba escrita para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta, Litografía y Encuadernación de Irineo Paz, 1900.
- Guerrero, David, “La valoración del trabajo infantil en México, 1910-1920”, en Alicia Mayer (coord.), *México en tres momentos: 1810-1910-2010*, México, UNAM, 2007, pp. 121-147.
- Herrera y Jayme, Mariano, “Algunas consideraciones sobre pediátrica”, tesis inaugural, México, Imprenta y Fotolitografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1881.
- Hüntelmann, Axel, “Diphtheria serum and serotherapy. Development, production and regulation in *fin de siècle*, Germany”, *Dynamis*, vol. 27, 2007, pp. 107-131.
- Izquierdo, José Joaquín, “Un mal grave que puede evitarse. La oftalmia purulenta del recién nacido”, *Publicaciones de la Asociación para Evitar la Ceguera en México*, núm. 1, octubre, 1918, p. 5.
- Kumate Rodríguez, Jesús, “Síntesis histórica 1802”, en Ignacio Ávila Cisneros, Francisco Padrón Puyou, Silvestre Frenk y Mario Rodríguez Pinto (coords.), *Historia de la pediatría en México*, México, FCE, 1997, pp. 9-16.
- La Universidad Nacional de México 1910*, México, UNAM, 1990.
- Lara y Pardo, Luis, “La puericultura en México [primera parte]”, *Gaceta Médica de México*, t. III, 2.^a serie, núm. 13, julio, 1903, pp. 201-204.
- Lara y Pardo, Luis, “La puericultura en México [segunda parte]”, *Gaceta Médica de México*, t. III, 2.^a serie, núm. 19, octubre, 1903, pp. 275-288.
- Lavista, Rafael, “Estudio sobre la coxalgia principalmente bajo el punto de vista de su terapéutica quirúrgica”, tesis presentada al jurado cali-

- ficador para obtener la plaza de catedrático de Patología Externa, México, Imprenta de Ignacio Escalante, 1874.
- Liceaga, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos. Obra póstuma*, arreglo preliminar y notas de Francisco Fernández del Castillo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949.
- Liceaga, Eduardo, “Terapéutica. Contribución al estudio de la curación de la tisis pulmonar”, *Gaceta Médica de México*, t. I, núm. 14, 15 de julio, 1901, pp. 175-182.
- Liceaga, Eduardo, “Estadística médica: algunos datos numéricos sobre la tuberculosis en México”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXVI, núm.16, 15 de agosto, 1899, pp. 399-405.
- Liceaga, Eduardo, “Resección de la cápsula subperióstica de la articulación coxofemoral seguida de la regeneración del hueso y de conservación de la articulación”, *Anales de la Asociación Larrey*, t. I, núm.1, 1 de enero, 1875.
- Lozano Alcázar, Jaime, “El primer hospital oftalmológico de México”, *Cirugía y Cirujanos*, vol. 70, 2002, pp. 124-128.
- Macouzet, Roque, *Arte de criar y de curar a los niños*, Barcelona, Fidel Giró, 1910.
- Macouzet, Roque, “El lavado de estómago en los niños”, tesis que presenta al concurso de profesor adjunto de Clínica en Enfermedades de los Niños, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1889.
- Márquez Morfín, Lourdes, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México. El tifo y el cólera (1813 y 1833)*, México, Siglo XXI Editores, 1994.
- Martínez Cortés, Fernando, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, México, Bristol-Myers Squibb de México, 1993.
- Melo, Nicandro, “Las osteoartritis tuberculosas de los miembros inferiores y su tratamiento”, tesis para examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta de la Librería Madrileña, 1896.
- Méndez Luque, Gonzalo, “La Ciudad de México a los ojos de la higiene”, tesis inaugural, México, Imprenta Yllanes Blanco, 1903.

- Mendizábal, Gregorio, “Farmacología, terapéutica y farmacia, revisión de los principales medicamentos en boga”, *Gaceta Médica de México*, t. VII, núm. 2, febrero, 1912, pp. 49-104.
- Mendizábal, Gregorio, “Clínica interna. Algunas consideraciones sobre la difteria en México”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm. 21, 1 de noviembre, 1904, pp. 263-271.
- Narro Robles, José y Rebeca Ponce de León, “Algunas consideraciones sobre mortalidad infantil en México”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. XXII, núm. 6, 1979, pp. 281-294.
- Narro Robles, José, “Medición de la salud pública y de los servicios de salud”, en Juan Ramón de la Fuente y Roberto Tapia Conyer (coords.), *La medición de la salud a través de indicadores*, México, UNAM/Siglo XXI Editores, 2001, pp. 17-23.
- Narro, Reynaldo, “Infección intestinal en el niño, etiología y tratamiento”, tesis inaugural, México, Tipográfica “El libro diario”, 1898.
- Neri Vela, Rolando, “La oftalmología en el México del siglo XIX”, en Enrique Graue Wiechers (ed.), *XXV Aniversario, Instituto de Oftalmología, Fundación Conde de Valenciana*, México, Composición Editorial Laser, 2001, pp. 26-27.
- Orvañanos, Domingo, “Algunas observaciones acerca de la epidemia actual de escarlatina”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm. 9, 30 de septiembre, 1909, pp. 628-633.
- Orvañanos, Domingo, *Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana*, México, Secretaría de Fomento, 1889.
- Pani, Alberto J., *La instrucción rudimentaria en la República*, México, Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1912.
- Revueltas, Juan N., “Ensayo sobre la clasificación de los purgantes”, tesis inaugural de Farmacéutica, México, 1879.
- Reyes, José María, “Higiene pública. Mortalidad en la niñez”, *Gaceta Médica de México*, t. XIII, núm. 20, 3 de junio, 1878, pp. 377-385.
- Reyes, José María, Gabino Barrera, Luis Hidalgo y Carpio y Gustavo Ruiz y Sandoval, “Congreso Médico de Higiene”, *Gaceta Médica de México*, t. XI, núm. 18, 15 de septiembre, 1876, pp. 379-393.
- Rilliet, Frederic y Antoine Ernest Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. III, París, Germer Bailliére, 1843.

- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, “La aparición de la infancia: la medicina frente al cuerpo de los niños durante el Porfiriato”, *Anales Médicos. Asociación Médica del Hospital ABC*, vol. 50, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 184-190.
- Rodríguez-Ocaña, Esteban, “La producción social de la novedad: el suero antidiftérico: ‘nuncio de la nueva medicina’”, *Dynamis*, vol. 27, 2007, pp. 33-44.
- Roger, Prioux, “Deux médecins-deux sculpteurs, Paul Richer et Raymond Saboureaud”, tesis, París, Librairie Arnette, 1947, <<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5839711r/f2.image.r=SABOUREAUD>>, consultado el 30 de enero, 2019.
- Romero Gámez, Francisco, “Breve estudio sobre las diarreas en los niños”, prueba escrita para el examen de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta de J. Joaquín Terrazas e Hijas, 1896.
- Rubalcava, Enrique, “Algunas consideraciones a propósito del lavado de estómago”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta Poliglota, 1884.
- Rubio, Salvador, “Destete”, tesis para examen profesional de Medicina y Cirugía, México, Industrias Graficas Excelsior, 1929.
- Ruiz, Luis E., *Tratado elemental de higiene*, México, Secretaría de Fomento, 1904.
- Ruiz, Luis E., “Higiene escolar. Inspección médica en las escuelas primarias”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXIV, núm. 22, 15 de noviembre, 1897, pp. 568-571.
- Saboureaud, Raymond, “Raymond Saboureaud (1864-1938)”, *Annales de l’Institut Pasteur*, t. 60, núm. 4, 1938, pp. 345-350, <<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5839711r/f2.image.r=SABOUREAUD>>, consultado el 30 de enero, 2019.
- Sánchez Mejía, Carlos, “La reacción de Dick, 2270 observaciones personales en la Ciudad de México”, prueba escrita para el examen de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, 1926.
- Santos Vallejo, Felipe, “Contribución al estudio de las diarreas infantiles”, tesis de recepción, México, Universidad Nacional de México, 1918.
- Sosenski, Susana, “Entre prácticas, instituciones y discursos: trabajadores infantiles en la Ciudad de México (1920-1934)”, *Historia Mexicana*, vol. 60, núm. 2, octubre-diciembre, 2010, pp. 1229-1280.

- Sosenski, Susana, “Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 26, julio-diciembre, 2003, pp. 45-79.
- Terrés, José, “Terapéutica. Creosota y cacodilato de sosa en la tuberculosis incipiente”, *Gaceta Médica de México*, t. I, núm. 1, 1 de enero, 1901, pp. 9-11.
- Torre Rendón, Judith de la, “La Ciudad de México en los albores del siglo XX. El escenario”, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (dir.), Aurelio de los Reyes (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México*, t. V, México, El Colmex/FCE, 2006, pp. 11-48.
- Troconis y Alcalá, Luis, “Pediatria quirúrgica”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, 3.ª serie, núm. 10, 31 de octubre, 1909, pp. 714-726.
- Uribe y Troncoso, Manuel, “Informe rendido por el Dr. Manuel Uribe y Troncoso, jefe del servicio del ramo de Instrucción Pública acerca del dispensario escolar y de la Escuela Especial para Niños Típosos de París y de algunas cuestiones relativas a antropometría escolar”, *Anales de Higiene Escolar*, t. I, núm. 3, enero, 1912, pp. 211-218.
- Uribe y Troncoso, Manuel, “Informe de los trabajos ejecutados por el servicio higiénico escolar desde su reorganización el 1 de julio de 1908 hasta el 31 de julio de 1909”, *Anales de Higiene Escolar*, t. I, núm. 1, julio, 1911, pp. 5-39.
- Uribe, Eduardo, “Breves consideraciones sobre la oftalmia purulenta y su tratamiento”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta “La idea del siglo”, 1905.
- Velasco, Ildefonso, “Estudio sobre algunos purgantes indígenas”, tesis para el examen profesional de Medicina y Cirujía, México, Establecimiento Tipográfico Tomás F. Neve, 1869.
- Vértiz Berruecos, Ricardo, “La oftalmia purulenta de los recién nacidos. Su etiología, profilaxia y tratamiento”, tesis de concurso para la plaza de catedrático de Obstetricia, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1881.
- Vértiz Freyria, Ricardo, “La profilaxia del cólera asiático y del cólera infantil”, tesis mecanografiada, México, Escuela Nacional de Medicina, 1913.

- Vilchis Herazo, Leopoldo, “Algunas consideraciones sobre el lavado de estómago”, estudio para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Tipografía Berrueco Hnos., 1887.
- Villafuerte, Ricardo, “La profilaxia de la oftalmia purulenta de los recién nacidos”, prueba escrita para el examen general de Medicina, México, Tipografía y Litografía de Miguel Yllanes Blanco, 1902.
- Villete, Gabriel, “Una observación de diphteritis traqueal (vulgarmente *crup*) referida por el Dr. Villete”, *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico (sic)*, t. II, 1 de agosto, 1837, pp. 338-340.
- West, Charles, *Leçons sur les maladies des enfants*, París, G. Masson Éditeur, 1881.
- Zertuche, Mariano, “Lactancia artificial, estudio acompañado de los análisis de diversas leches recogidas en establos, expendios y hospitales”, prueba escrita para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta Universal, D.C., Smith, 1899.

TRANSICIÓN Y DISIDENCIA

EL HOSPITAL QUE NO EXISTE
DE HECHO, PERO SÍ DE DERECHO:
LA SUPRESIÓN DEL HOSPITAL DE SAN JUAN
DE DIOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 1821-1826¹

Xóchitl Martínez Barbosa

La historiografía de los hospitales novohispanos le ha dado un lugar especial a las instituciones atendidas por las órdenes religiosas hospitalarias, betlemitas, de San Hipólito y de San Juan, ya que éstas le imprimieron un sello particular a las instituciones que tuvieron a su cargo, como parte de su vocación religiosa. En lo que toca a la orden española de la Hospitalidad de San Juan de Dios, de los hermanos legos, ésta llegó a tierras americanas en el siglo xvii para establecerse, por primera vez, en Cartagena de Indias.

Más adelante, al llegar a la Nueva España en 1603 —traída por el virrey Juan de Mendoza y Luna, marqués de Montesclaros— se les asignó el antiguo Hospital de la Epifanía o de los Desamparados para su cuidado, debido a la notable decadencia en que se hallaba dicho establecimiento fundado en 1582 por el conocido doctor Pedro López, iniciador también del Hospital de San Lázaro (1572). En su origen, el Hospital de los Desamparados estuvo destinado a la atención de negros, mestizos, mulatos y niños expósitos; es decir, a los grupos marginales de la sociedad novohispana que no tenían cabida en otras instituciones de la época. De hecho, sería el primer hospital que tuvieron los juaninos a su cargo, de otros muchos establecidos en

1 Este trabajo forma parte del proyecto PAPIIT IN404315: "Política y administración hospitalaria del México Independiente en la Ciudad de México: 1821-1857".

las principales ciudades y centros mineros del territorio novohispano,² ejerciendo su oficio en nuestro territorio por poco más de 200 años.³

No corresponde al propósito de este trabajo extendernos en la obra juanina, pues hay quienes lo han hecho de manera excelente desde sus propias disciplinas. Entre los diversos autores que abordan este tema destacan Mariano Cuevas, Josefina Muriel, Francisco Guerra, Guillermo Fajardo Ortiz, Ana Ortiz Islas, Solange Alberro, María Luisa Rodríguez Sala y sus colaboradores, sin dejar de señalar, aunque sea de paso, aquellos que se han ocupado de rescatar y reconstruir la obra hospitalaria regional, como es el caso de Ana Mónica González Fansani, para Zacatecas, y Jesús Vega Méndez, para Celaya, Guanajuato.

Así las cosas, regresemos al hospital de la Ciudad de México, el cual hacia los primeros años del siglo XIX funcionaba en un edificio renovado tras el incendio acaecido en 1766 y el temblor de los inicios de 1800.

Como todas las órdenes religiosas, los juaninos tuvieron sus momentos buenos y malos; hacia la segunda mitad del siglo XVIII comenzaron una etapa de decadencia por la relajación de las costumbres, la corrupción y el desorden, que fueron muy evidentes a los ojos del público y de las autoridades. Por ello, en 1774 todos los hospitales juaninos de la Provincia del Espíritu Santo (cuya cabeza o sede estaba en la iglesia y Hospital de San Juan de Dios de la Ciudad de México) fueron objeto de una visita de supervisión. Sin embargo, no hay que olvidar que la orden religiosa de San Juan de Dios participó en la creación de un sistema hospitalario que se extendió en diversas regiones del Virreinato y se hizo cargo también de los hospitales que así lo requirieron.

Con esos antecedentes, en las siguientes líneas me voy a referir al Hospital de San Juan de Dios (HSJD) de la Ciudad de México —el cual estuvo ubicado desde su origen en el actual Museo Franz Ma-

2 Acerca de Pedro López, véase M. L. Rodríguez Sala y L. Martínez Ferrer (coords.), *Socialización y religiosidad del médico Pedro López (1527-1597); de Dueñas (Castilla) a la Ciudad de México*, 2013. Sobre los juaninos, véase M. L. Rodríguez Sala, *Los cirujanos de hospitales de la Nueva España (1700-1833)*, 2006.

3 J. Vega Méndez, *Los juaninos en Celaya, 1623-1823*, 2014.

yer—, para centrarme en los acontecimientos inmediatos a la consumación de la Independencia hasta 1826, cuando fue clausurado. Cinco años es un lapso corto, pero complejo, que nos permitirá entender —o cuando menos plantear— el proceso de transformación de los hospitales de fundación novohispana. Es apenas una ojeada a una etapa más amplia que corre desde la década de los veinte del siglo XVIII y se extiende hasta mediados del siglo XIX, en la que los hospitales sufrieron afectaciones en su funcionamiento, sentido tradicional, identidad, organización interna y administrativa; en suma, en los aspectos que los caracterizaron desde su origen.

Es sabido que las políticas secularizadoras afectaron a los hospitales atendidos o fundados por regulares desde las disposiciones liberales de Cádiz (1812-1820),⁴ que determinaron la exclaustración de religiosos, hasta la ley de supresión de órdenes monacales y hospitalarias, y la reforma de los regulares de 1820,⁵ retomada para su difusión en el bando de secularización publicado el 26 de febrero de 1822, en un contexto de nación independiente.⁶

A lo anterior se agregaron en el camino un sinnúmero de problemas derivados de la situación política: la inestabilidad, las guerras, la falta de recursos y una gran deuda nacional, por señalar algunos de ellos. Ubicados en ese contexto, en el que la administración del hospital pasaría a manos del Ayuntamiento, me enfocaré fundamentalmente en aquellos momentos en los que destaca la función social del hospital; el allanamiento del edificio; las tentativas de rescate del HSJD; el proceso de supresión del HSJD; las reacciones ante tal medida y, finalmente, algunos acontecimientos posteriores.

4 En 1820, la Asamblea Legislativa Constituyente impuso en el reino los ideales liberales. J. Vega Méndez, *Los juaninos en Celaya...*, p. 117.

5 A. Ortiz Islas, "Los juaninos frente a las epidemias", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 2009, p. 59. En febrero de 1821, el virrey Apodaca declaró disueltas las congregaciones de los hermanos que ejercían la hospitalidad; para entonces, los juaninos tenían 25 establecimientos, los hipólitos y los betlemitas, 10 cada uno. Véase J. Vega Méndez, *Los juaninos en Celaya...*, p. 122.

6 AGN, México Independiente, Justicia y Negocios Eclesiásticos, Justicia Eclesiástica, vol. 1, exp. 35.

Por último, cabe aclarar que el desarrollo del presente capítulo se basa de manera importante en las fuentes documentales que sobre el HSJD resguarda el AHCM.

FUNCIÓN SOCIAL DEL HOSPITAL: CONSERVACIÓN DE LA SALUD

El HSJD llegó a recibir poco más de 200 enfermos hacia mediados de 1821; según reportes de su administrador, Francisco Xavier de Heras, la creciente demanda de atención sobrepasaba cuatro veces el promedio normal de los años anteriores. A comienzos del siglo, el hospital aceptaba un promedio de 40 enfermos, tomando para ello la referencia aportada por el mismo administrador cuando comenzó a trabajar en el HSJD. Si nos vamos hacia atrás, el censo de Revillagigedo de 1794 registró la existencia de dos frailes, ocho criados, dos médicos, 44 enfermos y 56 enfermas,⁷ constituyendo un total de 100 pacientes, lo cual era la mitad de los admitidos en 1821.

Probablemente, la amenaza de una epidemia podría explicar el incremento tan significativo de asistidos en el HSJD. Según los documentos consultados, las autoridades y la sociedad manifestaban un gran temor de que los enfermos se convirtieran en una amenaza para la salud de los habitantes de la ciudad, en el caso de que llegaran a morir en la vía pública. Por ello, recluir a los enfermos en el hospital coadyuvaba, por un lado, a brindar la atención a quienes requirieran el cuidado de su salud y, por otro, a evitar el contagio del resto de la población. Así se ejercía también el control sobre la sociedad, recluyendo entre sus muros a aquellos que pudieran causar algún daño a los ciudadanos.

Esa circunstancia fue propicia para poner énfasis en la función que tenían los hospitales y que consistía en conservar la salud, misión que el cabildo de la ciudad retomaría a lo largo de sus disposiciones para que los párrocos remitieran a los enfermos a los hospitales, sirviendo de enlace entre el hospital y la sociedad, como

7 Tomado de J. Muriel, *Hospitales de la Nueva España. Fundaciones de los siglos xvii y xviii*, 1991, p. 34.

tradicionalmente lo habían hecho desde tiempos pasados. En este sentido, la disposición determinaba que

los párrocos se sirvan imponer a sus feligreses en el contenido de los rotulones adjuntos, haciéndoles entender que los caudales públicos que se invierten en los gastos del hospital de San Juan de Dios, es con el preciso objeto de conservar su salud.⁸

Por otro lado, la demanda de servicios hospitalarios por parte de la población demuestra que los nosocomios existentes en la Ciudad de México eran insuficientes o su capacidad de atención era limitada, sobre todo en tiempos de fatalidad. El aumento tan desproporcionado de asilados —que con toda seguridad se debió también a las contiendas armadas— puso en jaque la economía de la institución, de por sí ya muy mermada.

Uno de los principios de la orden juanina radicó en atender a todo tipo de necesitados, sin importar la condición social o étnica.⁹ En 1821, un año antes de que se suprimiera el Hospital Real de Naturales, sabemos que los entonces denominados “ciudadanos indios” de la capital y pueblos inmediatos o distantes acudían con los juaninos para curarse de sus enfermedades, ya que se decía no tenían otro recurso que el Hospital de San Juan de Dios, donde eran atendidos como los demás enfermos.¹⁰ La única limitante era la lengua:

De cuantos enfermos han ocurrido a esta casa desde el 26 de febrero [de 1821] último a la fecha, sólo se habrán despedido tres o cuatro indios [naturales], porque no sabiendo hablar castellano y careciendo este hospital de Capellán otomí, mexicano y tarasco, a efecto de que no mueran sin los auxilios espirituales, se han remitido a su hospital

8 AHCM, Ayuntamiento de México, Hospitales, HSD, vol. 2304, exp. 17, f. 1, Acuerdo del cabildo, 4 de abril de 1821.

9 A. Ortiz, “Los juaninos frente...”, p. 59.

10 AHCM, HSD, vol. 2304, exp. 14.

de naturales, donde hay dotados sacerdotes con tal objeto; pero exceptuando este caso, a ninguno se ha repelido.¹¹

Poco después de la consumación de la Independencia, el 16 de octubre de 1821, entre la multitud de asuntos pendientes que tenía el Ayuntamiento esperando su pronta resolución, residía la cuestión de la clausura del HSJD (entre otros hospitales, como el de Belém, San Hipólito, San Lázaro y Espíritu Santo), determinada principalmente por la falta de circulación de los recursos de bienes destinados para su sostén a la tesorería del Ayuntamiento.¹² En los meses siguientes, los sucesos derivados de la problemática nacional le fueron dando destino a este imperativo.

ALLANAMIENTO DEL EDIFICIO

Con este subtítulo quiero señalar que el edificio del hospital juanino fue usado también para otros fines ajenos a su vocación. Durante el mes de julio de 1822 fue ocupado por las tropas del Primer Imperio. Recordemos que el día 21 de ese mes Iturbide fue coronado emperador; al poco tiempo, una conspiración en su contra amenazaba en distintas ciudades, incluyendo la de México. Esa amenaza terminó el 26 de agosto con la aprehensión y enjuiciamiento de los involucrados. El 27 de septiembre entraría el emperador a la capital con el Ejército Trigarante.

Es en este contexto en el que se dio la invasión de las instalaciones del HSJD por las fuerzas militares, situación que agravó la condición del hospital, porque debió absorber a los enfermos y heridos de la misma guarnición militar. Dicho escenario incidió en el aumento de pacientes, precisamente cuando el Ayuntamiento carecía de medios para sostener a los ya existentes; por ello, muchas veces se recurriría a la reducción del número de camas como una solución inmediata.

11 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 15, f. 4.

12 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 14, f. 17.

El conflicto resultó ser para ambas partes. Estaba el riesgo de que la tropa se contagiara del ambiente dañino propio de todo hospital, según la visión de la época, causado por la reunión de enfermos, denominado entonces “miasma de hospital”. Y, por supuesto, no hay que olvidar que su presencia contribuyó a perturbar la vida hospitalaria: estando los “infelices pacientes” necesitados del reposo “para el alivio y extinción de sus dolencias [...] se aumenten con el ruido inevitable de las fatigas interiores de los mismos militares, y entonces carecerían aquellos miserables aun de este pequeño consuelo”.¹³

Finalmente, este pasaje concluye con la denuncia de los daños causados por la tropa al recinto hospitalario, que condujo a las autoridades a tomar la decisión de reubicarla en el edificio del Hospital de Naturales, el cual se encontraba desocupado.¹⁴

Al año siguiente (1823), una orden del Supremo Poder Ejecutivo, como se hacía llamar el triunvirato integrado por Nicolás Bravo, Pedro Celestino Negrete y Guadalupe Victoria (asumieron el poder político el 31 de marzo), instruyó a las autoridades destinar nuevamente el edificio del hospital juanino para la tropa, así como el de San Hipólito. El 30 de julio el cabildo acordó desocupar ambos hospitales.¹⁵

Cabe recordar que eran meses de enorme preocupación por la amenaza de las fuerzas españolas recogidas en el fuerte de San Juan de Ulúa; en esa ocasión, se aprovecharon las circunstancias para retomar el propósito de cerrar el hospital e ir suprimiendo el personal a cargo; una vez efectuada la entrega material, serían suspendidos los salarios de aquellos empleados encomendados al cuidado y custodia de los enseres.¹⁶

13 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 20, f. 4.

14 *Loc. cit.*

15 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 23.

16 *Loc. cit.*

TENTATIVAS PARA EL RESCATE DEL HOSPITAL

En el periodo de estudio, las condiciones del país orillaron a las autoridades a tomar la decisión de clausurar algunos hospitales. Sin embargo, en 1825 ciertas acciones indicaban una tendencia contraria; los regidores comisionados para la vigilancia y administración de los nosocomios centraron sus esfuerzos en el rescate de las viejas instituciones de fundación novohispana. Veamos dos situaciones que apoyan lo dicho.

En primer lugar, se tiene noticia de que durante el último cuatrimestre de 1825 se realizaron reparaciones al edificio del HSJD; para la rehabilitación de la enfermería, los techos y las viviendas de los dependientes fueron distribuidos ciertos recursos. Esto quedó asentado en la Cuenta de Cargo y Data que comprendía del 10 de septiembre al 30 de noviembre, en ella se lee el siguiente membrete:

Para los gastos que se han erogado para la apertura del Hospital en el convento de Nuestro Padre Santo Señor de San Juan de Dios de esta capital por acuerdo del Excelentísimo Ayuntamiento siendo comisionados por el mismo los señores capitulares el Alcalde Gabriel de Llera, Regidor Agustín Gallegos y agregado Alcalde Alejandro Valdez.¹⁷

En cierto modo, la inversión para el arreglo del inmueble y los gastos en insumos para alimentos reflejaban el funcionamiento habitual del hospital, sin señalar específicamente algún recorte o disminución en las compras cotidianas.

En segundo lugar, tenemos otro ejemplo de la tendencia para mantener el hospital en funciones en el documento titulado “Plan de arreglo en presente del Hospital de San Juan de Dios de esta Ciudad para su gobierno interno y provisorio”, presentado el 29 de diciembre de 1825 por el citado regidor y comisionado, Agustín Gallegos, al presidente y vocales del Ayuntamiento constitucional,¹⁸ el cual en

17 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 32.

18 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 31.

realidad no se aplicaría, ya que el hospital fue suprimido a los pocos días, en enero de 1826.

Lo anterior nos proporciona una idea de la situación vacilante de las autoridades del Ayuntamiento de suprimir o no el HSJD. No obstante, cabe reflexionar sobre el documento que expresa la necesidad de poner orden al funcionamiento y administración de los hospitales heredados del régimen anterior. Veamos algunos aspectos.

De manera sucinta diremos que uno de los puntos prioritarios fue el económico, ya que éste resultaba fundamental para poder brindar a los enfermos la curación de sus males y el consuelo en su condición de desamparo físico y espiritual. Se sigue insistiendo en que el deber de los empleados era atender a los enfermos con espíritu caritativo y acatar las recomendaciones de los facultativos para la alimentación y suministro de medicamentos.

El papel de los capellanes en los hospitales seguiría siendo fundamental durante algunos años más; el artículo 13 de la propuesta de reglamento contemplaba que éstos debían permanecer siempre en el hospital para que nunca faltara el auxilio espiritual a los enfermos.

Siguiendo con las obligaciones del personal, se puso especial atención en la conducta que debían mantener el médico, el cirujano y el practicante mayor, evitando cualquier falta en el desempeño de sus funciones, como la violencia con que solía hacerse la visita a los enfermos o que no se encargaran de escuchar a los pacientes para recetarles lo que conviniera a sus padecimientos. Esta consideración iba más allá de la noción tradicional del servicio, centrado en aspectos de orden caritativo o de beneficencia, para priorizar la condición del enfermo.

El amplio proyecto de reglamento que comentamos consta de 20 artículos que expresaban los criterios generales para una correcta administración y funcionamiento del HSJD, el cual, en este periodo de transición, dependía enteramente del Ayuntamiento y su control y vigilancia operaban gracias al regidor comisionado al hospital. Las designaciones de los empleados dependerían básicamente del administrador, previo acuerdo con el cabildo.

Sin duda, perviven elementos tradicionales en la rutina hospitalaria; era relativamente pronto pensar en cambios sustantivos. Sin

embargo, destaca la necesidad de establecer normas generales para que el hospital continuara con su función asistencial, bajo el control y supervisión del Ayuntamiento.

SUPRESIÓN DEL HSJD Y TRASLADO DE LOS ENFERMOS AL HOSPITAL DE SAN ANDRÉS

Así, llegamos al 26 de enero de 1826, día en que el Ayuntamiento de la capital resolvió suprimir el HSJD. Y ¿qué hacer con los enfermos? Éstos serían trasladados al Hospital General de San Andrés, quizá el nosocomio más importante de la Ciudad de México, el cual tenía albergados, para esas fechas, cerca de 500 pacientes. No obstante, recibiría a los de San Juan de Dios a cambio del pago puntual de la mensualidad correspondiente a la atención prestada a cada uno de sus enfermos: “contando con que los abonos de hospitalidades tengan verificativo mensualmente sin dar lugar al aumento de la escandalosa deuda causada en los años anteriores con detrimento de tan piadoso establecimiento”.¹⁹ Recordemos que en años anteriores fue muy sonado el adeudo que por concepto de las estancias de los militares remitidos al San Andrés tenía el Ayuntamiento con dicho hospital, ocasionando que en lo sucesivo se negara la admisión de enfermos y heridos enviados por ese cuerpo de gobierno.

Con el fin de proceder a la mudanza de los pacientes de un hospital a otro, se debía conocer su estado con cierta precisión. Para ello, el administrador del HSJD, Francisco Santa María, realizó dos reportes. En el primero, del 4 de febrero de 1826, informó que estaban siendo atendidos en el hospital juanino un total de 34 hombres, de los cuales uno estaba enfermo de gravedad, seis “corrían peligro” y cinco podían trasladarse sin inconvenientes; en la enfermería de mujeres reportó dos moribundas, 14 de gravedad y seis que podían pasarse sin mayores cuidados (en total 56 enfermos).

En el segundo reporte, realizado casi 10 días más tarde (el 15 de febrero de 1826), tan sólo quedaban 22 enfermos en el Hospital

¹⁹ *Ibid.*, f. 9.

de San Juan de Dios: nueve hombres y 13 mujeres, y se dispuso el traslado oportuno porque sus enfermedades los obligaban a mantenerse en cama. Cabe notar que mientras concluía el movimiento de enfermos, seguían generándose los gastos de los dependientes que permanecían ahí para su cuidado y atención.

A los reportes señalados faltaba la opinión de un facultativo; el cabildo, el 21 de febrero de 1826, acordó encargársela al médico de la Junta Municipal de Sanidad, Joaquín Piña. Finalmente, el 22 de febrero acudiría José María Varela a visitar a los enfermos para levantar el reporte solicitado; ese mismo día presentó al alcalde de la primera elección, don Juan Manuel de Elizalde, una certificación en la que señalaba que cuatro enfermos, dos hombres y dos mujeres, debían trasladarse con mayor cuidado:

El ciudadano José Ma. Varela, profesor de medicina e individuo de la Junta Municipal de esta capital, etcétera.

Certifico que en virtud de la orden del Exmo. Ayuntamiento, que se me comunicó hoy por el señor Alcalde del Primer voto D. Juan Manuel de Elizalde, pase al Hospital de San Juan de Dios a reconocer los enfermos de ambos sexos existentes en él, y después de haberlos examinado escrupulosamente uno por uno, encontré que todos ellos adolecen de males crónicos, que de ninguna manera [agravaría] [...] su traslación al Hospital de San Andrés, la que puede hacerse sin perjudicar su salud, ni agravar sus males; recomendando solamente que la traslación de dos hombres y dos mujeres por hallarse en un estado más adelantado su mal, se haga con las prevenciones que he dejado prevenidas. México, febrero 22 1826. José Ma. Varela.²⁰

Con las indicaciones del facultativo Varela, de los 34 enfermos que permanecían en el HSJD, se autorizó el desplazamiento de 17 al Hospital de San Andrés, traslado que debió hacerse el día 23 de febrero, entre las 9 y 12 horas. Para el efecto se integró una boleta por cada enfermo, anotando en ella nombre y apellido; fueron transportados de un hospital a otro en camilla, con el auxilio de los mozos.

20 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 38, f. 6.

Sin embargo, esa ocasión fue propicia para la fuga de un enfermo de nombre Mariano Portillo.

Enseguida se procedió a efectuar la entrega de enseres del hospital y a suprimir las plazas de cirujano, practicantes, así como las dos de enfermeros de hombres y mujeres. Ya para el 1 de marzo de 1826, el nosocomio pasó a ser el Hospital de San Juan de Dios Suprimido; las medicinas y despensa serían entregadas al de San Hipólito, constando tal donación por medio de un recibo.

Desde esa fecha, el edificio del viejo hospital juanino quedó desocupado; su resguardo correría por cuenta de Francisco de Santa María en calidad de administrador con un sueldo de 200 pesos anuales, según lo indicaba el oficio del regidor Pascual Orendain. A partir de entonces, el inmueble sería arrendado para viviendas.²¹

REACCIONES ANTE LA SUPRESIÓN DEL HOSPITAL

Algunas voces se levantaron ante la firme disposición de la autoridad para cerrar el HSJD, sobre todo de aquellos sectores que continuaban participando en asociaciones de gran arraigo, como las cofradías.

Durante el periodo novohispano, llegó a ser común que los hospitales recibieran ayuda de la sociedad a través de las cofradías. En el caso del HSJD, sus enfermos recibían auxilio espiritual de los integrantes de la Archicofradía de San Juan de Dios. Por esa razón, al enterarse del decreto superior que ordenó la supresión del hospital, la mesa de la archicofradía —presidida por el rector Joaquín Rodríguez, el tesorero Andrés Bernal y los secretarios José Manuel Iglesias y Mariano Muriera—, instalada nuevamente con la autorización del gobierno eclesiástico y secular en el Convento de Nuestro Glorioso Patriarca, expresó su solidaridad y apoyo, ya que la atención de “los pobres enfermos” constituía una de sus labores fundamentales y prácticamente su razón de ser.

Sin oponerse a la medida de la autoridad, esta corporación expresaba que con el cierre del hospital se originaban graves daños a la

21 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 39, f. 13.

humanidad, aunque se tuviera la intención de reabrirlo después. La forma de ayuda que brindaban hombres y mujeres de la archicofradía consistía en asistir a los enfermos, en rezarles el “santo rosario”, en socorrerlos tanto en lo temporal como en lo espiritual, y en explicarles la doctrina, además de ayudarles a bien morir. Esto lo solían realizar los domingos. Por otra parte, también conseguían colchones y otros utensilios que requirieran los enfermos.

En suma, lo que solicitaban los cofrades era que se les permitiera atender el hospital, o bien, que les dejaran un corto número de camas a su cargo para que pudieran continuar prestando sus servicios, destacando que un establecimiento de este tipo era muy necesario en esos tiempos.

En su calidad de comisionado, José P. Orendain ya había tomado la decisión de cerrar el hospital y no era posible dar marcha atrás. Sin embargo, admitió que la archicofradía mantuviera un corto número de camas a su cargo y que en cuanto se dispusiera reabrir el establecimiento, consideraría la petición presentada.²²

Las últimas noticias que se tienen del proceso de supresión del hospital corresponden al inventario general de las enfermerías del Santo Padre y de la Sala de Nuestra Señora de los Dolores, capilla, cocina, refectorio, botica, etcétera, con fecha del 27 de febrero de 1826.²³

LOS AÑOS POSTERIORES AL CIERRE DEL HOSPITAL JUANINO

Con los sucesos que hemos relatado, concluye una etapa del HSJD de tradición centenaria que, albergado en un edificio que le dio una identidad propia, recibió en sus mejores tiempos a los desamparados que por razones de salud y pobreza vieron en esa institución una opción de supervivencia y, acaso, de recuperación de sus enfermedades. Cumplió con la función social que le era propia. Sin embargo,

22 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 35, f. 4.

23 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 39.

noticias posteriores indican una condición peculiar que sale a relucir con motivo de los recursos para sostener a sus enfermos.

Para la manutención de sus pacientes, el hospital juanino se auxilió de los recursos provenientes de las obras pías, formas de socorro individual que siguieron manteniéndose a pesar de los avatares de los tiempos. Hacia 1830, se hicieron explícitos estos recursos a través del fundador de una obra pía para beneficio de los hospitales de San Juan de Dios y San Lázaro, bachiller don José Ceballos Zurita.

El mandato de este bachiller era brindar a los “pobres enfermos” la ayuda en especie —de pan, carne y medicinas—, recomendando la permanencia de este bien con la condición de que nunca se otorgara en reales; estas palabras dan cuenta de tal decisión:

En la especie de pan carne o medicamentos convertidas en ellas o en otras de las que necesite para alivio de los pobres enfermos, sin que de manera alguna se entregue la importancia de dichas dos terceras partes en reales, ni menos se intente derecho de dominio o administración de la finca mencionada por razón de las obras que en ella se asegura, porque en el supuesto de que se pretenda por la parte que fuere y a cuyo cuidado esté la enfermería se entiende que perdió la acción de esta limosna.²⁴

Lo cierto es que dicha ayuda fue canalizada para cubrir los adeudos que el cuerpo municipal tenía con los proveedores de alimentos y medicinas; es decir, que a cuatro años de cerrarse el hospital seguían manteniéndose los enfermos en el San Andrés y los gastos por ese concepto corrían aún por cuenta del Ayuntamiento.

Otra obra pía de la que se tuvo noticia en ese mismo año, 1830, fue la de la condesa de Peñalva, destinada para comprar medicinas de los enfermos del HSJD, cuyos réditos (del capital de 4 000 pesos) serían entregados también al Hospital de San Andrés. El dilema del patrono de dicha obra pía era a quién otorgar el recurso, ya que en el edificio del hospital no había enfermos, sino que estaba ocupado transitoriamente por las monjas de la Enseñanza, manifestando gran

24 AHCM, HSJD, vol. 2304, exp. 40, fs. 3-4.

incertidumbre al respecto. De aquí la frase que le ha dado título a esta presentación. Dadas las condiciones, para esas fechas el HSJD no existía de hecho pero sí de derecho. No existía de hecho, porque los enfermos no estaban en el inmueble del hospital juanino, sino en el de San Andrés, y el edificio tampoco cumplía con las funciones que le fueron otorgadas: primero fue ocupado por la tropa y, mucho después, por las religiosas de Enseñanza de Indias, quienes suplicaron al cuerpo municipal que se les facilitara el edificio e iglesia, entre tanto se reparaba el suyo.

Tal era el escenario que motivó el comentario, o más bien la afirmación, de que el HSJD existía de derecho, porque desde 1821 en que se verificó la supresión de los religiosos juaninos hasta 1830 no habían dejado de asistirse sus enfermos siempre por cuenta del Ayuntamiento. Se mantenía el procedimiento para que los “enfermos de solemnidad” fueran aceptados en el Hospital de San Andrés, ya que en cada cuartel se otorgaban las papeletas que indicaban la necesidad de atención del sujeto que las mostraba. Según la autoridad, esto mostraba a la luz pública que el excelentísimo Ayuntamiento sostenía a los enfermos que ocurrían en la ciudad; quedaba ante sus ojos muy claro que el hospital juanino existía y, por lo mismo, no había razón para prescindir de la obra pía de la condesa de Peñalva. O ¿sería acaso un pretexto para continuar recibiendo esos recursos?

COMENTARIO FINAL

Durante la segunda década del siglo XIX, el HSJD de la Ciudad de México atravesó por una serie de situaciones difíciles que quebrantaron su carácter de hospital propiamente dicho.

La identidad, característica de un establecimiento juanino se fue perdiendo de manera progresiva desde el momento en que la orden se suprimió y se decretó su exclaustación. Este proceso iniciado en el contexto virreinal, termina en los primeros años del México independiente.

Si en este caso la identidad la imprimían la orden religiosa y el edificio, sin duda importó mucho más la percepción social, la de-

manda de atención que reclamaban ciertos grupos en los difíciles episodios que enfrentó el naciente país y la Ciudad de México en particular. De hecho, según Ana Ortiz, la supresión de los juaninos se dio casi al mismo tiempo que su extinción en las tierras americanas.²⁵

Así las cosas, en 1826 ya no hay edificio, no hay religiosos juaninos, pero sí existen enfermos que supuestamente demandan la atención hospitalaria. También permanece una estructura tradicional que soporta —aunque débilmente— la misión de los viejos hospitales: las cofradías y las obras pías.

Como señalé, importaba mucho más la percepción de la sociedad; de ello se valieron las autoridades del Ayuntamiento para seguir con la idea de que el hospital funcionaba a través de la atención que los enfermos recibían en el San Andrés. De esta manera, los recursos de los viejos hospitales seguirían canalizándose a las arcas del Ayuntamiento.

El HSJD sería retomado en 1845 por las Hermanas de la Caridad, convirtiéndolo en un centro importante para esa congregación, que contó incluso con noviciado. Más adelante, en el Segundo Imperio, esta institución se transformaría en un hospital para la atención de mujeres con enfermedades venéreas (1864), denominado Hospital Morelos a partir de 1875, tras la expulsión de las Hermanas de la Caridad. Aspectos interesantes, sin duda, que han sido motivo de estudio y que se refieren precisamente al proceso de transformación de los viejos hospitales en el contexto de la beneficencia pública.

REFERENCIAS

Muriel, Josefina, *Hospitales de la Nueva España. Fundaciones de los siglos XVII y XVIII*, t. II, México, UNAM/ Cruz Roja Mexicana, 1991, <www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/hospitales/HNET2000.pdf>, consultado el 8 de enero, 2018.

25 Apud J. Vega Méndez, *Los juaninos en Celaya...*, p. 130.

- Ortiz Islas, Ana, “Los juaninos frente a las epidemias”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, vol. 12, núm. 2, 2009, pp. 59-62.
- Rodríguez Sala, María Luisa, *Los cirujanos de hospitales de la Nueva España (1700-1833)*, México, UNAM/Academia Mexicana de Cirugía/SSA, 2006.
- Rodríguez Sala, María Luisa y Luis Martínez Ferrer (coords.), *Socialización y religiosidad del médico Pedro López (1527-1597); de Dueñas (Castilla) a la Ciudad de México*, México, UNAM, 2013.
- Vega Méndez, Jesús, *Los juaninos en Celaya, 1623-1823*, Tijuana, Unigrafica, 2014.

MARY W., *FRANKENSTEIN*
Y LA HISTORIA DE LA CIENCIA
EN LAS UNIVERSIDADES

Clara Inés Ramírez González

“I did not make myself the heroine of my tales”
Mary W.

La noche del 16 de junio de 1816 nació la criatura y nació también su creador, el doctor Frankenstein. Esa noche de tormenta estaban reunidos en la villa Diodati, cerca del lago Lemán, en Suiza, cuatro escritores. Tres de ellos eran hombres: Lord Byron, Percy B. Shelley y John William Polidori; una era mujer: Mary Wollstonecraft Godwin. Por ser pareja de Percy B. Shelley, ella pasó a la posteridad como Mary Shelley; sin embargo, solía firmar como Mary W., usando la inicial del apellido de su madre.¹

Los tres hombres, Byron, Shelley y Polidori, eran universitarios; Mary, no. A ella, como a casi todas las mujeres de la época, le fue ajena la experiencia en las aulas. Ellos habían estudiado en algunas de las más prestigiosas universidades de entonces: Byron en Cambridge, Shelley en Oxford y Polidori en Edimburgo. Ella estudió en casa; tuvo una institutriz y una tutora; además, leyó de manera autodidacta las obras de la biblioteca de su padre, el filósofo radical William Godwin. Quienes han estudiado sus influencias consideran que las conversaciones mantenidas en la casa paterna con los amigos y alumnos de él dejaron huella en la formación de Mary W.² Pero, sobre todo, ella reconoció haber sido lectora asidua de los escritos de su madre, la feminista Mary Wollstonecraft, entre los que destaca la *Vindicación de los derechos de la mujer*. Mary, la madre, perdió la

1 E. W. Sunstein, *Mary Shelley: romance and reality*, 1991, p. 141.

2 *Ibid.*, pp. 38-40; M. Seymour, *Mary Shelley*, 2000, p. 53.

vida pocos días después de dar a luz a su hija, quien al buscarla en sus escritos, aprendió, *post mortem*, su legado: una mujer podía vivir como escritora y destacar con su obra, como lo hacían los hombres.³

Bayron y Shelley eran nobles, Polidori y Mary estaban lejos de serlo. El médico Polidori trabajaba para Bayron y ella vivía de la fortuna familiar de su amante. Más tarde, cuando éste murió, Mary W. dijo: “creo que puedo mantenerme a mí misma y hay algo de inspirador en la idea”.⁴ Vivió de escribir y de su trabajo como editora, pero recurrió a la fortuna del padre de Shelley para asegurarle la educación universitaria a su único hijo sobreviviente.

Al momento de este encuentro, en 1816, Mary W. tenía 18 años, mientras que Byron tenía 28, Shelley casi 24 y Polidori, 20. Aunque todos eran jóvenes, ella era la menor. El reto que aceptaron los cuatro, aquella noche aciaga de junio, fue escribir la historia más terrorífica jamás imaginada. Fue ella, Mary W., quien cumplió el desafío y creó al monstruo y a su creador, el doctor Frankenstein. Ni Byron ni Shelley cumplieron el cometido, aunque la experiencia se reflejó en algunas de sus obras; por su parte, Polidori comenzó una historia que nunca terminó.⁵ La joven e inexperta Mary ideó, esa noche de junio, su obra *Frankenstein*, una de las más leídas de la literatura universal. *Frankenstein o el Prometeo moderno*, como se llamó la novela, fue publicada dos años después, en 1818. La joven autora no necesitó el dinero de la familia ni la universidad para escribir su libro, un clásico de la literatura universal que sigue publicándose hasta el día de hoy.

Sin ser universitaria, creó un personaje universitario.⁶ El doctor Frankenstein había sido estudiante de medicina de la Universidad de

3 Al morir, Mary Wollstonecraft era muy reconocida por su obra, sobre todo por la *Vindicación...*, que había sido traducida a varios idiomas y se había convertido en uno de los textos más famosos de su época. C. Tomalin, *Vida y muerte de Mary Wollstonecraft*, 2011, pp. 301-334.

4 *Loc. cit.*

5 R. Florescu, *In search of Frankenstein*, 1975, pp. 129-150; Mary W. Shelley, “Introducción a la segunda edición de Frankenstein”, en *idem*, *Frankenstein o el moderno Prometeo*, 2013, pp. 9-14.

6 Mary no podía haber asistido a ninguna universidad fácilmente. Sin embargo, otra mujer lo había logrado. En 1754, Dorothea Erxleben (1715-1762) se había graduado de doctora en medicina en la Universidad de Halle, después de obtener una dispensa de Federico el Grande.

Ingolstadt. Después de una temprana inclinación por la ciencia, el doctor se obsesionó por la investigación y pretendió alcanzar el principio de la vida. Sus experimentos científicos lo llevaron a crear un ser vivo: la criatura. Así, el interlocutor del científico es, para Mary, una criatura, fruto irracional de la razón de la ciencia moderna. La sinrazón de la razón.

El joven científico intentó que el nuevo ser fuera lo más hermoso posible, “sin embargo, cuando los músculos y las articulaciones dieron vida a su rostro, éste se convirtió en algo tan horrible que ni el mismo Dante hubiera sido capaz de imaginar”.⁷ El creador desconoció a su creación. La criatura hulló y se aculturó, escondida en una cabaña de campesinos. Sin embargo, cuando quiso comunicarse con los seres humanos, fue rechazado, pues su aspecto les causaba espanto. El resto de la novela es una persecución. La criatura intenta convencer a su creador, el doctor Frankenstein, de dar vida a otro ser de laboratorio como él, esta vez una compañera, para que juntos puedan disfrutar de la vida y construir una familia. Éste se niega por temor a dar origen a nueva especie sobre la Tierra, como hizo uno de los Prometeos mitológicos.⁸ La criatura, entonces, destroza la vida del científico, asesinando a sus seres queridos. Finalmente, Frankenstein persigue a su creación, sin poder destruirla, y ésta es incapaz de matar a su creador. Van hacia el Ártico, donde muere el doctor, mientras la criatura permanece allí, viviendo lejos de la sociedad. Quien cuenta la historia es Walton, un expedicionario, científico también, quien intenta descubrir los secretos de la naturaleza, pero no aquellos relacionados con la vida y con el cuerpo humano, como Frankenstein, sino los externos, la geografía y el planeta, en particular, el Ártico.

Los dos científicos trazados por Mary W. a principios del siglo XIX caracterizan a quienes serían los hombres de ciencia de la modernidad. Investigadores obsesionados con sus búsquedas y absortos

También escribió un tratado sobre el derecho de las mujeres a los estudios universitarios, que se publicó en 1742. M. Sutherland, *Mujeres que enseñan en universidades*, 1985, p. 118.

7 Mary W. Shelley, *Frankenstein*, 1975, p. 89.

8 Steven Marcus analiza los dos prometeos y cómo Mary W. utiliza el menos conocido: el Prometeo que crea una nueva raza humana. S. Marcus, “Frankenstein: myths of scientific and medical knowledge and stories of human relations”, *The Southern Review*, 2002, p. 188.

en el saber, sin importarles nada más, ni siquiera su propia vida. En términos de historia de la ciencia, lo que la criatura plantea es la ética médica: la obligada responsabilidad del científico para con los seres vivos que involucra en sus experimentos y la responsabilidad común de la sociedad sobre las modificaciones que la ciencia opera en los seres humanos. Son temas de mucha actualidad, debido a los desarrollos recientes de la genética, y han propiciado el nacimiento de la bioética como disciplina. Para algunos bioéticos, Mary W. fue la primera en postular los problemas de su disciplina y ningún otro autor ha podido definirlos en iguales términos.⁹ Todavía hoy los planteamientos sobre las consecuencias de los experimentos científicos se definen en los términos y con los personajes propuestos por la joven Mary W. hace poco más de 200 años. Así, por ejemplo, el doctor Walter Gehring de la Universidad de Basel anunció que puede hacer un hombre con 14 ojos, y para un científico americano éste fue el artículo del año, porque dijo que ésta era ciencia frankensteniana en su máxima expresión.¹⁰ Por su parte, el doctor Jack Kevorkian consideró que los problemas que tuvo la criatura de Mary W. para integrarse en la sociedad fueron producto, no de la ciencia, sino de la incomprensión de los otros seres humanos y de su rechazo hacia lo desconocido.¹¹

Como investigadora feminista de la historia de las universidades y de las disciplinas científicas mi pregunta es ¿cómo, sin ser universitaria, pudo Mary W. crear esta obra donde describe la formación médica en las universidades y demuestra un amplio conocimiento de lo que era y podía llegar a ser la medicina moderna? ¿Cómo logra proponer una de las cuestiones más importantes para la medicina de hoy: el problema de la ética médica? Para explicarlo seguiré algunas pistas dentro de la propia obra, otras en su biografía y otras más en la historia de la medicina durante el siglo XVIII. Tendré en cuenta, asimismo, la abundante bibliografía que se ha

9 H. Davies, "Can Mary Shelley's *Frankenstein* be read as an early research ethics text?", *Journal of Medical Ethics. Medical Humanities*, 2004; S. Marcus, "Frankenstein: myths of scientific ...", p. 188.

10 S. Marcus, "Frankenstein: myths of scientific ...", p. 193.

11 *Loc. cit.*

producido de la década de los setenta hacia delante, sobre todo de la investigación feminista.¹²

INGOLSTADT

No parece casual la elección que hizo Mary de la universidad donde estudió su personaje, el doctor Frankenstein. La Universidad de Ingolstadt había sido fundada en 1472 por Luis el Rico, duque de Baviera, y fue clausurada en 1800, 16 años antes de que Mary escribiera su obra. A principios del siglo XVIII, Ingolstadt era una institución de influencia jesuita, pero desde 1776 se había convertido en la sede de la sociedad secreta de los Iluminados de Baviera, grupo radical antiabsolutista y promotor de la Revolución Francesa, que pugnaba por una educación laica y apoyaba el acceso de las mujeres a la universidad.¹³ Los románticos alemanes, entre ellos el propio Johann von Goethe, habían estado involucrados con los iluministas de Ingolstadt. En los años posteriores a la Revolución, los iluministas de Ingolstadt fueron reprimidos, como muchos de los ilustrados radicales, promotores de la Revolución Francesa, y su organización fue clausurada. Los románticos que simpatizaban con sus ideas tomaron distancia de ellos, pues no compartían su fe en la razón ni su búsqueda del cambio social; conservaron, en cambio, el compromiso radical entre ideales y modo de vida, así como el misterio que envolvió a las sociedades secretas.

Mary W. conocía bien lo que significaba un ambiente radical prorevolucionario. Ella había crecido en él y ésa era la forma de vida de sus padres; era parte de su herencia familiar. Su madre, Mary Wollstonecraft, había sido una ferviente admiradora de la Revolución Francesa: activista radical, pasó en París los días más duros del Régimen del Terror y, con Condorcet y los girondinos, consideró

12 La mejor revisión historiográfica sobre las interpretaciones feministas, y desde otras miradas, sobre el texto de Mary W. es el artículo de D. Hoeveler, "Frankenstein, feminism, and literary theory", en Esther Schor (ed.), *The Cambridge companion to Mary Shelley*, 2004.

13 Hilde De Ridder-Symoens (ed.), *Historia de la universidad en Europa*, 1994.

que la Revolución era benéfica para Europa, pese a sus excesos.¹⁴ Compartió con ellas y ellos la postura feminista, aunque en muchos casos, sus ideas eran más radicales que las de sus amigas y amigos franceses. En París, Wollstonecraft frecuentó a revolucionarios destacados, como la lidereza republicana y girondina, Manon Roland, a quien vio morir en la guillotina en 1793. Ella misma quedó atrapada por la Revolución y fue vigilada por el gobierno francés, que promulgó unas leyes antiextranjeros; pese a todo, no dejó de ser revolucionaria, además de feminista radical. Su hija, en cambio, perteneció a otra generación, más desencantada y cautelosa después de la represión política vivida por los radicales.

El ambiente familiar donde creció Mary W. no era, sin embargo, de un radicalismo racionalista, ajeno a la fuerza de los sentimientos. Ambos padres proponían la defensa del amor libre. Mary Wollstonecraft, la madre de Mary W., vivió sus relaciones pasionales con una libertad inusual en la época y se entregó a sus sentimientos sin límites. Incluso intentó suicidarse dos veces. Después de su muerte, su marido, William Godwin, escribió una biografía donde detallaba los avatares amorosos de su esposa muerta, lo que resultó un escándalo, incluso para los radicales de Londres: Wollstonecraft había tenido amantes reconocidos y había parido a su primera hija fuera del matrimonio; además, ella, la feminista radical, se había permitido llorar y lamentarse por sus pérdidas amorosas.¹⁵ Sus propias compañeras de lucha rechazaron sus opciones libertarias en el plano personal y comenzaron a llamarla la joven Werter o la Werter femenina, considerándola la contraparte del personaje creado por Goethe, Werter, un joven apasionado que murió de amor.¹⁶ Al igual que los románticos alemanes con respecto a los iluministas de Ingolstadt, Mary hija conservó de su madre la efervescencia pasional, pero se alejó de sus intenciones políticas y de su fe en la acción revolucionaria para cambiar el mundo. La formación radical de Mary W. le permitía narrar la vida en un ambiente radical como el que había caracterizado a la

14 C. Tomalin, *Vida y muerte...*, pp. 184-195.

15 *Ibid.*, pp. 245-258.

16 *Ibid.*, p. 322.

Universidad de Ingolstadt a fines del siglo XVIII, época en la que se desarrolla la novela.

JÓVENES RADICALES

El Frankenstein creado por Mary W. es un joven que llega a la universidad y se apasiona por el ambiente descubierto allí. Ella conocía muy bien a los jóvenes universitarios radicales, pues eran los amigos y alumnos de su padre, y usó esa experiencia para trazar los rasgos de su personaje; ella misma se había enamorado de uno de ellos, Percy Shelley, y pese a que era casado, se fugó con él en 1814, cuando tenía 16 años, dos años antes de escribir su obra cumbre. Pero ¿podía ella como mujer identificarse con esos jóvenes universitarios?

Pasión y radicalismo impulsaron las decisiones vitales de Mary W. desde muy joven. Imitó a su madre al optar por el amor libre, sin importarle la condena de la sociedad inglesa que cayó sobre su mamá. Sin embargo, en lugar de la fe en la Revolución que ésta profesaba, Mary W. vivió de la desesperanza posrevolucionaria, más cercana a la influencia de John Milton y a los postulados del Romanticismo. Expresó en su obra una crítica a la realidad excluyente y conservadora de la contrarrevolución que le tocó vivir.

Los dos personajes de la novela le sirven a Mary W. para expresar su posición crítica frente a las universidades: la criatura es la que sufre las consecuencias de un conocimiento racional ajeno a los sentimientos, y el estudiante de medicina, Víctor Frankenstein, es la figura de quien transita de la realidad a la ficción, de la razón y el amor por las universidades a la sinrazón y las ansias de saber, sin importarle las consecuencias de sus actos.

La ciencia ficción le ofreció a Mary W. un espacio crítico que no encontró en otras formas de expresión. La búsqueda y persecución que hace la criatura en pos del doctor Frankenstein es su propia búsqueda de la madre, esa mujer feminista y radical que murió 11 días después de haberla parido, abandonándola y dejándole por herencia el camino de la disidencia social, así como la responsabilidad de vivir el amor libre y de ser consecuente con sus sentimientos en

una sociedad conservadora, como fue la Europa posrevolucionaria. Desde la disidencia romántica, Mary W. denunció la violencia que se ejercía sobre las personas que vivían fuera de las normas sociales o eran diferentes. Como Milton en el *Paraíso perdido*, ella comprendió que la maldad provenía del grito de los excluidos. La familia del joven Frankenstein representa a la sociedad conservadora, y su creación, a la exclusión que destruye. La autora conoce esa dicotomía, pues había marcado su vida y la de su madre; es la que explica su obra. Finalmente, Mary W. es un poco la criatura.¹⁷

En términos de crítica a la sociedad que discrimina a quien se entrega a los sentimientos y a la vida radical, Mary W. sí compartía la experiencia vital de sus personajes, pero no así en lo que significaba ser un hombre universitario, que puede consagrarse a sus estudios y adquirir el poder de crear y de transformar la naturaleza.

LA NUEVA CIENCIA Y LAS CIENCIAS IMPÍAS

En 1831, 15 años después de haber escrito su novela, Mary W. describió aquel verano de 1816 como “húmedo y poco amable en lo que respecta al clima, ya que la lluvia incesante nos obligó a encerrarnos durante días en la casa”.¹⁸ Relata que, en ese encierro, leían cuentos alemanes de fantasmas y conversaban sobre los experimentos de un universitario del siglo XVIII, Erasmus Darwin, quien, se decía, había animado una materia muerta. El doctor Darwin, abuelo de Charles Darwin, era un médico, naturalista y fisiólogo, gran impulsor del evolucionismo y de la idea de una naturaleza cambiante y en construcción, armónica, aunque frágil. Muerto en 1802, fue uno de los naturalistas más importantes para el desarrollo de las ciencias en el siglo XIX. Mary W. lo conoció por su padre y por Shelley, quien compró sus obras y las leyó hacia 1811-1812, cuando estaba por ser

17 Los textos leídos suelen identificarla con el doctor Frankenstein o leer la novela como la búsqueda del padre o de la madre, pero no he visto que se la asocie con la criatura.

18 Mary W. Shelley, “Introducción a la segunda edición”, en *idem*, *Frankenstein o el Prometeo moderno*, 1831. La idea también se encuentra en la advertencia de la primera edición.

expulsado de Oxford.¹⁹ Anne Mellor ha descrito cuidadosamente las ideas que Mary W. tomó de este autor. Le parecen importantes el evolucionismo y la experimentación para conocer el funcionamiento de la naturaleza sin una intervención agresiva. En este sentido, considera que “Víctor Frankenstein es retratado como un oponente directo de las enseñanzas de Darwin, como un antievolucionista y un autor paródico de un error”.²⁰ Así, el doctor ha perdido el camino de la buena ciencia, pues aunque retoma los conocimientos de ésta, sus experimentos lo llevan a un sentido opuesto de lo que otros, como el doctor Darwin, buscan: más que manipular o dominar la naturaleza, intentan comprenderla. Ésta es una argumentación constante en la obra de Mary W., como lo demuestra Anne Mellor. Los experimentos de Frankenstein desarrollan una posibilidad prevista por la nueva ciencia que se estaba gestando, sobre todo en Inglaterra y Alemania, pero la llevan por caminos desviados, propios de naturalistas antiguos a quienes Mary W. también conocía.

Fue en ese contexto que la autora imaginó su obra, como ella misma lo dijo pasados unos años:

Vi, con los ojos cerrados pero con una nítida imagen mental, al pálido estudiante de artes profanas, de rodillas junto al objeto que había armado. Vi al horrible fantasma de un hombre extendido y que luego, tras la obra de algún motor poderoso, éste cobrara vida, y se ponía de pie con un movimiento tenso y poco natural.²¹

El joven universitario había logrado crear “un objeto” y se arrojaba frente a su creación. La ciencia que había encontrado en la Universidad de Ingolstadt, aunque fuera por caminos desviados, le había permitido crear un objeto. Más aún, le había permitido encontrar un “motor poderoso” para darle vida a su creación y convertir el objeto creado en un horrible fantasma.

19 A. K. Mellor, “Frankenstein: a feminist critique of science”, en G. Levine y A. Rauch (eds.), *One culture: essays in science and literature*, 1987.

20 *Loc. cit.*

21 Mary W. Shelley, “Introducción a la segunda...”, 1831.

Mary W. había podido acceder a la ciencia a través de libros y lecturas; estaba al día en lo que era el conocimiento científico más avanzado del momento y en lo que podía ofrecer, pero al ser mujer le estaba vedada una parte fundamental de la ciencia moderna: la experimentación. Sin embargo, desde su marginación vislumbró ese poder llevado a su máxima expresión: la capacidad de dar vida de manera artificial. Frankenstein había logrado acceder al poder creativo de la ciencia y había obtenido la posibilidad de manipular la naturaleza. Mary W. comprendió el alcance que podía tener la nueva ciencia en manos irresponsables y, al mismo tiempo, entendió los peligros que ese poder representaba para los seres humanos y para el mundo natural; es decir, descubrió el problema fundamental que aún hoy anima a la bioética.

Mary W. era madre. Había perdido una hija prematura a los 17 años y tuvo un hijo a los 18. En junio de 1816, cuando ideó su novela, tenía un bebé, que debía dormir mientras los cuatro escritores charlaban sobre fantasmas y ciencia, pero seguramente, en el día a día, ella era la responsable de cuidarlo. Un año después, Mary W. estaba terminado de corregir su obra y estaba embarazada de su segunda hija, quien nació en septiembre de 1817. Sabía el significado de parir, pero sólo podía imaginar lo que significaría que la ciencia ofreciera a los seres humanos, en particular a los hombres que podían practicarla, el poder de crear una vida artificial. Algunas autoras feministas han leído la novela como una reflexión sobre la maternidad. Interpretan el texto como una revisión de dicho mito, donde Mary expresa su rechazo a ser madre, identificándose con Frankenstein, quien niega a su criatura, o como un fracaso de la paternidad masculina del joven doctor.²² Para otras autoras, el texto es una advertencia sobre el proceder de la ciencia patriarcal como dominadora de la naturaleza y del cuerpo de las mujeres, suplantando la capacidad reproductora.²³

22 R. Ferré, "Frankenstein: una versión política del mito de la maternidad", *Debate Feminista*, [1980].

23 D. Hoeveler, "Frankenstein, feminism, and literary...".

En 1831, en el prólogo a la segunda edición de su obra, Mary W. consideró horrible la imagen que había dado origen a su novela, cuando ella vio a un joven estudiante de medicina arrodillado junto al objeto creado que cobraba vida: “Debía ser terrible —dijo— dado que sería inmensamente espantoso el efecto de cualquier esfuerzo humano para simular el extraordinario mecanismo del creador del mundo”.²⁴ Mary W. se había formado en el radicalismo ateo de sus padres y compartía con su compañero Shelley el anticlericalismo. No era el sentimiento religioso tradicional lo que le causaba horror por el experimento de Frankenstein, sino su concepción de la naturaleza como un sistema frágil y lleno de secretos que no podían ser profanados. Como para el doctor Darwin, la investigación del mundo natural debía ser respetuosa, tendiente a conocer, más que a intervenir o adquirir poder.

Los románticos, siguiendo a Wordsworth, tenían la misma idea de la naturaleza: una fuerza profunda que parte de lo humano, no algo distinto. Se trata de un entorno en el que vivimos en frágil equilibrio. Un misterio a respetar y a contemplar. Un sistema ecológico que no debía alterarse sin atender las consecuencias de dichas alteraciones. Mary W. compartía esta visión y comprendía cómo los científicos modernos, a partir de Descartes y Bacon, tenían otra idea del mundo natural que podía ser perjudicial para los seres humanos. Anne K. Mellor ha demostrado cómo los hombres de ciencia modernos, en contraposición a los románticos, usaron la metáfora de la naturaleza como una mujer y se situaron frente a ella como un yo masculino, aislado de ella, cuyo propósito era penetrar sus secretos. Para esta autora, Mary W. hace una crítica enfática de esta postura:

La novela pone en tela de juicio la metáfora de género sobre la que se funda la teoría y la práctica científica occidental: el intento de la ciencia de penetrar, poseer y controlar a la Madre Naturaleza que implica tanto una violación de los derechos sagrados de la naturaleza como una falsa creencia en la “objetividad” o “racionalidad” de la investigación científica. Cuando se interpreta a la naturaleza como una hembra

24 Mary W. Shelley, “Introducción a la segunda...”, 1831.

pasiva y poseíble, la ciencia occidental codifica una metáfora sexista que tiene implicaciones profundamente preocupantes, no sólo para las mujeres, sino para la supervivencia humana.²⁵

La obra de Mary W. no fue, pues, una crítica a toda la ciencia moderna, de la cual ella era una apasionada lectora, sino una advertencia sobre las consecuencias que podía tener el manejo del conocimiento científico y el poder que estos saberes conferían a quien los poseía. Y, más allá de eso, es una crítica a las consecuencias que ese saber manipulable podía tener para las criaturas que se vieran involucradas en sus experimentos. Por ello, el bioético H. Davis señala que “las opiniones expresadas por los personajes de Shelley se adelantaron a su tiempo y son proféticas”.²⁶ Ahora sabemos los alcances del poder derivado del conocimiento médico a través de las farmacéuticas, por ejemplo, y experimentamos sus consecuencias.

EL UNIVERSITARIO Y LA NARRADORA AUTODIDACTA

Mary había leído mucho de ciencia y desde esa experiencia pudo entender un problema científico complejo y colocarlo como transfonido de su obra; además, conocía a los jóvenes radicales y compartía con ellos una posición crítica ante su sociedad, misma que plasmó en su obra. Pero dado que ella no había asistido a la universidad, es importante explicar cuál fue la relación entre la experiencia universitaria del personaje ideado por Mary W. y la conformación de su saber científico que, según ella, conjugaba alquimia, experimentación y ciencia moderna.

En la novela, quien intentó controlar la naturaleza fue un apasionado joven universitario, el cual, después de dos años de estudios de medicina, se desvió del saber académico para vender su corazón a las ciencias ocultas. Mary W. describió en dos capítulos el tránsito de Frankenstein de la alquimia a la academia y de ésta a las ciencias im-

25 A. K. Mellor, “Frankenstein: a feminist...”.

26 H. Davies, “Can Mary Shelley’s...”, p. 33.

pías. Sin embargo, ella no era universitaria, así que ¿cómo describe entonces lo que era la formación universitaria? y ¿cómo consiguió construir la mutación académica y anímica de su personaje?

Para la construcción del joven doctor y su aventura en la investigación, Mary W. empleó dos modelos: uno real y otro literario. El primero era su amante, Percy Shelley, un joven que en la universidad había encontrado una ciencia impía, que le había conducido al mundo extracadémico del romanticismo. El otro modelo, el literario, era la obra pionera del joven Goethe, *Las tribulaciones del joven Werther*, publicada en 1774. Esta obra de Goethe fue la última que leyeron juntos sus padres, antes y después del parto por el que nació Mary W.²⁷

Nuestra autora admiraba la obra temprana de Goethe y se dejó influir por ella, como se puede ver en algunos pasajes de su propia producción literaria.²⁸ El joven estudiante de Ingolstadt comparte el entusiasmo inicial de Werther. Si a éste lo desgracia el amor por una joven, a Frankenstein lo pierde el amor por la ciencia. Puede decirse que sin la experiencia de ser un hombre joven, Mary recrea a su personaje con los atributos del personaje de Goethe: la alegría inicial se transforma en pesadumbre; la confianza, en obsesión. Pero hasta allí la influencia de Goethe sobre Mary W. En cambio, la pasión por la ciencia del estudiante de medicina, origen de su desgracia, es nueva en la obra de Mary; de hecho, es más probable que ésta haya influido en la segunda parte del *Fausto*, de Goethe, donde aparece la idea de crear un ser humano a través de experimentos científicos. Así, el romanticismo de Mary está asociado a la pasión por el conocimiento, como una fuerza que, sin límites, lo arrastra todo, más que a la pasión por otra persona. La perdición del joven universitario fue causada por la búsqueda del saber por sobre todas las cosas, por una ciencia sin límites, sin sentimientos y sin responsabilidades, mientras que la perdición del joven Werther es la de un amor sin límites.²⁹

27 W. Goldwin, *Memoirs of the author of a 'Vindication of the rights of woman'*, 1798.

28 R. Burwick, "Goethe's Werther and Mary Shelley's Frankenstein", *The Wordsworth Circle*, 1993.

29 A. K. Mellor, "Frankenstein: a feminist...".

El paso del joven Frankenstein por la Universidad de Ingolstadt es la historia de una perdición. Como para todos los hombres jóvenes de las clases altas en la Europa de fines del siglo XVIII y principios del XIX, la educación universitaria del personaje de Mary W. fue decidida por sus padres.³⁰ Ella escribió, en voz de su personaje:

Quando cumplí diecisiete años, mis padres decidieron que prosiguiera mis estudios en la Universidad de Ingolstadt. Hasta aquel momento solamente había frecuentado las escuelas de Ginebra, y mi padre consideró oportuno completar mi educación haciéndome conocer también las costumbres que imperaban en un país que no fuese el mío. Así pues, se decidió mi pronta partida.³¹

La autora, en cambio, había cumplido 17 desde hacía un año y no fue enviada a universidad alguna. En lugar de seguir estudiando, se había fugado con Shelley, un joven casado, expulsado de Oxford en 1811 por haber escrito *La necesidad del ateísmo*. El escrito que apartó a Percy Shelley de la universidad estaba inspirado en la obra más importante para los radicales ingleses de principios del siglo XIX: *Political justice*, de William Godwin, quien era marido de Mary Wollstonecraft y padre de Mary W. Percy y la autora de *Frankenstein* se habían conocido en casa de su padre, a donde Shelley acudía como muchos otros intelectuales de época. Seguramente las experiencias universitarias de Percy ayudaron a la autora a construir su personaje. En la universidad, Percy conoció ciencias impías que lo expulsaron de la corporación y lo llevaron al mundo de los radicales preanarquistas, y a vivir una pasión sin límites que terminó con su muerte accidental a los 30 años, en 1822.

Antes de la partida del joven Frankenstein hacia la universidad, cuenta Mary W., murió su madre. Huérfana de madre, ella pone su propio dolor en boca de su personaje, reconociendo “lo cruel que

30 Virginia Woolf dedicó, 100 años después, la obra *Tres guineas* a la importancia que brindaban las familias inglesas de clase alta a la educación de los hombres mayores.

31 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 1975, p. 65. Las citas siguientes también pertenecen a esta edición, pp. 65-69.

era para mí abandonar el hogar en que la muerte había irrumpido, para lanzarme al torbellino de la vida”. Ella escribe sobre el abandono tras haber dejado a su enojado padre para fugarse con el discípulo casado, quien a su vez era padre de un hijo.

Ella sabía que la educación universitaria de entonces no era para mujeres ni para hijos de comerciantes, como lo eran los parientes de su madre. Por su origen de clase, tal vez ni siendo hombre hubiera podido acceder a la universidad. Clerval, el mejor amigo de Frankenstein, tampoco asistió: “El padre de mi amigo —dice Frankenstein— era un simple comerciante cuya estrechez de miras hacía que tachara las aspiraciones de su hijo de caminos hacia la ruina y la ociosidad”. Por lo que el joven “sentía en lo más hondo el verse privado de una educación liberal”. Y yo, que accedí a la universidad a fines del siglo xx, me pregunto si en estas palabras de Mary W. no hay algo de profundo rencor por verse también ella privada de una educación liberal. Más adelante, el hijo del comerciante encontró también un sitio en la universidad, pero al final, la criatura lo destruyó también a él.

Después de explicar el significado de la universidad para un hombre joven, la autora imaginó la sensación de partir hacia dicha institución:

A partir de ahora —dice Frankenstein— yo que siempre había estado rodeado de compañía amable y amorosa, iba a encontrarme en medio de la más absoluta soledad. En la Universidad tendría que crearme nuevas amistades y protegerme a mí mismo —idea que asusta al personaje—. El carácter, tan familiar y cerrado, que mi vida había tenido hasta entonces me hacía experimentar una invencible repugnancia por todo lo que fuese nuevo.

Mary W. también había tenido la experiencia de salir fuera de casa para formarse mejor. Cuando tenía 15 años, su padre la envió a Escocia, a casa de un amigo radical. Godwin la describía en esa época como una persona “singularmente valiente, un tanto imperiosa y de mente abierta. Sus ansias de conocimiento son enormes, y su

perseverancia en todo lo que hace es casi invencible”.³² Él quería que su hija se formara en saberes universitarios: “Estoy ansioso de que ella crezca, como filósofa o incluso como escéptica”.³³ Mary W. estuvo fuera de casa 10 meses, y ella misma consideraba esa etapa de su vida como un paso definitivo en la construcción de su personalidad intelectual: aunque “desde niña yo escribí; y mi pasatiempo favorito durante las horas de esparcimiento era escribir historias”, durante esa temporada en Escocia fue “donde tuvieron lugar mis primeras ideas genuinas y los primeros vuelos de mi imaginación”, allí encontró un lenguaje propio.³⁴

Como la estancia de Mary W. en Escocia, el camino dispó los miedos de Frankenstein y el futuro se abrió como un abanico de posibilidades:

El deseo de adquirir nuevos conocimientos y el hecho de que a menudo me repitiera que sería para mí difícil permanecer encerrado para siempre en un mismo sitio ayudaron no poco a elevar mi ánimo. Siempre había añorado descubrir el mundo y ocupar un puesto elevado entre los demás seres humanos. Por fin, mis aspiraciones iban a realizarse.³⁵

Contrariamente a su personaje, Mary W. no compartía esas esperanzas. Ella atribuye a Shelley el interés por sobresalir. Y, en todo caso, su fama se forjó evocando la historia de un hombre a quien lo perdió la pasión por la ciencia. Sin poder acceder a la universidad, debió volcar hacia la literatura sus enormes ansias de conocimiento y su tenacidad. No obstante, su inclinación inicial parece haber sido la ciencia. No fue la protagonista de sus propias historias. Su experiencia no era la de un universitario, pero entendió y recreó lo que un hombre joven debió sentir al asistir a sus aulas.

El personaje llegó a Ingolstadt. Aun cuando el recinto era desconocido para ella, lo describió así: “Al llegar fui conducido a mi

32 E. W. Sunstein, *Mary Shelley: romance...*, p. 58.

33 M. Seymour, *Mary Shelley*, p. 72.

34 Mary W. Shelley, “Introducción a la segunda...”, 1831.

35 *Loc. cit.*

solitaria habitación, donde pasé el resto del día dedicado al más absoluto reposo”. Luego describe las ceremonias de presentación: “A la mañana siguiente entregué las cartas de recomendación que tenía en mi poder y visité a los principales profesores”.³⁶ Quién de los universitarios que ella conocía le contó cómo era llegar a una universidad: ¿Shelley? ¿Byron? ¿Polidori? ¿Los tres? Su padre había recibido una educación clerical, de la cual se había distanciado, pero no era un universitario.³⁷ Ella no tenía hermanos cercanos como Virginia Woolf, quienes llevaron a sus oídos sus experiencias en las aulas.³⁸ Como haya sido, Mary W. vivió estas experiencias a través de su personaje, el joven Frankenstein.

Desde el primer contacto con la universidad, el personaje se decantó por las ciencias naturales, disciplina por la que ya se había interesado antes. En su relato autobiográfico, poco antes de morir, Víctor Frankenstein busca las razones de su extravío y reconoce que hubo una primera época, “cuando la adversidad no había manchado mi espíritu, transformado las ilusiones de utilidad universal en turbias reflexiones sobre el ser”.³⁹ Y asegura:

Cuando intento explicarme de qué modo pude dar vida a la pasión que dominaría mi destino, aquellos sucesos se convierten, del pequeño riachuelo que eran en un principio, en el impetuoso torrente que a lo largo de su curso arrastró consigo y redujo a nada mis esperanzas.

El origen del mal estaba en su fascinación por las ciencias naturales: “son las que han inspirado mi suerte, y es por esto que deseo exponer ahora los hechos que determinaron mi predilección por esta ciencia”. A partir de aquí, Mary describe las primeras experiencias autodidactas de Frankenstein. El joven cuenta que a los 13 años fue de excursión a unos baños termales y

36 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 1975, p. 69.

37 M. Philp, “William Godwin”, en Edward N. Zalta (ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy*, 2013.

38 V. Woolf, *Momentos de vida*, 1980.

39 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 1975, pp. 58-59. En el mismo lugar están las siguientes citas de la obra de Mary W.

la inclemencia del tiempo nos obligó a permanecer encerrados en la posada del lugar, y allí encontré un volumen con los trabajos de Cornelio Agrippa. Lo cogí para entretener el aburrimiento que aquel encierro me producía, y los hechos maravillosos que en él se relataban transformaron mi indiferencia en entusiasmo.

La autora era una lectora asidua, que leía lo que llegaba a sus manos; esa experiencia autodidacta le sirvió para explicar cómo fue el primer acercamiento de su personaje a las ciencias. Ella misma debió leer así las primeras obras de ciencia que llegaron a sus manos. Hasta aquí, lo narrado pudo haberle ocurrido a la misma Mary W. Nada externo a su curiosidad lectora la obligaba a concebir una experiencia exclusivamente masculina, como sí lo hacía la experiencia universitaria. Incluso, la reacción del padre de Frankenstein al conocer la lectura que había encontrado su hijo podría haber sido la misma de Godwin ante esa chica ávida de conocimiento, a la que él quería hacer “filósofa o escéptica”. Según Mary W., el padre de Frankenstein dijo: “¡Ah, Cornelio Agrippa! Víctor, hijo, no pierdas el tiempo en eso porque cuanto este libro dice son necedades”. A lo que el personaje de Mary W. argumentó:

Si en lugar de proferir esta exclamación mi padre se hubiera preocupado por explicarme que los principios de Agrippa habían sido ya completamente desmentidos por las modernas concepciones científicas, cuyas posibilidades eran infinitamente mayores porque habían dejado de ser quiméricas, no hay duda de que yo hubiese arrojado el libro a un rincón y vuelto a mis estudios con el mismo entusiasmo de antes.

Mary W. recrea la experiencia de quien, como autodidacta, encuentra un texto heterodoxo y cree saber una verdad no descubierta por otros.

La experiencia autodidacta es común a otras mujeres de letras en la historia, como Juana Inés de la Cruz, quien la describió como atenuante de sus posibles errores:

Lo que sí pudiera ser descargo mío es el sumo trabajo no sólo en carecer de maestro, sino de condiscípulos con quienes conferir y ejercitar lo estudiado, teniendo sólo por maestro un libro mudo, por condiscípulo un tintero insensible; y en vez de explicación y ejercicio, muchos estorbos.⁴⁰

La experiencia autodidacta, muy usual en las mujeres, ha llevado a comprensiones poco usuales del saber. Mary W. usa esta experiencia para mostrar los errores que produjo en Víctor la falta de guía en los primeros acercamientos a la ciencia: “La poca curiosidad que mi padre dedicó al volumen me hizo creer que no tenía el más remoto conocimiento de su contenido, por lo que me lancé a leerlo con la mayor avidez”.⁴¹ La curiosidad fue la guía del adolescente, como lo fue de la propia Mary W.

El primer autor que propició el acercamiento de Víctor Frankenstein a las ciencias naturales fue, según Mary W., Cornelio Agrippa. A él le siguieron Alberto Magno y Paracelso: “estudié —dice el personaje— las descabelladas fantasías de estos autores con verdadero goce, llegando a creer que yo era uno de los pocos mortales que tenían la fortuna de conocerlas”. Llama a las ideas de estos primeros autores de ciencia experimental “descabelladas fantasías”, por lo que sabía perfecto que eran conocimientos ya superados, pero muy atrayentes por sus propósitos y métodos; es decir, Mary W. no sólo sabía de ciencia moderna, sino también de historia de las ciencias naturales y, sobre todo, de alquimistas como Agrippa y Paracelso, que juntaron el saber experimental con el secreto y el misterio tan afecto a los románticos.

En Ingolstadt, considera Mary W., Frankenstein encontró la forma de articular los viejos y los nuevos saberes, y por dos años aprendió todo lo que la academia podía ofrecerle. Al llegar a la universidad, el personaje conoció a dos profesores, quienes lo afianzaron en

40 J. I. de la Cruz, *Respuesta a sor Filotea de la Cruz*, 2000, p. 41.

41 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 1975, pp. 59-60. En el mismo lugar están las siguientes citas de la obra de Mary W.

su inclinación por las ciencias. La autora describió en términos trágicos la forma en como Frankenstein conoció a su primer maestro:

El azar —quizá mejor sería decir la influencia maléfica, el ángel de la destrucción que me había dominado totalmente al inducirme a abandonar el techo familiar— me condujo primero al señor Krempe, profesor de Ciencias Naturales. Era un individuo de modales toscos, pero que conocía profundamente los secretos de su ciencia.

Krempe era, según Mary W., especialista en ciencias naturales, pero resultó ser poco sugerente para el joven estudiante. Consideraba que Frankenstein había perdido su tiempo con lecturas inútiles y así se lo comunicó: “No esperaba ya, en estos tiempos ilustrados y científicos, encontrar un discípulo de Alberto Magno y de Paracelso. Mi querido amigo, usted debe comenzar sus estudios completamente desde el principio”. El profesor trató de reorientar al joven rebelde, pero la bibliografía recomendada era ya conocida por el autodidacta y no saciaba sus inquietudes. Frankenstein sintió una primera decepción: “Se me pedía que cambiara quimeras de ilimitada grandeza por realidades de poco valor”. Y Mary W. explica más claramente cuáles fueron las causas de la decepción de su personaje: “Siempre sentí un profundo desprecio por la aplicación de las ciencias modernas... porque, aun cuando los maestros antiguos hubieran llegado a resultados nulos, no podía negarse que poseían grandeza de espíritu”. Había algo en Frankenstein que le incomodaba de la ciencia moderna y era su aplicabilidad; es decir, la tecnología. Pero en la universidad el joven estudiante encontró una disciplina en transformación que capturó su inquietud: la química. Así, la autora creó para Frankenstein otro profesor: el doctor Waldman, maestro de química. Describió con cuidado una conferencia ofrecida por este catedrático a la que asistió Frankenstein:

Empezó su conferencia —dice el personaje— con una recapitulación de la historia de la química y de los diversos descubrimientos realizados por los hombres de ciencia más relevantes. Dedicó unas palabras al es-

tado actual de la ciencia, y explicó algunos de los términos más elementales, entregándose después a una serie de experimentos preparatorios.

Estaban aquí todos los elementos que en opinión de Mary W. debía tener una buena lección de química moderna: un poco de historia, conceptos e investigación experimental.

La autora conocía las obras científicas del destacado químico inglés Humphry Davy, quien era conocido de su padre, por lo menos desde 1801. Antes de idear su novela, Mary W. posiblemente había leído *A discourse, introductory to a course of lectures on chemistry*. El texto era el resultado de una conferencia en la Royal Institution. Más tarde, mientras corregía su obra para entregarla a la imprenta, entre el verano de 1816 y el de 1817, la autora anotó en su diario que estaba leyendo *La química...* de Davy, posiblemente se trataba de *Elements of chemical philosophy*, publicado en Londres en 1812, obra que había sido comprada por Shelley y de la cual Mary W. dice que estaban leyendo juntos, pero que ella la terminó sola.⁴² El pensamiento de Davy es la fuente para el discurso final del profesor Waldman al que asistió el joven Frankenstein al llegar a la universidad. Según Mary W., el químico cerró así su conferencia:

Los antiguos maestros de esta ciencia —dijo— prometieron cosas imposibles y no lograron nada. Los maestros modernos prometen muy poco. Saben que los metales no pueden ser transmutados y que el elixir de la vida es una quimera, pero estos filósofos, cuyas manos parecen hechas tan sólo para retozar en el barro, y sus ojos para enfrascarse en el microscopio o el crisol, han realizado auténticos milagros. Penetran en los recovecos de la naturaleza, nos muestran cómo ésta funciona en su guarida, ascienden a los cielos, han descubierto cómo circula la sangre y la naturaleza del aire que respiramos, han adquirido nuevos y casi ilimitados poderes, pueden dominar los relámpagos del cielo, imitar al terremoto e incluso reírse del mundo invisible con sus propias sombras.⁴³

42 A. K. Mellor, "Frankenstein: a feminist...".

43 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 2013, pp. 54-55. En el mismo lugar están las siguientes citas de Mary W.

A diferencia del primer profesor que conoció Frankenstein en la universidad, especialista en ciencias naturales, el de química sí entendía la importancia de los alquimistas para la ciencia moderna. Y Mary W. pudo entender esta recuperación histórica dentro de la disciplina por sus propios conocimientos de los clásicos de la ciencia. El maestro de química aprobó la admiración de Frankenstein por los alquimistas y le comentó:

Al infatigable fervor de estos hombres le deben los filósofos modernos la mayor parte de los fundamentos de sus conocimientos. Nos dejaron la tarea más fácil, la de dar nombres y organizar y clasificar los hechos que, en gran parte, ellos habían sacado a la luz. El trabajo de los genios, por muy errado que esté, tarde o temprano suele servir al bien de la humanidad.

Con la conferencia del profesor de química, Frankenstein abandonó sus reticencias iniciales hacia la universidad y le comentó al maestro que “su conferencia había sido la causa de que hubiera alejado de mí todos los prejuicios que abrigaba contra los químicos modernos”. La química moderna fue la especialidad que reconcilió al personaje de Mary W. con los saberes universitarios. Pero su maestro le mostró a Frankenstein que la nueva ciencia médica requería una mente abierta a otras especialidades:

La química es la rama de la filosofía natural en la que se han hecho los mayores avances. Es precisamente por eso por lo que me he especializado en ella, pero no por ello he olvidado otras ramas de la ciencia. [...] Si desea convertirse de verdad en un hombre de ciencia, y no sólo en un pobre experimentalista, le recomiendo que estudie todas las ramas de la filosofía natural, incluyendo las matemáticas.

El camino teórico del joven universitario estaba trazado. Mary W. se lo había marcado. Sabía la diferencia exacta entre ser un pobre experimentalista, como los que abundaban en Londres, y un científico, quien debía conocer la filosofía y las matemáticas.

Además, la autora reconoce que en el profesor de química Frankenstein encontró un maestro: “Me siento dichoso —dijo el se-

ñor Waldman— de haber ganado así un discípulo más y si su aplicación es igual a su habilidad, no tengo ninguna duda de que tendrá éxito”. Ella no consiguió maestro. Tal vez Shelley lo fue un poco, en lo que pudo. Sin embargo, es sorprendente cómo Mary W. sabía que toda habilidad requiere aplicación, lo sabía sin ser universitaria, a sus 18 años, con un hijo recién nacido y en medio de una aventura amorosa y vital como lo fue aquel verano con Byron y Shelley, en 1816. Pero ella se aplicó y en un año terminó su novela, que salió publicada año y medio después, en enero de 1818.

Finalmente, la experiencia inicial de Frankenstein en la universidad termina cuando el profesor de química llevó a su nuevo alumno al laboratorio, lugar de las ciencias modernas. Mary W. no pudo acompañar a su personaje hasta el laboratorio, pues posiblemente no conocía alguno. La experiencia práctica del laboratorio no estaba en los libros y la autora no pudo ofrecer en su obra una descripción de este espacio científico.

Ella parecía tener la formación integral que los hombres de ciencia se exigían entre sí, como los personajes de su novela. Sabía de alquimia, pero también conocía la ciencia moderna; se fundamentaba en tres de los más grandes científicos de fines del siglo XVIII y principios del XIX, cuando se consolidó la medicina moderna: Humphry Davy, Erasmus Darwin y Giovanni Galvani. Poseía, asimismo, otros conocimientos que un joven de ciencia necesitaba saber y que no se encontraban en la universidad. Pero sus fuentes eran los libros mudos o los cuentos de terceros, hombres que le transmitían lo que ellos sabían sobre los experimentos científicos en los laboratorios o las disecciones anatómicas. Ella no podía ser una científica moderna, porque el científico moderno era hombre.

EL CIENTÍFICO MODERNO

En la universidad, Frankenstein aprendió a ser un científico moderno y se apasionó por la ciencia: “Mi espíritu no tardó mucho en sentirse poseído de un único pensamiento, un propósito, una meta”. El personaje se decía a sí mismo: “si se ha llegado a tanto [...] yo con-

seguiré más, mucho más. Aprovechando los caminos ya trazados, exploraré otros nuevos, estudiaré fuerzas desconocidas y asombraré al mundo revelando los más profundos misterios de la creación”.⁴⁴ Fue una decisión efervescente, que le quitó el sueño. Y Mary W. pide a su lector o lectora comprensión para su personaje: “Quien no haya experimentado la seducción que la ciencia ejerce sobre una persona, jamás comprenderá su tiranía”.⁴⁵ La pasión por la ciencia era una experiencia, entonces, que ella misma había experimentado. Sabía lo que podía sentir un científico: “en la investigación [...] quedan siempre nuevas maravillas por descubrir y estudiar”, dice Frankenstein. Y el personaje de Mary W. juzgaba que no se necesitaba una inteligencia especial para destacar en la ciencia: “Una inteligencia normal, dedicada con ardor al estudio llegará a alcanzar infaliblemente un profundo conocimiento de su especialidad”.⁴⁶ No era inteligencia lo que se necesitaba para destacar en los estudios. El propio personaje de Mary W. dice haber logrado éxitos importantes: “hice tan rápidos progresos que al cabo de dos años había descubierto algunos métodos para perfeccionar ciertos instrumentos químicos que me valieron el afecto y la consideración de profesores y alumnos”.⁴⁷ Instrumentos químicos que la autora no puede describir porque no los conocía. No era la inteligencia, sino la diferencia sexual, lo que la excluía de la ciencia.

El compromiso del personaje con la ciencia y su propósito inquebrantable de alcanzar el objetivo trazado le hizo perder la perspectiva de todo aquello que lo rodeaba: “A partir de aquel día, las ciencias naturales y más particularmente la química, se convirtieron casi en mi única ocupación”.⁴⁸ Y aunque el verano era hermoso, continúa diciendo el personaje, “mis ojos permanecían cerrados a

44 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 1975, p. 73.

45 *Ibid.*, p. 78.

46 *Ibid.*, p. 69.

47 *Ibid.*, p. 73.

48 *Ibid.*, p. 77.

tanta belleza y esplendor [...] además, olvidé a mis amigos”.⁴⁹ Tampoco volvió a comunicarse con su familia. Enfermó:

Cada noche me sentía atacado por una fiebre que me consumía y mis nervios estaban por completo excitados [...] Algunas veces, cuando me daba cuenta de las condiciones a las que había llegado, me asustaba y tan sólo me sostenía la tenacidad de mi voluntad.⁵⁰

En conclusión, comenta el doctor Frankenstein al final de su corta vida: “parecía más un esclavo condenado a trabajos forzados que un artista entregado a sus experimentos favoritos”.⁵¹ Está fraguada aquí la descripción de un científico moderno, hecha por una mujer, Mary W. Esta imagen del científico absorto en su trabajo ha sido interpretada desde diversas ópticas.

H. Davis publicó un artículo sobre la novela de Mary W. que conmocionó a muchos interesados en la bioética. Proponía la interpretación de este libro como un texto sobre ética científica:

La novela *Frankenstein* ofrece una visión sobre cómo y por qué algunos científicos, atraídos por sus empeños y por sus éxitos, pueden perder su perspectiva moral [...] Vemos un científico trabajando solo, divorciado de su familia y de la sociedad. Su único contacto parece ser con otros científicos. Estas privaciones autoimpuestas en la universidad finalmente lo llevaron a la enfermedad y a la depresión nerviosa.⁵²

Davis reconoce la actualidad del texto, por lo que lo propone como una lectura útil para las discusiones actuales sobre la ciencia médica:

La novela de Mary Shelley nos da una visión horrorosa de las consecuencias de la separación entre el científico y la sociedad. Sea cual sea

49 *Ibid.*, p. 84.

50 *Ibid.*, p. 86.

51 *Loc. cit.*

52 H. Davies, “Can Mary Shelley’s...”, pp. 33-34.

la razón y las creencias personales, Mary Shelley nos proporciona una novela que explora los problemas resultantes de la experimentación médica. La pregunta que ella formula puede resumirse así: ¿Qué pasaría si un científico se compromete con un experimento para crear vida humana? ¿Podrían los resultados ser moral y éticamente aceptables? La novela capta algunos de los dilemas éticos que continúan estando en el corazón de nuestra crítica de la investigación médica. Dado que la clonación redescubre el secreto que Víctor Frankenstein trató de llevarse a la tumba, la novela de Mary es tan relevante hoy como lo fue cuando se publicó por primera vez.⁵³

Y el autor concluye que la obra ofrece “una provocativa narración que propone y orienta, características que suelen estar ausentes en los recientes análisis formales sobre ética”.⁵⁴

Mary W. parece conocer bien los consejos cartesianos para alcanzar el conocimiento propuestos en el *Discurso del método*, publicado en 1635, donde el autor propone aplazar los dilemas derivados de los sentimientos para centrarse en la investigación. Dice Descartes:

Para vivir desde entonces con tranquilidad, y sin que en mi conducta se reflejaran las incertidumbres de mi espíritu, formé para mi uso una moral provisional que no consistía más que en tres o cuatro máximas [...] me obligaba a obedecer las leyes y costumbres de mi país y a permanecer en el seno de la religión [...] Mi conducta debía ajustarse a la opinión de los más sensatos y prudentes, de entre todos los que me rodearan.⁵⁵

La autora describe cómo su personaje se acoge a la regla cartesiana de excluir sus sentimientos para poder dedicarse mejor a alcanzar el conocimiento científico: “pensaba retrasar todo lo referente a los sentimientos de afecto que pudiera experimentar, hasta tanto no hu-

53 *Ibid.*, pp. 33, 35.

54 *Ibid.*, p. 35.

55 R. Descartes, *Discurso del método y otras obras*, 1981, pp. 17-18.

biera alcanzado el gran objetivo, aquello que se había convertido en mi obsesión”.⁵⁶ Pero, más adelante, hace que el propio Frankenstein tome distancia de su comportamiento y considere que al perder el vínculo con el mundo, perdió también el camino de la buena ciencia:

El ser humano que quiere alcanzar la perfección debe mantener la serenidad y la calma, sin permitir que una pasión o un deseo circunstancial se entrometa en su espíritu. No creo que la búsqueda de la sabiduría sea una excepción en este caso. Si uno se dedica a un estudio que va menguando poco a poco su gusto por los placeres sencillos y debilita su capacidad de afecto, la mejor prueba de que tal estudio es negativo son las disminuciones.⁵⁷

Algunas de estas ideas las había aprendido Mary W. de su padre, William Godwin, quien había escrito:

El conocimiento y el incremento del intelecto son pobres cuando están dissociados de los sentimientos de benevolencia y simpatía [...] y la ciencia y la abstracción llegan pronto a ser frías, a menos de que respondan a las ideas motivadas por la sociedad.⁵⁸

La ética que Mary W. propone no es sólo para la ciencia, sino, en general, para todos los saberes y haceres de los individuos modernos:

Si nadie hubiese permitido que los objetivos turbasen la tranquilidad de su alma, Grecia no habría sido esclavizada, ni los imperios de México y Perú destruidos, César habría salvado a su pueblo y el descubrimiento de América se hubiera hecho de forma gradual.⁵⁹

Sin embargo, después de pronunciar esta sentencia, toma distancia de su visión crítica para que no se entienda como un ataque

56 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 1975, p. 85.

57 *Loc. cit.*

58 W. Godwin *apud* H. Davies, “Can Mary Shelley’s...”, p. 34.

59 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 1975, p. 85.

moral: “Pero me estoy dando cuenta de que moralizo precisamente en el momento más interesante de mi relato”.⁶⁰

La obra de Mary W. es una crítica a la falta de ética del saber y del actuar del hombre moderno. Una crítica a la escisión entre ciencia y sentimiento, porque a ella le parece perjudicial para el conjunto de los seres humanos el ejercicio de un saber aislado de la sociedad.

La conformación del científico como un hombre que penetra en los secretos naturales ha sido interpretada por Anne Mellor como la acción de una ciencia heteropatriarcal por someter a la naturaleza y a las mujeres.⁶¹ Ella muestra cómo Francis Bacon usó la metáfora de la naturaleza como una mujer sobre la que el científico engendra sus hijos, los hombres de ciencia. Para la revolución científica, la naturaleza era una mujer a la que había que someter, analizar y controlar. Mellor considera que Mary W. “percibe el potencial peligroso de la metáfora inherente en la ciencia de su tiempo [...] La naturaleza sería un ser pasivo cuya única función sería satisfacer los deseos masculinos”.⁶² Esa visión ha permitido, según otras autoras como Evelyn Fox Keller, situar al científico moderno como alguien ajeno a al mundo natural, legitimando así su “objetividad”. Mellor sigue a C. P. Snow cuando habla de las dos culturas que se acrecientan con esta actitud de los científicos: la de la ciencia y la de las humanidades, con responsabilidad moral, participación emocional y valores espirituales, y concluye que la construcción de la naturaleza como una otra, femenina, la pone al servicio de quien lo hace y es un acto que responde a deseos de poder y reputación.⁶³ Considera que el proyecto científico de Frankenstein va en ese sentido, pues trata de usar el atributo femenino de la naturaleza y de intervenir en el círculo de la vida para eliminar la sexualidad femenina.⁶⁴ Considera que en la obra de Mary W. la naturaleza no es pasiva, por el contrario, Frankenstein

60 *Loc. cit.*

61 A. K. Mellor, “Frankenstein: a feminist...”

62 *Loc. cit.*

63 *Loc. cit.*

64 *Loc. cit.*

enferma y al final de la novela, en el Polo Norte, muestra su poder absoluto sobre el doctor e incluso sobre su criatura.

En ambos textos, el de Davis y el de Mellor, Mary W. hace contribuciones a la ciencia fuera de la experimentación y de las enseñanzas universitarias a las que no pudo acceder. Por un lado, puede considerársele como la precursora de la bioética por sus planteamientos sobre la responsabilidad de la investigación médica y las consecuencias de sus experimentos sobre la sociedad y los seres humanos involucrados y, por otro, ha sido considerada una precursora de los estudios feministas y ecologistas sobre la ciencia moderna.

Por lo que respecta a la historia de las universidades —mi propósito en este texto—, la obra de Mary W. muestra la difícil relación entre la ciencia moderna y las universidades. El abandono de la sociedad y del vínculo con los sentimientos llevó a Frankenstein a abandonar también la universidad y todos los límites del saber conocido hasta entonces.

LAS CIENCIAS Y LA EXPERIMENTACIÓN FUERA DE LAS UNIVERSIDADES

Agrippa, Paracelso y Alberto Magno constituyen la influencia inicial del personaje creado por Mary W. Pese a que la autora los considera representantes de las antiguas ciencias naturales, reconoce que Frankenstein aprendió de ellos la inquietud por conocer los secretos ocultos de la naturaleza y, en especial, el principio de la vida: “Bajo la guía de mis nuevos preceptores, me inicié con la mayor diligencia en la búsqueda de la piedra filosofal y el elixir de la vida”.⁶⁵ Alberto Magno, autor del siglo XIII, sostenía la idea de un único principio que animaba el mundo. Agrippa y Paracelso eran científicos renacentistas que conjugaban la alquimia y la magia con la filosofía natural. Este último incluía en sus obras, entre muchas otras cosas, la receta para crear un pequeño ser vivo, un homúnculo, en el laboratorio experimental. El ser debe surgir de la mezcla de elementos existentes en la naturaleza, guardando las

65 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 2013, p. 47.

justas proporciones y esperando las transformaciones que el tiempo opere. Mary W. sabía, como hoy lo reconoce la historia de la ciencia, el importante lugar que tuvo la alquimia en el desarrollo de la ciencia moderna, por sus aportes para la investigación empírica, y aseguraba que dichos autores estaban en la base de la formación de un científico moderno, como era el joven Frankenstein. Es probable que hubiera tenido noticia de estos autores a través de los científicos que visitaban constantemente a su padre y también es posible que ella misma hubiera leído sus obras en la biblioteca de su casa. Ahora bien, ¿cómo viene el cambio de paradigma científico en el joven Frankenstein? ¿Cómo explica Mary W. las dudas del joven doctor sobre las ideas de los científicos medievales y renacentistas, para remplazarlos por los nuevos autores que estaban revolucionando la ciencia? El personaje dice que él comenzó a distanciarse de aquellas ideas por un científico que estaba de visita en su casa cierto día cuando un rayo carbonizó un árbol, y Mary W. narra una experiencia que pudo ser la suya misma:

En esta ocasión estaba con nosotros un hombre de grandes conocimientos en filosofía natural, el cual, estimulado por la catástrofe, comenzó a explicar una teoría que había desarrollado sobre la electricidad y el galvanismo, la cual era al mismo tiempo nueva y asombrosa para mí. Todo lo que dijo ponía totalmente en duda las apreciaciones de Cornelio Agripa, Alberto Magno y Paracelso.⁶⁶

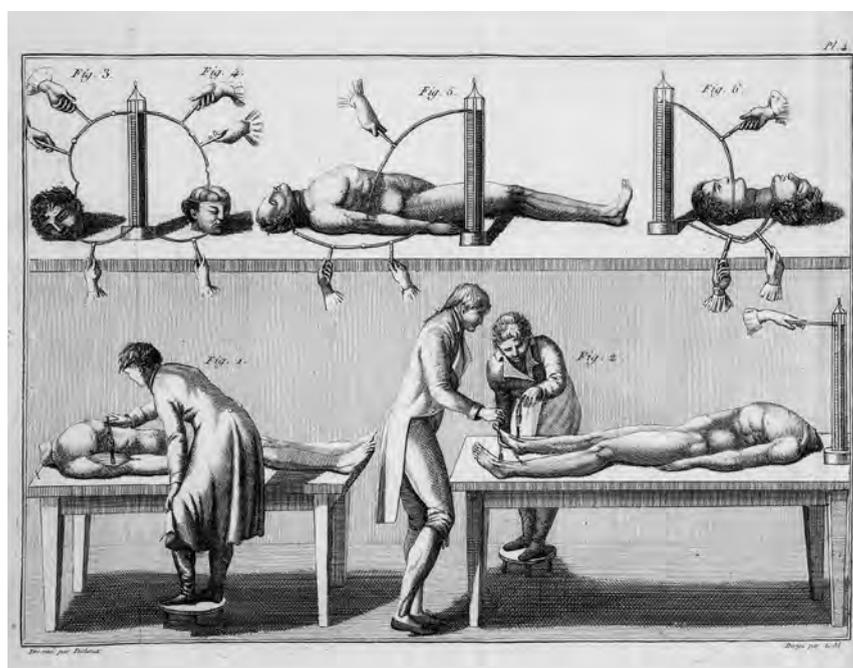
La electricidad y su efecto sobre el sistema nervioso es el otro de los tres pilares de la ciencia moderna sobre los que descansa la novela de Mary W., además del evolucionismo de Erasmus Darwin y de la química moderna, a la que volveré más adelante.

Tampoco los experimentos sobre la electricidad o el galvanismo son saberes que Frankenstein adquiere en la universidad. Y es que realmente parecen saberes que se desarrollaron fuera de las universi-

66 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 1975, p. 62.

dades inglesas y sólo después ingresaron a sus aulas.⁶⁷ Pero la autora conocía bien el mundo de la experimentación con la electricidad que estaba sucediendo a su alrededor, pero que, como las universidades, tampoco era accesible a las mujeres. En 1791, el fisiólogo Luigi Galvani publicó en Bolonia su obra *De viribus electricitatis in motui musculari*, en la que analizaba los efectos de la electricidad sobre el sistema nervioso, con ilustraciones donde describía cuidadosamente los experimentos sobre cuerpos vivos.

ILUSTRACIÓN 1
Experimento de galvanismo.



Fuente: Giovanni Aldini, *Essai théorique et expérimental sur le galvanisme*, 1804.

Su sobrino, Luigi Aldini, profesor de fisiología de la Universidad de Bolonia, se encargó de difundir el galvanismo por Europa.⁶⁸

67 I. Rhys Morus, *The Frankenstein's children. Electricity, exhibition, and experiment in early-nineteenth century London*, 1998.

68 M. Krischel, "Electricity in 19th century medicine and Mary Shelley's Frankenstein", *American Urological Association News*, 2011; A. K. Mellor, "Frankenstein: a feminist..."

En 1802 y 1803, presentó sendas exhibiciones en Londres, la última de las cuales él mismo reportó en los siguientes términos: “Las convulsiones parecían ser mucho mayores [...] y extendidas desde los músculos de la cabeza, la cara y el cuello, hasta el deltoides. El efecto en este caso superó nuestras expectativas más optimistas”. Él mismo concluía: “La vitalidad podría, tal vez, haber sido restaurada, si muchas circunstancias no lo hubieran hecho imposible”.⁶⁹ El galvanismo parecía revivir muertos. Mary W. dice que escuchó con atención, pero en silencio, las pláticas de Byron y Shelley sobre las posibilidades de la electricidad y el galvanismo:

Muchas y largas eran las conversaciones entre Lord Byron y Shelley, a las que yo era un oyente devoto pero casi silencioso. Durante una de ellas, se discutieron varias doctrinas filosóficas y, entre otras, la naturaleza del principio de vida, y si había alguna probabilidad de que fuera descubierta y comunicada.⁷⁰

Mary W. se acercó al mundo de la experimentación a través de los reportes que ellos daban. Así, salvaba los límites impuestos a su condición de género. Pero fue ella la que no pudo dormir esa noche, pensando en las consecuencias de lo que hablaban. Fue Mary quien imaginó la creación de un ser vivo construido por un ser humano: “tal vez las partes de la creatura podrían fabricarse, ensamblarse, e imbuirse de calor vital”.⁷¹ Fue ella quien escribió la historia de Frankenstein para explorar, hasta sus últimas consecuencias, las posibilidades de la ciencia moderna.

El joven doctor de Mary W. no busca sólo regresar un muerto a la vida; está tratando de crear un nuevo ser, de manufacturarlo y darle vida artificialmente. En ese sentido, los saberes que Frankenstein busca necesitan más conocimientos que el puro galvanismo y la electricidad sobre los nervios de un cadáver. Involucran otras especialidades como la fisiología y la anatomía. Las disecciones en

69 *Apud* A. K. Mellor, “Frankenstein: a feminist...”

70 Mary W. Shelley, “Introducción a la segunda...”, 1831.

71 *Loc. cit.*

cadáveres humanos se practicaron en el Renacimiento bajo las enseñanzas de Vesalio.⁷² Casi desaparecieron después, pero sobrevivieron en la Universidad de Padua, una de las más importantes para la enseñanza de la medicina a principios de la modernidad, desde donde regresaron a otras universidades europeas.⁷³ En Londres, la anatomía permaneció mucho tiempo en asociaciones de cirujanos ajenas a las universidades, pero que también eran un mundo exclusivamente masculino. En Escocia, en cambio, la Universidad de Edimburgo acogió pronto la anatomía como parte de sus enseñanzas.⁷⁴

Polidori, el médico que acompañaba a Byron aquel verano de 1816, había estudiado medicina en Edimburgo y Mary W. pasaba largas horas conversando con él, mientras los “poetas”, como ella llama a veces a Byron y a Shelley, paseaban por las orillas del lago. Polidori pudo contarle a Mary sus aventuras anatómicas en los cuerpos humanos, como estudiante en Edimburgo. Porque Frankenstein es, ante todo, un anatomista inventor. Su criatura es una confección, está reconstruida con partes humanas, pero no es un cadáver. Es más que eso. Frankenstein dice: “Uno de los fenómenos que más había llamado mi atención era la composición del cuerpo humano, y en general la de cualquier ser vivo”.⁷⁵ Su pregunta era el principio de la vida y, para ello, dice: “decidí dedicarme especialmente a la rama de las ciencias naturales que estudia la fisiología”.⁷⁶ Pero en este punto, Frankenstein debió dejar la universidad, porque dice “mis conocimientos teóricos y prácticos no podían aumentar si permanecía en la Universidad de Ingolstadt”.⁷⁷ Y es que, concluye el estudiante a punto de alejarse de la enseñanza formal, “para examinar las causas

72 G. Martínez, “La anatomía en la Real Universidad de México en siglos XVI y XVII. Un acercamiento a su práctica y docencia”, en Armando Pavón Romero (coord.), *Libro académico y bibliotecas universitarias en el mundo hispánico. Época moderna* (en prensa).

73 C. Naunton Morgan, “Surgery and surgeons in 18th century London, Thomas Vicary”, 1967; J. Reinartz, “The transformation of medical education in eighteenth century England: international developments and the West Midlands”, *History of Education*, 2008.

74 El tema está tratado en las dos obras citadas en la nota anterior.

75 Mary W. Shelley, *Frankenstein...*, 1975, p. 79.

76 *Loc. cit.*

77 *Ibid.*, p. 78.

de la vida es preciso estudiar antes la muerte; así que me dediqué al estudio de la anatomía”.⁷⁸ Ésa era una disciplina no universitaria. No obstante, este campo, de barberos y cirujanos, no fue suficiente para el científico entregado a su saber: “Pero esto no me bastó y me vi obligado a concentrarme en el estudio del marchitamiento y la corrupción del cuerpo humano después de la muerte”.⁷⁹ Ésas eran las verdaderas ciencias impías. No la ciencia moderna, ni el galvanismo, ni la anatomía, sino el estudio de la degradación del cuerpo humano. Un saber para el que ella no tuvo maestros.

LOS SABERES DE MARY W.: DE LA VIDA A LA MUERTE Y DE LA MUERTE A LA VIDA

Los laboratorios de Frankenstein, una vez abandonada la universidad, fueron los cementerios. Según ella, el joven doctor estaba preparado para manipular cadáveres por su propia formación:

En el curso de mi educación familiar, mi padre había hecho todo lo posible para que mi mente no fuese impresionada por prejuicios sobrenaturales [...] La oscuridad no afectaba para nada mi imaginación, y en un cementerio no veía yo otra cosa que un lugar donde se depositaban los cuerpos humanos privados de vida, para ser pasto de los gusanos.⁸⁰

No olvidemos que desde los 13 años el padre de Mary W. dice que quiere hacer de ella una escéptica. El romance entre ella y Shelley se consolida en las largas conversaciones sobre la tumba de Mary Wollstonecraft, donde ellos solían encontrarse, antes de su fuga. El componente impío de las ciencias de Frankenstein está, en cambio, en su interés por la degradación de los muertos.

78 *Ibid.*, p. 79.

79 *Loc cit.*

80 *Loc. cit.*

Comprobé cómo la belleza del ser humano y su armonía se descomponían hasta convertirse en desechos despreciables [...] cómo un simple gusano se alimenta de las maravillas que son los ojos y el cerebro. Analicé con todo detalle las causas por las que se produce el paso de la vida a la nada y de la muerte a la vida.⁸¹

Es decir, Mary W. sabía que perder la vida no era sólo convertirse en cadáver, sino desaparecer. Pero de esa misma desaparición surgía de nuevo la vida. Ésa fue la luz que encontró Frankenstein para crear su nuevo ser a partir de la nada que produce la muerte: “de aquella oscuridad salió una luz que iluminó mi espíritu”. Y conocedor de la grandeza de su certidumbre, se dio a la tarea de experimentar con ella para crear una nueva raza humana. Al principio dudó poder construir “un cuerpo, con todo lo que su complicado sistema de nervios, músculos y venas presupone”, pero finalmente, dice Frankenstein, “no dudé de mi capacidad para dar vida a un ser tan complejo y bello como el hombre”. Y concluye: “Así fue como, dominado por estas sensaciones me lancé a la creación de un ser humano”. Pero ése ser era una creación propia: “Dado que algunas partes del cuerpo son de muy minúsculas dimensiones, lo cual representaba un obstáculo para progresar con rapidez, resolví dejar a un lado mi idea inicial y hacer un ser de proporciones gigantescas, que midiese ocho pies de alto”. Así, la criatura medía 2.40 metros más o menos. Él era consciente de que creaba una nueva especie humanoide: “Habría nuevas especies que me bendecirían como su creador, y otras que me agradecerían la excelencia del ser que yo iba a darles”. Esa especie nueva estaba mejorada, pero no tenía un lugar junto a los humanos.

Detrás de la voz del doctor Víctor Frankenstein está la joven Mary W., quien huérfana de madre desde que nació, se había criado con un padre radical, en un ambiente académico. Había leído mucho de ciencia y estaba al día en los avances de la medicina y la química, y tal vez hubiera podido ser una científica moderna, de haber entrado en las universidades. A lo mejor, como no pudo hacerlo, escribió

81 *Ibid.*, p. 80. Las siguientes citas provienen de esta misma página.

literatura, a lo que sí tenía acceso. Su personaje no pudo ser una mujer, por lo que no fue la heroína de sus cuentos. Frankenstein no hubiera podido ser un personaje femenino, porque no hubiera podido ser médico, científico ni creador. Sin embargo, Mary W. entendió, a sus 18 años, en 1816, los problemas éticos que estaba planteando la ciencia moderna y previó las discusiones actuales que, poco más de 200 años después, enfrentan a los bioéticos y a los médicos en general.

Ajena a las universidades, autodidacta, madre adolescente y escribiendo en un mundo de hombres y poetas, Mary W. creó una obra de ciencia que aún hoy aporta elementos para las discusiones bioéticas y que denunció la exclusividad masculina del ejercicio de la investigación científica.

Ella ve a las universidades de principios del siglo XIX como instituciones masculinas, a las que las familias suelen enviar a sus hijos varones para formarse. Son también un lugar de perdición, donde esos jóvenes pueden conocer saberes no canónicos y perder el buen camino. Pero las universidades son lugares donde los hombres adquieren una disciplina, pasión por el conocimiento, prestigio y reconocimiento social. Un mundo negado para las mujeres.

Después de escribir su obra, viajó con Percy y su media hermana, Clare, por Italia. Compartían el viaje con compañeros ocasionales y se vieron envueltos en conflictos constantes. Murieron dos de sus hijos y sólo sobrevivió un tercero. Su compañero, Percy Shelley, murió ahogado tras un accidente en velero, en 1822. Ella, a sus 25 años, regresó a Londres y continuó escribiendo y editando obras, entre ellas, las obras completas de su esposo. Ninguna de sus otras obras tuvo el éxito de *Frankenstein*, que se reditó por primera vez en 1831, cuando ella tenía 34 años. Finalmente murió a los 53. Tal vez si hubiera vivido hoy, Mary W. hubiera sido universitaria y científica. Al dejarla fuera de sus aulas, el mundo perdió una de las mentes más lúcidas y mejor formadas de su tiempo.

REFERENCIAS

- Burwick, Roswitha, "Goethe's Werther and Mary Shelley's Frankenstein", *The Wordsworth Circle*, vol. 24, núm. 1, 1993, pp. 47-52, <<http://knarf.english.upenn.edu/Articles/burwick.html>>, consultado el 10 de julio, 2016.
- Cruz, Juana Inés de la, *Respuesta a sor Filotea de la Cruz*, México, Fontamara, 2000.
- Davies, Hugh, "Can Mary Shelley's Frankenstein be read as an early research ethics text?", *Journal of Medical Ethics. Medical Humanities*, núm. 30, 2004, pp. 32-35, <<https://mh.bmj.com/content/medhum/30/1/32.full.pdf>>, consultado el 4 de marzo, 2019.
- Descartes, René, *Discurso del método y otras obras*, México, Porrúa, 1981.
- Ferré, Rosario, "Frankenstein: una versión política del mito de la maternidad", *Debate Feminista*, [1980] <http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/006_02.pdf>, consultado el 10 de enero, 2019.
- Florescu, Radu, *In search of Frankenstein*, Nueva York, New York Graphic Society, 1975.
- Goldwin, William, *Memoirs of the author of a "Vindication of the rights of woman"*, Londres, Johnson editor, 1798.
- Hoeveler, Diane, "Frankenstein, feminism, and literary theory", en Esther Schor (ed.), *The Cambridge companion to Mary Shelley*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, pp. 45-62, <https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1051&context=english_fac>, consultado el 10 de enero, 2019.
- Krischel, Matthis, "Electricity in 19th century medicine and Mary Shelley's Frankenstein", *American Urological Association News*, enero, 2011.
- Marcus, Steven, "Frankenstein: myths of scientific and medical knowledge and stories of human relations", *The Southern Review*, vol. 38, núm. 1, 2002, pp. 188-201.
- Martínez, Gerardo, "La anatomía en la Real Universidad de México en los siglos XVI y XVII. Un acercamiento a su práctica y docencia", en Armando Pavón Romero (coord.), *Libro académico y bibliotecas universitarias en el mundo hispánico. Época moderna* (en prensa).

- Mellor, Anne Kostelanetz, “Frankenstein: a feminist critique of science”, en George Levine y Alan Rauch (eds.), *One culture: essays in science and literature*, Madison, University of Wisconsin, 1987, pp. 287-312, <<http://knarf.english.upenn.edu/Articles/mellor1.html>>, consultado el 10 de enero, 2019.
- Naunton Morgan, Clifford, “Surgery and surgeons in 18th century London, Thomas Vicary”, conferencia dictada en el Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra, 26 de octubre, 1967, <<http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2312162&blobtype=pdf>>, consultado el 10 de enero, 2019.
- Philip, Mark, “William Godwin”, en Edward N. Zalta (ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy*, 2013, <<http://plato.stanford.edu/archives/sum2013/entries/godwin>>, consultado el 10 de enero, 2019 (entrada de blog).
- Reinarz, Jonathan, “The transformation of medical education in eighteenth-century England: international developments and the West Midlands”, *History of Education*, vol. 37, núm. 4, 2008, pp. 549-566.
- Rhys Morus, Iwan, *The Frankenstein’s children. Electricity, exhibition, and experiment in early-nineteenth century London*, Nueva Jersey, Princeton University Press, 1998.
- Ridder-Symoens, Hilde de (ed.), *Historia de la universidad en Europa*, 2 vols., Bilbao, Universidad del País Vasco, 1994.
- Seymour, Miranda, *Mary Shelley*, Londres, John Murray, 2000.
- Shelley, Mary W., *Frankenstein o el moderno Prometeo*, Madrid, Sexto Piso, 2013.
- Shelley, Mary W., “Introducción a la segunda edición de *Frankenstein*”, en *idem*, *Frankenstein o el moderno Prometeo*, Madrid, Sexto Piso, 2013, pp. 9-14.
- Shelley, Mary W., *Frankenstein o el Prometeo moderno*, Barcelona, Bruzguera, 1975.
- Shelley, Mary W., *Frankenstein o el Prometeo moderno*, 1831, <<https://www.rc.umd.edu/editions/frankenstein/1831v1/intro>>, consultado el 10 de enero, 2019.
- Shelley, Mary W., “Introducción a la segunda edición”, *Frankenstein o el Prometeo moderno*, 1831, <<https://www.rc.umd.edu/editions/frankenstein/1831v1/intro>>, consultado el 10 de enero, 2019.

- Sunstein, Emily Weisberg, *Mary Shelley: romance and reality*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1991.
- Sutherland, Margaret, *Women who teach in universities*, Reino Unido, Trentham Books, 1985.
- Tomalin, Clare, *Vida y muerte de Mary Wollstonecraft*, Madrid, Viejo Topo, 2011.
- Woolf, Virginia, *Momentos de vida*, Barcelona, Lumen, 1980.

AGN	Archivo General de la Nación
AHCM	Archivo Histórico de la Ciudad de México
AHENM	Archivo Histórico de la Escuela Nacional de Medicina
AHFM	Archivo Histórico de la Facultad de Medicina
AHSEDENA	Archivo Histórico de la Secretaría de la Defensa Nacional
AHSSA	Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia
BUAP	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
BVG	Bibliothèque du Val de Grâce
CMM	Cuerpo Médico Militar
Conaculta	Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
CSM	Cuerpo de Sanidad Militar
DEMAC	Documentación y Estudios de Mujeres, A.C.
El Colmex	El Colegio de México
El Colmich	El Colegio de Michoacán
ENAH	Escuela Nacional de Antropología e Historia
FCE	Fondo de Cultura Económica
HNM	Hemeroteca Nacional de México
HSJD	Hospital de San Juan de Dios
IIH	Instituto de Investigaciones Históricas
IISUE	Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAH	Instituto Nacional de Antropología e Historia
INEHRM	Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México
INI	Instituto Nacional Indigenista
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
PAPIIT	Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
SEP	Secretaría de Educación Pública
SNI	Sistema Nacional de Investigadores
SSA	Secretaría de Salud
UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UAZ	Universidad Autónoma de Zacatecas
UMSNH	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
Unifem	United Nations Development Fund for Women o Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UV	Universidad Veracruzana

Carlos Rolando del Castillo Troncoso es médico cirujano por la UNAM con especialidad en Pediatría. Asimismo, es maestro en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de México del INSP y maestro en Historia por la UNAM. Actualmente cursa el doctorado en Ciencias Médicas y de la Salud, área de Humanidades, Historia de la Salud y Enfermedad en la UNAM.

Marianne Patricia Guadalupe Bourdelle Cazals Kirsch es licenciada y maestra en Historia por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Es candidata al grado de doctora en Ciencias, en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, de la Facultad de Medicina de la misma casa de estudios. Ha participado como ponente en diversos encuentros, entre los que destacan el X Congreso Nacional y V Congreso Internacional de Historia y Filosofía de la Medicina, en Morelia, Michoacán; el XI Congreso Internacional sobre Salud-Enfermedad de la Prehistoria al Siglo XXI, organizado por el INAH en la Ciudad de México; el III Encuentro Internacional sobre Iniciativas de Investigación Histórica en Ciencias de la Salud, de la UAZ, y el VIII Meeting of History of Medicine, en Mérida, Yucatán.

Xóchitl Martínez Barbosa es licenciada y maestra en Historia por la Universidad Iberoamericana A.C., y doctora en Historia por el Instituto de Investigaciones Históricas de la UMSNH. Es profesora

de tiempo completo del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, imparte clases en el Posgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Responsable del Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNAM. Fue presidenta de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina (2009-2010) y coeditora del *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* (2000 al 2010). Ha publicado, sola y en coautoría, trabajos sobre la Academia de Medicina de México, el Hospital de San Andrés, el Hospital de San Pablo, el Consejo de Salubridad General, y participó en la elaboración del guión para el Programa de TV-UNAM *La medicina durante el Porfiriato*. Su libro más reciente, *Médicos mexicanos en busca de su pasado: La historia de la medicina en México, 1930-1960*. Sus líneas de investigación son la historia de las instituciones de atención médica y sanitaria; la historiografía de la medicina contemporánea, y la historia de la enfermería.

Gerardo Martínez Hernández es doctor en Historia por la Universidad de Salamanca, España. Actualmente se desempeña como investigador en el IISUE de la UNAM y como profesor del Departamento de Historia en el Sistema de Universidad Abierta de la Facultad de Filosofía y Letras de la misma universidad. Forma parte de SNI. Es autor del libro *La medicina en la Nueva España, siglos XVI y XVII* y de diversos artículos y capítulos de libros. Realizó estancias posdoctorales en el IIH de la UNAM y en la Institución Milá i Fontanals del CSIC, en Barcelona, España. Las líneas de investigación que desarrolla son historia moderna, de la universidad y de la medicina. Se encuentra acreditado como tutor y profesor en el Campo del Conocimiento de Humanidades en Salud de la Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM.

Carolina Narváez Martínez es historiadora por la Universidad del Valle, en Cali, Colombia, y maestra en Estudios de la Mujer por la UAM-Xochimilco. Actualmente es estudiante del doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de Salud por la Facultad de Medicina

de la UNAM. Forma parte del grupo de investigación “Escritos de Mujeres, siglos XVI al XVIII” con sede en el IISUE de la UNAM.

Clara Inés Ramírez González es doctora en Historia por la Universidad de Salamanca y maestra y licenciada en Historia por la UNAM. Investigadora del IISUE y profesora de la Facultad de Filosofía y Letras y del posgrado en Historia, de la UNAM. Miembro del SNI. Sus líneas de investigación son historia de las universidades y de la cultura hispánica durante la Época Moderna (siglos XVI al XVIII), historia y género, e historiografía, difusión y enseñanza de la historia. Ha publicado tres libros de su autoría y es coautora, editora y coordinadora de 13 libros más. Como editora ha publicado, junto con Claudia Llanos, la colección de Escritos de Mujeres Siglos XVI al XVIII. Asimismo, ha publicado más de 60 artículos y capítulos de libros.

Irina Adalberto Ravelo Rodríguez es maestra en Historia por la UNAM y se ha especializado en historia de las mujeres en México, específicamente en temas educativos y de salud de los siglos XVI al XIX. Entre 2006 y 2007 cursó el máster en Estudios de las Mujeres en la Universidad de Barcelona. Fue jefa del Departamento de Historia de las Mujeres en México, del INEHRM, en donde coordinó diversas actividades de investigación y difusión, como exposiciones, cursos, contenidos para la web y las redes sociales institucionales, así como un programa radiofónico. Ha colaborado en la edición de múltiples obras al respecto. Actualmente cursa el doctorado en la Universidad Rovira i Vigili de Tarragona, España.

Medicina y sociedad: saberes, discursos y prácticas. Siglos XVI al XX

En su composición se utilizó la familia tipográfica Sabon LT Std, diseñada por Jan Tschichold en 1967, y Myriad Pro, diseñada por Robert Slimbach y Carol Twombly en 2000.

La formación tipográfica estuvo a cargo de Eugenia Calero y Jonathan Girón Palau.