



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS
DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**

Departamento de Investigaciones Educativas

**HISTORIAS DE PRÁCTICAS MÉDICAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO:
ENCUENTROS ENTRE ACTORES Y ESPACIOS, CIUDAD DE MÉXICO, 1861-
1905.**

Tesis que presenta

Esmeralda Soledad Covarrubias López

Para obtener el Grado de

Doctora en Ciencias en la Especialidad en Investigaciones Educativas

Directora de Tesis: Dra. Laura Cházaro García

Comité tutorial:

Dra. Elsa Muñiz, UAM-X

Dr. Daniel Hernández, DIE- CINVESTAV

Dra. Eugenia Roldán, DIE- CINVESTAV

Dra. Fernanda Núñez, INAH- Veracruz

Ciudad de México

Enero, 2018

Resumen

La medicina científica se constituye hoy en día como una autoridad en la atención del parto. Su intervención se acepta sin pensar y reflexionar sobre su naturaleza ontológica. En esta investigación se coloca en el centro de análisis a la categoría de «práctica» con la intención de comprender la construcción social del conocimiento médico en la atención del parto en México en el siglo XIX. Colocar a las «prácticas» como eje analítico permite superar la postura «teorecrista» que considera al conocimiento científico sólo como un conjunto de teorías. En este sentido, el conocimiento médico en la atención del parto se construyó a partir de la interacción de parturientas, fetos/recién nacidos, parteras, médicos y artefactos en determinados entornos físicos y sociales. En esta interacción se concretaron normas y valores implícitos y explícitos alrededor del parto, entre ellos, el valor social que se le otorgó a la vida del feto, la importancia de conservar la vida y la integridad anatómica de las mujeres para continuar pariendo, la idea de cómo debía funcionar el útero a partir de la noción de trabajo, entre otros. Estas normas y valores se materializaron en prácticas como la cesárea o la embriotomía, y en el diseño de determinados instrumentos médicos, como los fórceps o la cama de parto. Así, se recalca la necesidad de llevar a cabo más investigaciones en las que se coloque como eje analítico a las prácticas para poder dar cuenta de la estructura normativa de la construcción social del conocimiento.

Abstract

Nowadays, scientific medicine is constituted as an authority in childbirth care. His intervention is accepted without thinking and reflecting on its ontological nature. In this research, the "practice" category was placed in the analysis center with the intention of understanding the social construction of medical knowledge in the delivery care in Mexico in the 19th century. Placing "practices" as an analytical axis allows us to overcome the «teorecrista» position that considers scientific knowledge only as a set of theories. In this sense, medical knowledge in childbirth care was built from the interaction of parturients, fetuses/newborns, midwives, doctors and artifacts in certain

physical and social environments. In this interaction implicit and explicit norms and values around delivery were specified, among them, the social value that was granted to the life of the fetus, the importance of conserving life and the anatomical integrity of women to continue giving birth, the idea of how the uterus should work from the notion of work, among others. These norms and values materialized in practices such as cesarean section or embryotomy, and in the design of certain medical instruments, such as forceps or birthing beds. Thus, it emphasizes the need to carry out more research in which the practices are placed as analytical axis in order to be able to account for the normative structure of the social construction of knowledge.

Para la elaboración de esta tesis se contó con el apoyo de una beca CONACYT

Agradecimientos

Antes que nada expreso mis disculpas por no poder mencionar a todas las personas que me gustaría incluir en estas líneas. En primer lugar extiendo mi agradecimiento al Departamento de Investigaciones Educativas (DIE) por haberme dado la oportunidad de continuar con mi formación académica. Extiendo mis agradecimientos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme apoyado con una beca para el desarrollo de esta investigación y con financiamiento para realizar la estancia académica en la Universidad de Granada de octubre a diciembre de 2014.

Agradezco a los integrantes del comité de seguimiento de tesis por su tiempo y dedicación para leer mis avances y hacerme las respectivas observaciones que me permitieron reflexionar y orientar la investigación. Me responsabilizo en todo momento por el resultado final. En primer lugar, a la Dra. Laura Cházaro por su apoyo y paciencia; al Dr. Daniel Hernández Rosete y a la Dra. Eugenia Roldán, ambos investigadores del DIE; a la Dra. Fernanda Núñez del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH- Veracruz) y, por supuesto, a la Dra. Elsa Muñiz de la UAM-Xochimilco. Gracias también a la Dra. Teresa Ortiz, investigadora de la Universidad de Granada por haberme recibido en su espacio laboral para realizar la estancia académica.

Expreso mi sincero agradecimiento a cada uno de las integrantes del seminario sobre Historia de la medicina e instrumentos a cargo de la Dra. Laura Cházaro, a Lidia Barajas, Claudia Carreta, Silvia Ochoa, Mónica López, Araceli Montiel y Sonia Alher. Especial agradecimiento a Judith Fonseca y a Berenice Martínez. Gracias por permitirme presentar, discutir y analizar versiones preliminares de algunos de los capítulos de la tesis.

Esta investigación no hubiera sido posible sin el apoyo y acompañamiento de distintas formas y en diversos momentos de amigos(as) y colegas: Flora Salas, Raquel Ramírez, Carla Soriano, Damariz Escobar, Argéndida Jiménez, Geessel Ibarra, Rubí Ontiveros, Luis Gutiérrez, Natalia Coloballes, Manuel Méndez, Jorge Aldana, Olivia Sánchez, Edgar Cardiel, Pedro Hernández, Adriana Lozano, Lucía Meléndez, Julieta Tello, Joaquín Celiseo, Heber Avendaño, Aude García, Leticia López y muchos más.

Incluyo en estos agradecimientos a Coni Chapela y Margarita Castillejos. Mi cariño, respeto y admiración para cada uno de ustedes.

No puede faltar la infinita gratitud para mi familia consanguínea, Juan Luis Covarrubias, Eulalia López, Perla Covarrubias, Marisol Covarrubias, René García, Alonso Guzmán e Ian Guzmán. Gracias por su cariño, comprensión y apoyo incondicional.

Finalmente, mis profundos agradecimientos a Homero Jiménez Pérez, mi compañero de vida. Comenzamos este proyecto juntos y antes de que pudiera concluir con la investigación, por razones que aún no logro comprender, dejaste este mundo terrenal de manera tan repentina y funesta. Terminar esta tesis implicó un gran reto emocional ya que necesité juntar y reconstruir fragmentos de mi alma para poder cerrar este ciclo en condiciones distintas a las que tú y yo siempre imaginamos; «teníamos tantos planes», me dijiste en el hospital y yo te corregí con un «seguimos teniendo tantos planes» porque confiaba plenamente en que saldríamos adelante, juntos, pero no fue así. Gracias por haber confiado siempre en mí, por tu apoyo incondicional y por haberme hecho saber de mil y un maneras cuanto te importaban mis proyectos académicos y personales, pero sobre todo, lo que significaba para ti nuestra relación. Con todo el amor que siento por ti, te dedico cada segundo que he invertido para poder desarrollar y terminar esta tesis.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Breves notas sobre el desarrollo de la investigación | 11 |
| Introducción | 17 |
| | |
| Capítulo 1. Pariendo y partiendo: Mujeres y hombres frente al parto | 45 |
| 1.1 Mujeres parturientas | 47 |
| 1.1.1 La Mujer en la Ciudad de México en el siglo XIX | 48 |
| 1.1.2 Mujeres solicitando apoyo para parir | 54 |
| 1.1.2.1 Distintas mujeres, distintas intervenciones médicas | 56 |
| 1.2 Parteras mexicanas | 58 |
| 1.2.1. Parteras no examinadas | 59 |
| 1.2.1.1 Prácticas de parteras no examinadas | 62 |
| 1.2.1.2 En defensa de su práctica | 67 |
| 1.2.2 Parteras examinadas o tituladas | 68 |
| 1.2.2.1 Formación de parteras tituladas | 68 |
| 1.2.2.2 Ejercicio de la profesión | 72 |
| 1.2.2.3 Prácticas de parteras tituladas | 76 |
| 1.2.2.4 Integrantes de sociedades médicas | 77 |
| 1.2.2.5 Organización de mujeres: La liga de parteras | 81 |
| 1.2.2.6 Declive de la partería profesional | 84 |
| 1.2.3 Parteras tituladas vs parteras tradicionales | 86 |
| 1.3 Médicos parteros | 87 |
| 1.3.1 Abriéndose paso en una actividad de mujeres | 90 |
| 1.3.2 La formación de médicos- parteros | 93 |

| | |
|---|-----|
| Capítulo 2. El Hospital de maternidad e infancia como espacio de práctica médica | 98 |
| 2.1 El Hospital de Maternidad e Infancia | 100 |
| 2.1.1 Antecedentes del Hospital | 101 |
| 2.2. Organización económica y administrativa del hospital | 105 |
| 2.2.1 Un espacio hospitalario para parir | 106 |
| 2.2.1.1 Departamento de partos reservados | 108 |
| 2.2.1.2 Departamento de partos públicos | 111 |
| 2.2.2. La proyección social del Hospital | 112 |
| 2.2.3. La Maternidad al inaugurarse el Hospital General de México | 115 |
| 2.3 Instrumentos médicos para parir | 116 |
| 2.3.1 Instrumentos médicos en México | 118 |
| 2.3.2 Las «manos de hierro»: Los fórceps | 119 |
| 2.3.3 El pelvómetro | 122 |
| 2.4 Inmobiliario | 125 |
| 2.4.1 De la silla a la cama de parto | 126 |
| 2.4.2 La mesa portátil ginecológica | 129 |
| | |
| Capítulo 3. Prácticas médicas en la atención del parto feliz | 133 |
| 3.1 Las leyes de la física en el parto | 135 |
| 3.2 Diagnóstico de embarazo | 138 |
| 3.3 Produciendo cuerpos para parir | 141 |
| 3.3.1 Dilatación y borramiento | 142 |
| 3.3.1.1 «Mirar con la punta del dedo»: el tacto vaginal | 144 |
| 3.3.1.2 Pelvis mexicanas, pelvis especiales: su mensuración | 147 |
| 3.4.2 Expulsión | 149 |
| 3.4.2.1 Cuidado del periné | 149 |
| 3.4.3 Alumbramiento | 151 |

| | |
|---|------------|
| 3.5 De prácticas tradicionales a prácticas científicas | 151 |
| Capítulo 4. Prácticas médicas en el parto quirúrgico | 153 |
| 4.1 El feto mexicano | 155 |
| 4.1.1 La embriotomía | 156 |
| 4.1.2 Reconocimiento legal de la vida del feto/ recién nacido | 161 |
| 4.2 Cirugía y parto | 163 |
| 4.2.1 Anestesia | 164 |
| 4.2.1.1 El dolor y la anestesia en el parto | 169 |
| 4.3 La cesárea | 173 |
| 4.3.1 De práctica religiosa a práctica médica | 174 |
| 4.3.2 Primera cesárea en México | 177 |
| 4.3.2.1 La operación del Porro | 184 |
| Consideraciones finales | 186 |
| Bibliografía | 194 |

TABLA DE FIGURAS Y CUADROS

| | Págs. |
|---|--------------|
| Capítulo 1. | |
| Figura 1. «Partera empírica y ayudante» | 62 |
| Figura 2. «Partera no examinada Doña Secundina Infante» | 63 |
| Figura 3. «Partera empírica y tenedora haciendo uso de la faja y el muñeco» | 65 |
| Figura 4. «Partera titulada Dolores Román» | 74 |
| Cuadro No. 1 Relación de publicaciones de las parteras tituladas mexicanas 1894- 1906 | 80 |
| Cuadro No. 2 Cátedras relacionadas con la enseñanza de la obstetricia en los planes de estudios de la Escuela de Medicina vigentes de 1833 a 1906 | 95 |
| Capítulo 2. | |
| Figura 1. «Introducción de las cucharas del fórceps» | 121 |
| Figura 2. «Pelvímetro interno» | 123 |
| Figura 3. «Silla para el parto» | 126 |
| Figura 4. «Mesa Portátil en el siglo XIX» | 131 |
| Capítulo 3. | |
| Figura 1. Tacto vaginal en el siglo XIX | 145 |
| Capítulo 4. | |
| Figura 1. y 2. «Práctica de la embriotomía mexicana» | 158 |
| Figura 3. «Embriotomía realizada por parteros extranjeros» | 159 |
| Figura 4. «Algunos instrumentos utilizados en las embriotomías» | 159 |
| Figura 5. «Jeringa para bautizar por encargo de Mauriceau» | 177 |

Breves notas sobre el desarrollo de la investigación

Antes de comenzar, consideré importante incluir unos breves párrafos para hablar sobre la historia de esta tesis. Para ello, me tomé el atrevimiento de hablar de mi propio proceso siguiendo a Peter Burke¹ quien afirma que cualquiera que sostenga que el conocimiento científico surge en un contexto social, sentirá la necesidad de auto presentarse. Esta necesidad también atiende al llamado de Frida Gorbach² sobre no dejar de lado la situación particular de quien se introduce en la Historia como disciplina, lo que permite identificar desde qué situación se escribe y entender por qué se siguen ciertos procedimientos y determinados modos de comprensión.

El interés por una investigación sobre las prácticas médicas del parto estuvo relacionado desde un inicio con mi formación y desarrollo profesional. Como enfermera y obstetra atendí partos en hospitales siguiendo las normas médicas establecidas por organismos nacionales e internacionales que desde las aulas universitarias aprendí a acatar - en ocasiones con fuertes reprimendas por parte de profesores y personal de «salud»³- bajo el argumento de «ser lo mejor» para las parturientas: colocando a las mujeres en posición ginecológica, realizando episiotomías⁴, utilizando fármacos para acelerar el trabajo de parto, etcétera. Además, hay que decir que la atención médica del parto y en general los servicios de atención a las enfermedades se constituyen en una verdadera «arena» de lucha permanente entre profesiones y jerarquías. Desde mi experiencia, esa pugna permanente se constituye en un proceso de socialización de las prácticas de dominación en donde las profesiones de la salud aparecen ante la población como una sola institución con autoridad para tomar decisiones unilaterales. Para

¹ Peter Burke, *Historia social del conocimiento. De Gutenberg a Diderot*, Paidós Orígenes, España, 2002.

² Frida Gorbach, "La Histeria en México. Una reflexión en torno a la Historia", en: Frida Gorbach y Carlos López (eds.), *Saberes locales. Ensayos sobre historia de la ciencia en América Latina*, El Colegio de Michoacán, México, 2008, pp. 147- 165.

³ Desde hace un par de años, considero que somos profesionales de la enfermedad, porque entendemos y atendemos más los procesos patológicos que la misma noción de 'salud'. Véase Carolina Martínez (coord.), *Seis miradas y sus relaciones con el mundo social*, México, UAM, 2008.

⁴ Incisión con tijeras o bisturí que se realiza en el periné «para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí». "Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada", CENETEC, México, 2013.

corroborar esto, basta con observar qué pasa cuando una persona solicita atención en una institución de salud, qué de su saber, práctica, percepción y experiencia trasciende en sus relaciones con los policías, enfermeros, camilleros, médicos, estudiantes, psicólogos, administradores u otro personal de la institución.

Tanto las prácticas médicas como la misma dinámica institucional en las que se llevan a cabo me generaron una gran inconformidad que no logré entender hasta mucho años después, aún así, no pude evitar ser partícipe en la reproducción y difusión de prácticas médicas que regularmente desacreditan otras alternativas de curación no hegemónicas, como son los saberes de las parteras empíricas.

Al terminar mis estudios de licenciatura, tuve la oportunidad de acompañar y atender a mujeres en trabajo de parto en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGen), una asociación civil que ha tenido el interés de promover el «parto natural» respetando la posición para parir que la misma madre desea, incorporando al padre durante todo el proceso de gestación, utilizando medicamentos en el trabajo de parto de una manera menos protocolaria, entre otros. Esta experiencia fortaleció mi postura de desacuerdo sobre la manera de atender el parto en los hospitales.

Tiempo después, mi incursión en las ciencias sociales a partir de estudios de posgrado en el programa de Medicina Social⁵, me abrió la posibilidad de concebir la práctica médica como una práctica histórica y social. Algunas de mis inquietudes sobre la práctica médica, especialmente en la atención del parto, quedaron plasmadas en el proyecto que elaboré para ingresar al programa de Doctorado en el Departamento de Investigaciones Educativas (DIE- CINVESTAV). Originalmente el proyecto se enfocó en la formación de recursos humanos en salud. Paulatinamente, el objetivo se fue

⁵ La perspectiva médico- social, también conocida en Latinoamérica como Salud Colectiva, es un campo que se originó en la primera mitad del siglo XIX en Alemania y en que en sus bases teóricas y conceptuales señala que la salud de un pueblo concierne a la sociedad entera y que las condiciones económicas, políticas y sociales tienen un efecto sobre la salud; en este sentido, esta escuela de pensamiento analiza los procesos de salud- enfermedad- atención de una sociedad a partir de sus políticas públicas y de la organización de la práctica social que los atiende, entre ellas, la práctica médica. Véase Ángeles Garduño, Jarillo Soto, Olivia López, Arturo Granados, José Blanco, Juan Castro, Carolina Tetelboin, et al., La perspectiva médico- social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en la UAM- Xochimilco, en: Consuelo Chapela y Adalberto Mosqueda (eds.), *De la clínica a lo social: Luces y sombras a 35 años*, México, UAM, 2009, pp. 25- 52.

transformando para finalmente enfocarse en la atención médica del parto en el siglo XIX.

Orientar la investigación a la historia de la atención del parto implicó una serie de retos. Aunque los integrantes del comité de tesis consideraron relevante el tema investigación, uno de los principales retos fue definir «el» problema con la intención de encontrar «nuevas» aportaciones a partir de considerar que era un tema más que estudiado. No obstante, conforme me involucraba con las fuentes secundarias al mismo tiempo que realizaba trabajo en los archivos históricos, me surgían diversas interrogantes que no sabía cómo responder, pero sobre todo cómo vincular y cuyas posibles respuestas que planteaba desde mi propia lectura diferían en diversos grados de los resultados que se presentaban en otras investigaciones sobre el tema. Esta situación me llevó a un estado de confusión que se reflejó en el cambio del objeto de estudio en diversas ocasiones. Al inicio, propuse comprender la práctica médica enfocándome en un procedimiento muy específico: la episiotomía. La revisión y discusión de los avances de tesis en una de las reuniones del comité de seguimiento, me permitieron dar cuenta que el análisis de una sola práctica no me daría herramientas para dar cuenta de la complejidad de la construcción de la práctica médica, lo que confirmé cuando empecé a profundizar en otras prácticas.

En un segundo momento, el interés de la investigación viró al estudio del primer Hospital de Maternidad e Infancia en México. Las investigaciones que había revisado en torno a este nosocomio se enfocaban principalmente en aspectos administrativos por lo que me interesaba indagar en las prácticas y la dinámica de trabajo. Mi interés se vino abajo cuando me percaté que las fuentes primarias sobre este hospital que logré localizar en los archivos históricos se limitaban a los asuntos administrativos. Aunque el interés para investigar el hospital no prosperó, las fuentes que localicé fueron de gran ayuda para la versión final de la tesis, además, me ayudó a definir el período que iba a considerar para la investigación.

Después de un exhaustivo trabajo de archivo, de la revisión de fuentes secundarias y de adentrarme en literatura sobre historia y filosofía de la ciencia, noté que ciertas inquietudes eran constantes en mis escritos: una limitada atención a ciertos

elementos como son los instrumentos médicos, la concepción de las mujeres como sujetos pasivos, la atribución del rol de villanos para los médicos y el hospital como una manera de institucionalizar a la medicina. También permanecía una lectura distinta de las fuentes primarias que estaban citadas en otras investigaciones o encontraba cosas, de esas mismas fuentes, que me parecían importantes y que aún no estaban dichas. Además, ante afirmaciones como «eso ya se ha dicho sobre el tema», pensaba que gran parte de «lo dicho» aludía a la literatura extranjera, principalmente de los países del Occidente. Considerar por extensión que lo que ocurrió en Europa, como el centro, era perpetuar una perspectiva difusionista. Es por ello que me pareció importante evitar la tentación de trasladar «lo ya dicho» en el mundo occidental al contexto mexicano y optar por interrogarse por «lo propio»⁶, tal vez el resultado sería el mismo, pero habría que averiguarlo. En este sentido, me encontré en la misma paradoja que los académicos mexicanos que comenzaron a cuestionar en la década de los 90s sobre por qué Europa continuaba siendo el sujeto de la Historia: «por dónde empezar para desarmar esa narrativa dominante, ese meta relato que a hurtadillas rehace el mundo a semejanza de la historia universal, europea, ilustrada»⁷. Así, decidí enfocar la investigación en la categoría de «práctica» como recurso explicativo.

Debo mencionar que la dificultad para definir «el» problema de investigación, como a cualquiera que ha pasado por este tipo de experiencias, me impregnó una dosis continua de angustia; una vez más confirmo y concuerdo que la formulación del problema es una de las etapas más difíciles en proceso de investigación. Esta dificultad me hace recordar la discusión que, durante la estancia doctoral en el Instituto Universitario de Estudios de las Mujeres y de Género en la Universidad de Granada, mantuve con una colega que atravesaba por las mismas dificultades y en la que salió a colación un fragmento de entrevista al escritor Javier Cercas que nos llevó a pensar en nuestras propias experiencias:

Todas las novelas (*investigaciones*) [...] tienen en su centro un punto ciego: un punto a través del cual no se ve nada, pero es precisamente a través de ese no

⁶ Frida Gorbach, "La Histeria en México...", p. 152.

⁷ Frida Gorbach y Carlos López, "Introducción", en: *Saberes locales. Ensayos sobre historia de la ciencia en América Latina*, México, El Colegio de Michoacán, 2008, pp. 11- 38.

ver nada cómo ve la novela (*investigación*), es ese silencio el que vuelve a la novela (*investigación*) elocuente, es esa oscuridad la que ilumina. Se puede formular de otra manera: todas las novelas (*investigaciones*) tienen en su corazón una pregunta; la novela (*investigación*) es una búsqueda de una respuesta a esa pregunta; y al final, ¿cuál es la respuesta? La respuesta es que no hay respuesta, la respuesta es la propia búsqueda de la respuesta, la respuesta es el propio libro⁸.

La propia lectura de este fragmento de entrevista me lleva a reflexionar que *hacer* investigación, al igual que la ciencia, no sólo es un producto, sino también un proceso; un proceso de aprendizaje de *hacer*, pero sobre todo de aprender a *ser* investigador(a). Sin duda, puedo afirmar que de todos los retos académicos que tuve que superar, uno de los más importantes fue dejar de sentirme poco apta en terrenos disciplinares que eran ajenos a mí hasta antes de involucrarme en esta investigación. Mi relación con campos disciplinares como la historia y la filosofía de la ciencia eran más que ajenos. No pude evitar exigirme una erudición y un bagaje teórico que sentía que carecía al iniciar esta investigación, pero que además, percibía casi imposibles de entender. Aún hoy, reconozco la complejidad de textos de autores que se quedaron en mi biblioteca personal y que espero algún día poder llegar a comprender. Tuvo que pasar mucho tiempo para darme cuenta que mis temores eran los principales obstáculos para concentrarme y comprender, desde un inicio, el tipo de literatura que me exigía una tesis como la que aquí presento.

Este reto personal me llevó a reflexionar sobre la formación de profesionales de la «salud». Una vez más confirmé que la formación basada en los aspectos biológicos y desarticulada de otras áreas de estudio nos impide acercarnos y entender la realidad en torno a los aspectos sobre salud y enfermedad desde la transdisciplina, la interdisciplina

⁸ Entrevista a Javier Cercas por Daniel Gastón realizada en noviembre de 2014, consultado el 05 de diciembre de 2014 desde <<http://letraslibres.com/revista/entrevista/entrevista-con-javier-cercas?page=full>>. Agradezco a Paloma Paredes Buñuelos, en ese momento candidata a Doctora en la Universidad de Granada, por haberme compartido el texto de la entrevista; también agradezco las enriquecedoras conversaciones sobre nuestras respectivas experiencias como estudiantes de doctorado.

o la multidisciplinaria. León Olivé⁹ le denomina a esto «ignorancia humanística». Sin que fuera mi intención, llegué a un punto en que, de manera inconsciente y fluida, retomo argumentos teóricos y conceptuales de los campos disciplinares de la historia, la sociología, la filosofía y la antropología para reflexionar sobre situaciones incluso cotidianas. Al mismo tiempo, también me di cuenta que en la lectura de los documentos históricos que encontré y revisé, mi experiencia como obstetra estaba presente. «Algo» que aún no puedo explicar con palabras, puedo sentirlo desde mi corporalidad, cuando estoy frente a un grupo dando clases, cuando voy a los hospitales y puedo mirar desde una perspectiva distinta lo que sucede el interior de los hospitales, cuando leo las noticias en el periódico, etc. La realidad cobra un sentido particular a partir de mis propios referentes teóricos.

Quiero cerrar estas breves notas, expresando mi nulo arrepentimiento por haber asumido el reto de trabajar en una investigación que implicó acercarme a campos disciplinares distintos a mi formación inicial en el área biológica. Esta experiencia me ha abierto posibilidades de entendimiento del pasado y del presente que se reflejan en mi práctica docente y de investigación, pero también que me permiten mirar la vida, mi vida, de manera distinta.

⁹ León Olivé, *El bien, el mal y la razón: Facetas de las ciencias y la tecnología*, Paidós/ UNAM, México, 2000.

Introducción

La medicina científica se constituye hoy en día como una autoridad para organizar la vida y la muerte. Como pacientes, profesionales y sociedad en general aceptamos su intervención en la atención del parto sin pensar y reflexionar sobre su naturaleza ontológica y epistemológica. Dicha aceptación está cimentada en la confianza que se deposita en la ciencia para ofrecer conocimiento confiable del mundo y obtener los mejores resultados para resolver problemas¹. Sin embargo, la ciencia, tal y como la concebimos hoy en día es sólo una de las diversas maneras que han existido a lo largo de la historia de la humanidad para entender y explicar el mundo². Es a partir de este reconocimiento que han surgido desde la década de los 60 del siglo pasado diversos enfoques teóricos y metodológicos para entender que el conocimiento científico es un producto histórico y social³.

Aunque con ciertas discrepancias, la historicidad de la ciencia cada vez es más evidente en el campo social pero su resonancia en campos disciplinares de las ciencias biológicas como la medicina, la enfermería y la odontología es aún limitada. Una muestra fehaciente de que las profesiones de la salud están muy lejos de reconocer el carácter histórico de la ciencia es la actual relevancia que a nivel internacional y nacional tiene la llamada Medicina Basada en Evidencia (MBE), una metodología que se utiliza para elaborar Guías de Práctica Clínica (GPC) que buscan aplicar «la mejor evidencia científica» en la clínica⁴. Sobra decir que, desde el paradigma positivista en el

¹ León Olivé, *El bien, el mal y la razón... op. cit.*, p. 14.

² Peter Dear explica cómo a principios del siglo XIX se utilizaba el término «filosofía natural» para referirse al esfuerzo intelectual dirigido a la comprensión de la naturaleza. A finales del siglo XIX, la filosofía natural se convirtió en lo que se llamó «ciencia», en el sentido que la conocemos hoy en día. Peter Dear, *The Intelligibility of Nature. How Science Makes Sense of the World*, Universidad de Chicago, Estados Unidos de América (EEUU), 2006.

³ La «Sociología del conocimiento científico» se desataca como un enfoque pionero en reconocer el carácter social de la ciencia a través de Escuela de Edimburgo y representados por David Bloor, Barry Barnes y Steven Shapin; posteriormente surgieron otras propuestas de diversos autores como Bruno Latour en Francia, Michael Lynch y Harold Garfinkel en Estados Unidos, entre otros. Véase Andrew Pickering, "From Science as Knowledge to Science as Practice", en: Andrew Pickering (ed.), *Science as Practice and culture*, La Universidad de Chicago, EEUU, 1992, pp. 1- 28.

⁴ La MBE se ha extendido a otros campos disciplinares y ha dado origen a la Enfermería Basada en Evidencia (EBE), a la Psicología Basada en Evidencia (PBE), a la Atención Primaria Basada en Evidencia (APBE), entre otros. Desde este enfoque, la aplicación de la «mejor evidencia» se traduce en calidad en la atención sanitaria. Véase Pablo Alonso, Olga Ezquerro, Isabel Fargues, Jose Ma. García, Mercé Marzo,

que se basa la medicina científica, las «evidencias más sólidas» y por tanto «incuestionables»⁵ surgen de los estudios experimentales. Como afirma Peter Dear⁶, la «ciencia» es una etiqueta muy prestigiosa que se aplica a los cuerpos de conocimiento que son fundamentados sólidamente por la evidencia, la experimentación, la observación crítica y el razonamiento riguroso.

Aún cuando en el mundo occidental siguen existiendo formas y espacios no médicos de atención del parto, la mirada científica continúa imponiendo significados⁷ para sostener que es «natural»⁸ que sea el personal médico quien se encargue de atender el parto, es «natural» que se utilicen determinados instrumentos y prácticas en esa atención y también pensar que es «natural» que el lugar más seguro para parir sea el hospital. Como afirma Dear⁹, la ciencia significa poder sobre la materia e indirectamente también poder sobre la gente. A nivel internacional y nacional¹⁰ se recurre dogmáticamente a la ciencia como autoridad¹¹ para que por medio de organismos e instituciones oficiales se promuevan políticas y programas para que el mayor número de nacimientos tenga lugar en condiciones médicas por considerarse la mejor estrategia para disminuir el número de muertes maternas¹².

Monserrat Navarra, Jordi Pardo, Mireira Subirana, Gerard Urrutia, *Enfermería Basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados*, Ediciones DAE, España, 2004.

⁵ Andrew Pickering, "From Science as Knowledge...", *op. cit.*

⁶ Peter Dear, *The Intelligibility of Nature...*, *op. cit.*

⁷ Pierre Bourdieu, *El sentido práctico*, Siglo XXI, España, 2007, p. 456.

⁸ Defino «naturalización» como el proceso por el que una situación estrictamente cultural se vuelve incuestionable, es decir, «natural». Véase Verónica Sanz, Una introducción a los estudios sobre ciencia y género. *Argumentos de Razón Técnica*, núm. 8, 2005, p. 51.

⁹ Peter Dear, *The Intelligibility of Nature...*, *op. cit.*

¹⁰ Pera Cristóbal denomina a esta perspectiva mirada médica nacionalizada y globalizada. Pera Cristóbal, *Pensar desde el cuerpo. Ensayo sobre la corporeidad humana*, Triacastela, España, 2006, p. 272.

¹¹ Lejos de posicionarme en contra de la ciencia, el problema al que aludo son las implicaciones sociales que conlleva entender la ciencia sólo como un conjunto de conocimientos científicos y no como resultado de una compleja interacción entre agentes, científicos, intereses, valores, instrumentos, etc. Como afirma León Olivé, la ciencia y la tecnología «no son buenas ni malas por sí mismas. Su carácter positivo o negativo, desde un punto de vista moral, dependerá de cómo se usen los conocimientos, las técnicas y los instrumentos que ellas ofrecen a los seres humanos». León Olivé, *El bien, el mal y la razón...*, *op. cit.*, p. 86.

¹² La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) reporta que el 94.5% de los partos en México fueron atendidos en unidades médicas del Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud, *La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2012.

«Historias de prácticas médicas en la atención del parto: encuentros entre actores y entornos. Ciudad de México, 1861- 1905» es un estudio sobre la naturaleza de la ciencia médica alrededor del parto en el siglo XIX desde la noción de conocimiento científico como producto social y colocando en el centro de análisis la noción de «prácticas».

Por tratarse de un estudio del pasado sigo la propuesta de Marc Bloch¹³ quien plantea que para abordar correctamente los problemas y saber de dónde hay que partir, es necesario observar y analizar el paisaje de hoy¹⁴. Por tal motivo, me parece relevante presentar en las siguientes líneas una breve descripción sobre la actual atención médica del parto que se brinda en hospitales públicos en México¹⁵:

Cuando las mujeres perciben «dolores de parto», acuden a instituciones hospitalarias en donde los obstetras/médicos¹⁶ determinan en qué momento pueden ingresar. Al interior del hospital, se les pide a las mujeres que se retiren la ropa y se vistan con una bata hospitalaria; de inmediato se les coloca un catéter en una vena de la mano o antebrazo¹⁷ por el cual se les administrará de manera constante oxitocina sintética¹⁸ para «provocar más contracciones» y

¹³ Bloch también afirma que la incompreensión del presente nace fatalmente de la incompreensión del pasado. Marc Bloch, *Introducción a la Historia*, Fondo de Cultura Económica (FCE), México, 2008, p. 45.

¹⁴ Frida Gorbach es otra historiadora que ha tenido particular interés en reflexionar sobre la relación pasado- presente y quien afirma que «para escribir sobre el pasado es necesario interrogar la actualidad». Frida Gorbach, “La histeria en México...” *op. cit.* Por su parte, Teresa Ortiz considera que a través de la Historia se puede tener una mirada crítica al pasado y al presente. Véase Teresa Ortiz, “El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer”, en: Elvira Ramos (coord.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*, Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales- Instituto de la Mujer, España, 2002, pp. 29- 42.

¹⁵ Aunque en hospitales privados es alto el índice de cesáreas, paradójicamente también es más frecuente la utilización de «prácticas naturales». En las últimas décadas se ha reconocido y discutido la dominación de las fuerzas del mercado que a nivel simbólico y material, regulan la formación de profesionales, así como la investigación, práctica y producción de insumos, a los que se etiqueta como necesarios para evitar, mejorar y atender la salud. Véase Jennie Naidoo y Jane Wills, *Foundations for Health Promotion, Public Health and Health Promotion Practice*, Elsevier, Gran Bretaña, 2000, p. 340.

¹⁶ Hago referencia al género masculino asumiendo que la medicina, al igual que otras profesiones como la ingeniería, física y matemáticas, históricamente ha sido considerada una profesión masculina. Silvera Mora, “La mujer y la investigación científica: el caso Venezuela”, en: Jorge Valdivieso, Teresa Valdivieso y Enrique Ruiz (eds.), *Presencia de la mujer hispana en las letras, las ciencias y las artes*, Orbis Press, Arizona, 2004, pp. 128- 139.

¹⁷ A esto popularmente se le conoce como «colocación de suero».

¹⁸ La oxitocina es una hormona que se secreta naturalmente en la hipófisis posterior y se relaciona con la contractilidad uterina. Véase Den Hertog, De Groot y Van Dongen, Historia y uso de oxióticos, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 94, 2001, pp. 315- 319.

acelerar el «trabajo de parto»¹⁹. El personal de salud vigila que las mujeres permanezcan varias horas acostadas en una cama hasta que «estén completas», es decir, hasta que después de varios tactos vaginales se determine que el cérvix se encuentra lo suficientemente dilatado. Para acelerar el trabajo de parto se realizan otros procedimientos como la ruptura artificial de las membranas²⁰ o su despegamiento de la cavidad uterina. Cuando los médicos/obstetras determinan que el cérvix ya está suficientemente dilatado para el nacimiento, la mujer gestante es trasladada por camilleros a la sala de expulsión y colocada en la mesa ginecológica con las piernas abiertas y recargadas sobre dos estribos, una postura que limita el movimiento y mantiene alejadas las manos de las parturientas para dejar libre el área de trabajo del médico/obstetra. Una vez de frente a los genitales de la mujer, el personal de «salud» se asegura de dejar libre de microorganismos patógenos y no patógenos la región vulvar a través de la llamada asepsia y antisepsia y posteriormente colocando campos estériles. Con unas tijeras se realiza un corte de 2 a 3 cm en el periné²¹ con la intención de «abrir» el espacio por donde pasará el «producto» de la concepción. Después del nacimiento y del alumbramiento²², el médico/obstetra, introduce su mano – o hasta el antebrazo- en el interior de la vagina hasta llegar al fondo del útero para realizar una especie de barrido al interior del mismo y asegurarse de «no dejar» restos placentarios que pudieran ocasionar una infección. Finalmente el médico/obstetra sutura el corte que realizó en el periné minutos antes.

La atención del recién nacido también tiene sus propias prácticas médicas estandarizadas y normadas²³:

¹⁹ Desde la medicina científica, así se define al proceso en el que la mujer inicia con la dilatación y borramiento cervical y que se caracteriza por la presencia de contracciones (véase capítulo 3).

²⁰ Es común escuchar la frase «romperse la fuente» cuando se pierde la integridad de estas membranas ya sea de manera natural o artificial. Las membranas son capas que recubren y protegen al feto y que contiene también al líquido amniótico. Este procedimiento se realiza introduciendo la mano diestra del médico/obstetra a través de la vagina, la cual sirve como guía para después introducir un instrumento parecido a un gancho con el que se rompen las membranas llamado amniotomo.

²¹ A la realización de este corte se le conoce como episiotomía.

²² Así se le nombra al nacimiento de la placenta.

²³ Para profundizar sobre las actuales prácticas médicas en el parto se puede revisar la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993*, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del

Una vez que la cabeza del niño/a se encuentra fuera del cuerpo de la mujer, el médico/obstetra la sostiene y con una perilla aspira secreciones de su boca y nariz. Después de que la mujer «expulsa» el resto del cuerpo del niño/a y de cortar el cordón umbilical, se entrega a otro médico/pediatra quien realiza lo que en medicina se llama «cuidados inmediatos al recién nacido» los cuales consisten en secarlo, introducirle una sonda con succión a través de la boca y nariz para «limpiar» vías aéreas, inyectarle vitamina k en el muslo, aplicarle antibiótico en los ojos, entre otros.

Si bien esta manera de atender el parto se repite día tras día, a todas horas y en distintas instituciones hospitalarias, la Historia nos recuerda que no siempre se pensó y atendió el parto como en la actualidad. En México, hasta antes de la conquista española habían sido las parteras tradicionales las encargadas de asistir en el nacimiento. Es relativamente reciente, para el caso mexicano principios del siglo XIX, que los médicos reclamaron autoridad para atender partos apelando al conocimiento científico. Un tipo de conocimiento que ha operado bajo el dogma de la objetividad²⁴ y racionalidad científica y que se ha constituido primordialmente desde la mirada masculina²⁵. Desde esta noción médico- científica y bajo el argumento de hacer más efectiva la manera de parir, se legitimaron múltiples prácticas dirigidas a los cuerpos pariendo, a los cuerpos partiendo y a los cuerpos paridos. Así, la medicina científica paulatinamente se

recién nacido, Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, en: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>>.

²⁴ El dogma de la objetividad, también llamado «mito de la objetividad», se entiende como la creencia de que el conocimiento científico surge de hechos y criterios imparciales y no de nuestros deseos en cuanto a cómo deberían ser las cosas; en este sentido, se asume que el científico/a puede despojarse de su humanidad y realizar su trabajo exento/a de valores e influencias sociales. Helen Longino, *Science as social knowledge. Values and Objectivity in Scientific Inquiry*, Universidad Princeton, Nueva Jersey, 1990, p. 262.

²⁵ Desde una perspectiva de género, el mito de la objetividad se ha vinculado con el reconocimiento del papel epistémico del androcentrismo en la construcción de la ciencia, por tanto, se considera que los valores «científicos» como objetividad, naturalidad y universalidad están vinculados con lo masculino. Evelyn Fox, *Reflexiones sobre género y ciencia*, Ediciones Alfons El Magnánima, España, 1991; Harding, Sandra. *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata, España, 1996, pp. 149- 153; Eulalia Pérez y Paloma Alcalá, “Introducción”, en: Pérez Eulalia y Alcalá Paloma (coords.), *Ciencia y Género*, Universidad Complutense de Madrid, España, 2001, pp. 11- 24.

posicionó como arbitrario cultural²⁶ en la atención del parto, elaborando y organizando las subjetividades de aquellos que están directamente involucrados en el nacimiento: madres, padres, personal médico, parteras, etc²⁷.

En este sentido y aludiendo al interés de Frida Gorbach²⁸ por restituirle a la historia su dimensión presente, considero que un estudio que profundice en la genealogía de la práctica médica brinda elementos analíticos para entender que las técnicas y procedimientos que se emplean actualmente para atender el parto «no han sido siempre iguales ni constituye una realidad inevitable»²⁹. La manera médica de intervenir en el parto necesariamente nos lleva a reflexionar sobre la normatividad epistémica de ese

²⁶ Pierre Bourdieu define «arbitrariedad cultural» como la capacidad de producir y reproducir significados por parte del grupo dominante. Pierre Bourdieu, *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, Distribuciones Fontamara y Editorial Laia, México, 1998.

²⁷ Es importante decir que la actual práctica médica se enfrenta a fuertes críticas principalmente desde la mirada feminista, al considerarla promotora de prácticas que patologizan el cuerpo de las mujeres y medicalizan sus procesos reproductivos. Esta situación ha sido denunciada y acogida en el marco legal de lo que se ha denominado «violencia obstétrica». En la Ley Orgánica de Venezuela, primer país en emplear el término en 2007, se define violencia obstétrica como «la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres». Véase Ley orgánica de 19 de marzo de 2007, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [en línea], *Gaceta oficial*, núm. 38 647, última actualización 2011, <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf> [Consulta: 17 de agosto, 2015]. Dentro del término de 'violencia obstétrica', están contempladas dos dimensiones, una de ellas tiene que ver directamente con las prácticas médicas y la segunda con el ámbito psicológico, que se relaciona con el trato que reciben las mujeres por parte del personal de salud al momento de parir. Véase Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Informe sobre el Grupo de Información en Reproducción Elegida en México, *Omisión e indiferencia, Derechos Reproductivos en México* [en línea], última actualización 2009, <<http://www.gire.org.mx/>> [Consulta: 11 de julio, 2017]. Para profundizar sobre el tema de 'violencia obstétrica': Asia Villegas, "La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico", *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, núm. 32, vol. 14, 2009, pp. 125-146; Laura Belli, "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos", *Revista Redbioética/UNESCO*, núm. 7, vol. 1, 2013, pp. 25- 34; Luis Villanueva, *op. cit.*; Silvia Bellón, "La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica", *Revista Dilemata*, núm. 18, 2015, pp. 93- 111. Para el caso mexicano revisar: Roberto Castro, "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, 2014, pp. 167- 197; Roberto Castro, *Violencia contra mujeres embarazadas: Tres estudios sociológicos*, Cuernavaca, UNAM, México, 2004; Esmeralda Covarrubias, Flora Salas y Lucía Meléndez, "Y salí del hospital con mi hija y un gran dolor en el corazón: Reflexiones en torno a la violencia en la atención hospitalaria del parto", *Revista Miradas Antropológicas*, 2012, pp. 89- 105.

²⁸ Frida Gorbach, "La histeria en México...", *op. cit.*

²⁹ Mariana Ríos y Edna Suárez, "De la casa al hospital: Algunas notas sobre la historia del parto", en: Norma Blanquez y Javier Flores (eds.), *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, México, Plaza y Valdés, 2005, p. 47.

conocimiento catalogado como científico y un trabajo como el que aquí se presenta da cuenta de ello.

Especificaciones sobre el tema de investigación

Las investigaciones históricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio se han impulsado por el movimiento feminista desde 1970. Nery María³⁰ sostiene que ha sido vasta la producción historiográfica sobre partería y atención del parto en Europa, Asia y América, sin embargo, la producción, difusión y publicación de trabajos relacionados con la historia del parto en países hispanohablantes son escasos³¹. Con una mayor producción historiográfica anglosajona y desde el «difusionismo eurocéntrico» que, siguiendo a James Blaut³² se refiere a la idea de que el conocimiento científico surgió en Europa y después se extendió de manera natural, lógica y normal al resto del mundo, en las investigaciones históricas contemporáneas es común trasladar lo que está escrito para países anglosajones a contextos hispanohablantes, sin considerar sus propias realidades y problemas. El llamado académico por reconocer que el espacio latinoamericano es distinto al europeo³³ constituye una razón suficiente para fomentar los estudios historiográficos sobre la partería mexicana desde una historia local y situada³⁴.

De acuerdo con McIntosh³⁵, los médicos han sido los más interesados en escribir sobre partería³⁶; a ellos le siguen los historiadores y recientemente se han sumado las

³⁰ María Nery, "Assisted birth in 19th century Bahia", *História, Ciências, Saúde*, núm. 4, vol. 15, 2008, pp. 901- 925.

³¹ María Zarate, *Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Chile, 2002, p. 547.

³² James Blaut, *The colonizer's model of the world. Geographical diffusionism and eurocentric history*, The Guilford Press, Nueva York/ Londres, 1993.

³³ Algunos estudios que sostienen este planteamiento se encuentran en: Frida Gorbach, Carlos López, "Introducción", *op. cit.*

³⁴ Para profundizar en esta discusión véase: Frida Gorbach, "La histeria en México...", *op. cit.*; también Enrique Andara, *La formación del espacio público en América Latina*, Anuario Grhial, Venezuela, núm. 3, 2009, pp. 17- 38.

³⁵ Tania McIntosh, *A social History of Maternity and Childbirth*, Routledge, Gran Bretaña, 2012, p. 188.

³⁶ De acuerdo con McIntosh la historiografía sobre la maternidad, nacimiento y partería se caracteriza por la «escritura de conflicto», es decir, por enfocarse en la batalla o lucha entre diversos grupos, en este

parteras y, agregaría, las enfermeras³⁷. En México³⁸, existen estudios historiográficos sobre la atención del parto en el siglo XIX que se han centrado en aspectos muy particulares, por ejemplo: en el Hospital de Maternidad e Infancia³⁹, en el cuerpo femenino⁴⁰, en el papel de los médicos y/o parteras⁴¹, en la profesionalización de la gineco- obstetricia⁴² y recientemente en los instrumentos obstétricos⁴³.

caso en particular, entre médicos y parteras, parteras y Estado, parteras instruidas y parteras empíricas. *Ibidem*, p. 188.

³⁷ Por ejemplo, véase el trabajo de: Iñiga Pérez y Cristina Castañeda, Antecedentes históricos de las parteras en México, *Enfermería Avanzada*, 2012, pp. 1- 16.

³⁸ Entre las investigaciones sobre la historia de la atención del parto que se han desarrollado en otros países de habla hispana se encuentran: María Zárate, "Dar a luz...", *op. cit.*; María Zárate, "De partera a matrona, Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX", *Calidad en la Educación*, núm. 27, 2007, pp. 297- 284; Carolina Bravo, "Entre el relato histórico y la Historia como devenir en la perspectiva del análisis del discurso: el Manual de Obstetricia para el uso de la Matrona 1898", *Contextos*, núm. 26, 2011, pp. 13- 29; Lissell Quiroz, "De la comadrona a la obstetricia, Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX", *Dynamis Acta Hispanica Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam*, núm. 2, vol. 32, 2012, pp. 415- 437; Libia Restrepo, *Médicos y comadronas o el arte de los partos: La obstetricia y ginecología en Antioquia 1870-1930*, EEUU/Colombia, La Carreta Editores, 2006; Teresa Ortiz y Luisa Rosado, "Una matrona en España ilustrada", *Dynamis Acta Hispanica Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam*, vol. 12, 1992, pp. 323- 346.

Algunas investigaciones sobre países anglosajones se pueden consultar en: Hilary Marland (ed.), *The art of midwifery: Early Modern Midwives in Europe*, Routledge, Londres, 1993; Doreen Evenden, *The Midwives of Seventeenth- Century London*, EEUU, Universidad de Cambridge, 2000; Tania McIntosh, *A social... op. cit.*; Lianne McTavish, "On Display: Portraits of Seventeenth-century French Men-midwives", *The Society for the Social History of Medicine*, núm. 3, vol. 14, 2001, pp. 389- 415; Ornella Moscucci, *The science of woman, Gynecology and gender in England 1800-1929*, Universidad de Cambridge, EEUU, 1990; Hilary Marland, *Dangerous Motherhood, Insanity and Childbirth in Victorian Britain*, Palgrave Macmillan, Londres, 2004.

³⁹ Véase Mercedes Alanís, *El Hospital de Maternidad e Infancia 1861-1905, Los inicios de la medicalización de la obstetricia en la ciudad de México*, Tesis de Maestría, Instituto de Investigaciones Dr. María Luis Mora, 2007; Moisés Morales, "La atención médica del recién nacido en el Hospital de Maternidad e Infancia de México siglo XIX", *Revista Mexicana de Pediatría*, núm. 6, vol. 76, 2009, pp. 17- 23; Mercedes Alanís, "Una cuestión de parteras y médicos en el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México 1861-1905", *Boletín Mexicano Historia y Filosofía de Medicina*, vol. 12, núm. 2, 2009, pp. 63- 68; Margarito Crispín, *Hospital de Maternidad e Infancia: una perspectiva histórica de un centro de beneficencia pública de finales del siglo XIX. La Atención Materno Infantil, apuntes para su historia*, Secretaría de Salud, México, 1993, pp. 95- 115; Jorge Zacarías, Xóchitl Martínez y María Rodríguez, *El Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México 1865- 1905, Caridad, moralidad e instrucción*, UNAM, México, vol. 9, 2012.

⁴⁰ Véase Oliva López, *De la Costilla de Adán al útero de Eva: El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*, UNAM, México, 2007; Anne Staples, "El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico", en: Julia Tuñón (comp.), *Normativas decimonónicas y feminidad en México*, El Colegio de México, México, 1989, pp. 185- 226; Laura Cházaro, *Cuerpos heridos, conocimiento y verdad: las heridas entre la medicina y la jurisprudencia*, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, núm. 6, 2006; Fernanda Núñez, *La prostitución y su represión en el siglo XIX en la ciudad de México, Prácticas y representaciones*, Gedisa, Barcelona, 2009; Fernanda Núñez, "Los secretos para un feliz matrimonio, Género y sexualidad en la segunda mitad del siglo XIX", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, 2007, pp. 5- 32; Fernanda Núñez, "Imaginario médico y práctica

A pesar de que existe una importante producción académica sobre la historia de la partería en México, considero que el tema aún no está agotado y propongo seguir pensándolo desde diversas posturas teóricas, mi propuesta es desde la noción de conocimiento científico como producto social y, particularmente, desde la categoría de «práctica». La investigación que aquí presento se enmarca en lo que se denomina Nueva Historia de la Ciencia⁴⁴ en la que confluyen diversos campos disciplinares como la sociología y la filosofía de la ciencia y que se caracteriza por considerar: 1. el predominio del idioma performativo sobre el idioma representacional de la ciencia; 2. al científico/a como sujeto técnico-operatorio; 3. al mundo material como un elemento constitutivo de la ciencia y; 4. a los aparatos e instrumentos de laboratorio como contextos determinantes de las ciencias.

jurídica en torno al aborto durante el último tercio del siglo XIX”, en: Agostoni Claudia (coord.), *Curar, sanar y educar, Enfermedad y sociedad en México siglos XIX y XX*, UNAM/ BUAP, México, 2008, pp. 127-161.

⁴¹ Véase Ana María Carrillo, “Nacimiento y muerte de una profesión”, *Dynamis, Acta Hispanoamericana de Medicina*, vol. 9, núm. 2, 1999, pp. 167- 190; Claudia Agostoni, “Médicos y parteras en la Ciudad de México durante el porfiriato”, en: Gabriela Cano y Georgette Valenzuela (coords.), *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, México, UNAM/PUEG, 2001, pp. 71- 95; Laura Díaz y Luciano Oropeza, “Las parteras de Guadalajara, México en el siglo XIX: el despojo de su arte”, *Dynamis, Acta Hispanoamericana de Medicina*, vol. 27, 2007, pp. 237-261; Ana María Carrillo, “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del Siglo XIX”, *Asclepio*, vol. L-2, 1998, pp. 149- 168; Ana Kapelus, “Las nociones de género y la construcción de un discurso científico, la Escuela de Medicina de Morelia y la regulación del trabajo de las obstetras”, en: Ma. Teresa Fernández, Carmen Escandón y Susan Porter (eds.), *Orden social e identidad de género: México, siglo XIX y XX*, CIESAS/Universidad de Guadalajara, 2006, pp. 247- 297; Luz Pérez, “La partería, en Medicina novohispana Siglo XVIII”, en: Martha Rodríguez y Xóchitl Martínez (coords.), *Historia general de la medicina en México, siglo XVIII*, tomo IV, UNAM, México, 1990, pp. 223- 225.

⁴² Oliva López, *La profesionalización de la gineco- obstetricia y las representaciones técnico- médicas del cuerpo femenino en la medicina de la Ciudad de México (1850- 1900)*, Tesis doctoral, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2004; Samuel Karchmer, “La Ginecología y la Obstetricia”, en: Hugo Aréchiga y Juan Somolinos (comps.), *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*, Academia Nacional de Medicina/Academia de la Investigación Científica/FCE, México, 1993, pp. 279- 285; Roberto Uribe, “La cirugía mexicana en Ginecología y Obstetricia durante el siglo XIX”, *Cirugía y Cirujanos*, vol. 75, núm. 2, 2007, pp. 139-144; Roberto Uribe, *La invención de la Mujer. Nacimiento de una escuela médica*, BUAP/FCE, México, 2012.

⁴³ Laura Cházaro, “El fatal secreto: Los fórceps médicos y las pelvis mexicanas siglo XIX”, en: Laura Cházaro y Rosalinda Estrada (eds.), *El umbral de los cuerpos, Estudios de antropología e historia*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/El Colegio de Michoacán, Puebla, 2005, pp. 145- 198; Laura Cházaro, “Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvimetros entre los obstetras del siglo XIX en México”, *Dynamis, Acta Hispanica as Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 24, 2004, pp. 27- 51; Laura Cházaro, “Mexican Women’s Pelvis and Obstetrical Procedures: interventions with forceps in late 19 th century Medicine”, *Feminist Review*, núm. 79, 2005, pp. 100- 115.

⁴⁴ Carlos Madrid, “Como hacer ciencia con aparatos, Un enfoque materialista de la física cuántica”, *Empiria Revista de Metodología de la Ciencias Sociales*, núm. 18, 2009, pp. 147- 170.

Enfoco mi atención en la Ciudad de México porque históricamente ha sido el centro político, económico y cultural de la nación⁴⁵. Este fue el espacio donde se concentró al mayor número de médicos, practicantes, hospitales, asociaciones, sociedades y publicaciones médicas y científicas en la segunda mitad del siglo XIX⁴⁶. Delimito el trabajo en este siglo⁴⁷ por ser la época en la que nació la medicina moderna mexicana⁴⁸. Particularmente estudio el período de 1861 a 1905 ya que fue el tiempo en que estuvo en funcionamiento el primer Hospital de Maternidad e Infancia en México.

Algunas consideraciones teóricas

A partir de reconocer el papel fundamental que juegan los elementos sociales y sus relaciones en la construcción del conocimiento científico, retomo la definición de «ciencia» que propone León Olivé:

[las ciencias son] parte de la realidad social y consisten en un complejo de actividades, de creencias, de saberes, de valores y normas, de costumbres, de instituciones, etc., todo lo cual permite que se produzcan ciertos resultados que suelen plasmarse en las teorías científicas, en modelos, y en otros productos que contienen los llamados conocimientos científicos así como otros saberes que se usan para transformar el mundo⁴⁹.

⁴⁵ Richard Boyer, "Las ciudades mexicanas: perspectivas de estudio en el siglo XIX", *Historia Mexicana*, núm. 2, vol. XXII, 1972, pp. 142- 159.

⁴⁶ Claudia Agostoni, "Médicos científicos y médicos ilícitos en la Ciudad de México durante el Porfiriato", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol. 19, 1999, pp. 13- 31.

⁴⁷ Ruy Pérez Tamayo afirma que los primeros 10 años del siglo XX en México pertenecen al XIX por mantener la misma estructura política y social a la de la centuria anterior. Ruy Tamayo, "El Estado y la Ciencia en México: Pasado, Presente y Futuro", en: Héctor Fix-Zamudio y Diego Valadés (coords.), *Formación y Perspectivas del Estado en México*, UNAM- Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2010, pp. 319- 349.

⁴⁸ Michael Worboys, "Practice and the science of medicine in the nineteenth century", *Isis*, núm. 1, vol. 102, 2011, pp. 109- 115.

⁴⁹ León Olivé, *El bien, el mal y la razón... op. cit.*, p. 27.

La noción de que el conocimiento científico está influido - algunos autores como John Searle⁵⁰ se inclinarían por afirmar que es construido o determinado- por el entorno social se remonta a principios del siglo XX. Tanto Auguste Comte, al abogar por una historia social del conocimiento como Emile Durkheim, al proponer su categoría de representaciones colectivas, enfatizaron en la importancia de estudiar la relación entre conocimiento y sociedad⁵¹. Aunque después de ellos se puede nombrar una larga lista de autores que desde la historia, la filosofía y la sociología mantuvieron vivo el interés de pensar en el papel que juega la sociedad en la generación de conocimiento, es el trabajo de Thomas Kuhn quien trajo importantes cambios epistemológicos en la manera de mirar y analizar la ciencia como una actividad social. A partir de sus ideas expuestas en su obra «La estructura de las revoluciones científicas», Kuhn mostró que el desarrollo de la ciencia no es un proceso continuo y acumulativo. Aunque este filósofo no distinguió una propuesta de modelo para explicar un cambio de paradigma⁵², sí sentó las bases para que posteriormente surgieran distintas aportaciones que reflexionaran sobre los elementos sociales y políticos que intervienen en la producción/construcción del conocimiento científico. Algunas de estas contribuciones provienen de autores como Ludwik Fleck⁵³, Thomas Laqueur⁵⁴, Bruno Latour⁵⁵ y Shapin y Schaffer⁵⁶.

Afirmar que el conocimiento científico se relaciona y se construye dialógicamente con el mundo social⁵⁷, requiere un distanciamiento de considerarlo sólo como un conjunto de teorías. En este sentido, la ciencia y por tanto la medicina científica

⁵⁰ John Searle, *La construcción de la realidad social*, Paidós, Barcelona, 2012, p. 236.

⁵¹ Para un abordaje más detallado sobre los orígenes de la sociología del conocimiento se puede revisar Peter Burke, *Historial social del conocimiento. De Gutenberg a Diderot*, Paidós Orígenes, España, 2002.

⁵² Pierre Bourdieu, *El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y la reflexividad*, Anagrama, Barcelona, 2003.

⁵³ Ludwik Fleck, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, Alianza Editorial, Madrid, 1986.

⁵⁴ Thomas Laqueur, *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Cátedra, Madrid, 1994.

⁵⁵ Bruno Latour y Steve Woolgar, *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*, Editorial Alianza, España, 1995.

⁵⁶ Steven Shapin y Simon Schaffer, *El Leviathan y la bomba del vacío. Hobbes, Boyle y la vida experimental*, Universidad Nacional de Quilmes Editorial, Buenos Aires, 2005.

⁵⁷ Ludwick Fleck afirma que una explicación es aceptada como verdadera si se acopla al estilo de pensamiento dominante. Ver, Ludwik Fleck, *La génesis y el desarrollo... op. cit.*

se practica⁵⁸, «el científico [médico] *opera* con objetos y *piensa* en objetos, bajo sus elaboraciones existe una ontología necesariamente vinculada con la manipulación que hace del mundo»⁵⁹.

Pensar al conocimiento científico desde un enfoque «praxiológico» representa una contrapropuesta a la noción de ciencia que autores como Sergio Martínez y José Esteban⁶⁰ han denominado «teoreticista», entendida como una corriente filosófica arraigada en el empirismo lógico y que restringe a la ciencia a un conjunto de proposiciones o enunciados con una estructura lógica. Desde una perspectiva inclinada en la teoría, la estructura epistémica de la ciencia se entiende tan sólo con reflexionar sobre la relación entre evidencia y teoría⁶¹. En cambio, para entender la estructura y dinámica de la ciencia desde la noción de «prácticas» se requiere indagar en los valores y en las normas sociales que se materializan en dichas prácticas⁶².

De acuerdo con Martínez y Huang⁶³, no hay una definición nominal de «prácticas»; como ellos mismos afirman, esta diversidad lejos de ser una limitación apunta a constituir un proyecto de inclusión en el que la misma pluralidad permite entender a la ciencia. Para Martínez⁶⁴, la práctica es «la concretización de un estilo de pensamiento y/o un estilo de hacer que lleva aparejado criterios (normas implícitas o explícitas) acerca de cuáles son las maneras correctas de hacer algo». Por su parte, Javier

⁵⁸ Aunque autores como Juan Samaja consideran que la medicina no es una ciencia, sin embargo, para esta investigación se considera como tal en la medida en que socialmente ha sido como práctica científica. Véase, Juan Samaja, *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*, Lugar, Buenos Aires, 2004.

⁵⁹ Antonio Casares, «Lógicas y contextos en la construcción de las ciencias. Los contextos de modelización en la filosofía de la ciencia», *Revista de filosofía*, núm. 65, 2009, 1- 19 pp.

⁶⁰ José Esteban y Sergio Martínez, «Introducción», en: José Esteban y Sergio Martínez (comps.), *Normas y prácticas en la ciencia*, UNAM, México, pp. 5- 17.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² *Ibid*; Guillaumin Godfrey, Normativismo histórico, una propuesta sobre la génesis de la normatividad epistémica de la ciencia, en: José Esteban y Sergio Martínez (comps.), *Normas y prácticas en la ciencia*, UNAM, México, 2008, pp. 111- 127.

⁶³ Sergio Martínez y Xiang Huang, «Introducción. Hacia una filosofía de la ciencia centrada en prácticas», en: Sergio Martínez, Xiang Huang y Godfrey Guillaumin (comps.), *Historia, prácticas y estilos en la filosofía de la ciencia. Hacia una epistemología plural*, México, Miguel Ángel Porrúa/UAM-I, 2011, pp. 5- 63.

⁶⁴ Sergio Martínez, «El papel de las Historia y de las prácticas científicas en la educación», *Éndoxa: Series Filosóficas*, núm. 14, 2001, p. 297.

Echeverría y Francisco Álvarez⁶⁵ definen «prácticas científicas» como «un complejo sistema de actividades (acciones, reacciones, interacciones, hábitos, operaciones, etcétera) procedentes de una larga tradición cultural, la cultura científica, orientada al logro de conocimientos». A partir de estas definiciones, para esta investigación entiendo como «práctica» la concretización de un estilo de pensamiento y/o un estilo de hacer con una cierta estructura normativa y significativa en un contexto de interacciones entre diferentes tipos de agentes y entornos⁶⁶. Esta noción me sirve de base para definir «práctica médica de atención del parto» como la concretización de ciertas normas y valores (implícitas y explícitas) alrededor del parto que son avalados por la institución médica en la que se relacionan parturientas, fetos/recién nacidos, parteras, médicos y artefactos en determinados entornos físicos y sociales.

Apartados de la perspectiva «teoreticista» para revelar qué significaba la atención de parto en México en el siglo XIX no es suficiente con estudiar sólo las teorías - discursos y textos-, se tienen que atender a las prácticas, a las actuaciones de los médicos, parteras y de sus pacientes pero también a la materialidad que da sentido a esos actos, lo que implica pensar en la participación de los instrumentos en la práctica obstétrica. Así, lo material y lo humano se entrelazan en la práctica. Es en este entrecruzamiento donde emerge la agencia de los elementos involucrados y constitutivos de las prácticas; una agencia que es pensada a partir de la «intencionalidad» que en términos de Andrew Pickering⁶⁷ se refiere al hecho de que tanto lo humano como lo material se organizan alrededor de planes y objetivos específicos, muchos de los cuales surgen en el momento en que interaccionan unos con otros en un tiempo y entorno específicos, por tanto, las prácticas científicas son contingentes y no pueden conocerse *a priori*⁶⁸.

⁶⁵ Javier Echeverría y Francisco Álvarez, "Hacia un filosofía de las prácticas científicas: de las teorías a las agendas científicas", en: José Esteban y Sergio Martínez (comps.), *Normas y prácticas en la ciencia*, UNAM/Instituto de Investigaciones Filosóficas, México, 2008, pp. 235- 257.

⁶⁶ Sergio Martínez, *Geografía de las prácticas científicas*, UNAM, México, 2003, p. 206; Sergio Martínez, "El papel de las Historia...", *op. cit.*; Sergio Martínez y Xiang Huang, "Introducción...", *op. cit.*

⁶⁷ Andrew Pickering, *The mangle of practice: Time, agency, and science*, Universidad de Chicago, Londres, 1995.

⁶⁸ *Ibidem*; véase también Sergio Martínez y Xiang Huang, "Introducción...", *op. cit.*

El contexto

La historia de mi objeto de estudio no se puede entender sin conocer el contexto histórico de México⁶⁹. Después de la Independencia de 1810 vinieron décadas de inestabilidad económica, social y política para el país. No sólo las diferencias con países extranjeros llevaron a México a enfrentamientos bélicos como la intervención estadounidense (1846- 1848) y la intervención francesa (1864- 1867); en el fondo, gran parte de los conflictos se debieron a la pugna entre dos proyectos de nación contrarios que surgieron en el país después de la independencia: uno liberal y otro conservador. Mientras que el primero abogaba por constituir una república federal y por eliminar los privilegios y el fuero de la iglesia, del ejército y de las corporaciones, el proyecto conservador se interesó por un gobierno centralista que buscaba mantener los privilegios de la iglesia y la antigua oligarquía⁷⁰. Las diferencias entre estos dos proyectos prevalecieron durante todo el siglo XIX y definieron las características y el apoyo que se otorgó a la educación y a la organización científica en el país. Así, mientras los liberales proponían una educación pública, los conservadores eran partidarios de una educación tradicional privada o mantenerla bajo el control de la iglesia⁷¹.

El primer intento para fomentar una educación pública por parte de los liberales tuvo lugar en 1833, cuando el médico y político Valentín Gómez Farías (1781- 1858) sustituyó temporalmente en la presidencia a Antonio López de Santa Anna (1794- 1876)⁷². Como parte de sus reformas, Gómez Farías decretó la creación de seis Establecimientos de enseñanza superior, una Biblioteca Pública Nacional y del primer Instituto Nacional de Investigaciones Científicas. Cuando Santa Anna regresó a la presidencia, ocho meses después, derogó la mayoría de las decisiones de Gómez Farías incluyendo la creación de los Establecimientos, con excepción del de Medicina y restituyó las actividades de la Nacional y Pontificia Universidad de México. Con el

⁶⁹ Frida Gorbach, "La historia en México...", *op. cit.*

⁷⁰ José Saldaña, "La ciencia y la política en México (1850- 1911)", en: Ruy Pérez (coord.), *Historia de la ciencia en México*, FCE/CONACULTA, México, 2010, pp. 120- 199.

⁷¹ *Ibidem.*

⁷² *Ibid.*

regreso de Santa Anna a la presidencia la enseñanza volvió a ser privada como era antes de las reformas de Gómez Farías.

Fue hasta después de la Guerra de Reforma (1858- 1860), encabezada por el presidente Benito Juárez (1806- 1872), en que se retomó el interés por una educación pública. En 1864 la lucha entre conservadores y liberales culminó con la llegada de Francia del archiduque Fernando Maximiliano de Austria (1832- 1867) bajo el título de emperador de México. Durante la estancia de Maximiliano en el poder (1864- 1867), Napoleón III creó en París una Comisión científica para realizar una expedición en México; esta comisión estuvo conformada por científicos, militares y empresarios franceses e incluyó a varios médicos y positivistas mexicanos como Gabino Barreda (1818- 1881), Miguel Jiménez, entre otros⁷³. El segundo imperio culminó con el fusilamiento de Maximiliano de Austria en 1867. Benito Juárez volvió a la presidencia y fue entonces cuando se logró avanzar en un proyecto liberal de la enseñanza de las ciencias⁷⁴. Para ello, Juárez promulgó en diciembre de 1867 la Ley Orgánica de Instrucción Pública en la que se sentaron las bases para edificar un sistema científico y técnico moderno en el país⁷⁵. La comisión para elaborar esta Ley se conformó por profesionistas conservadores y liberales. Independientemente de sus convicciones políticas, el proyecto que logró unificar a esta generación de profesionistas fue el mismo que cobraba cada vez mayor fuerza en Europa: el paradigma positivista.

Con la muerte de Benito Juárez, en 1872, Lerdo de Tejada (1823- 1889) ocupó el cargo de presidente de México y en 1876 fue relevado por Porfirio Díaz (1830- 1915), quien se reeligió por siete ocasiones consecutivas, exceptuando el período de 1880- 1884 en que asumió la presidencia Manuel González. Al período en que Porfirio Díaz ocupó la silla presidencial se le conoce como «porfiriato» ó «porfirismo» y fue la época en que los ideólogos mexicanos depositaron su fe en el progreso a través del desarrollo de la ciencia positivista que tuvo lugar en el mundo occidental⁷⁶. Fue en la misma ciencia en

⁷³ *Ib.*

⁷⁴ *Ib.*

⁷⁵ *Ib.*

⁷⁶ Verena Radkau, *"Por la debilidad de nuestro ser", mujeres del pueblo en la paz porfiriana*, Secretaría de Educación Pública, México, 1989.

que se justificó una organización social jerárquica y dicotómica que dividió a la sociedad en ricos- pobres, débiles- fuertes, aptos- no aptos, entre otros⁷⁷.

Porfirio Díaz heredó de Benito Juárez un sistema educativo que operó bajo los preceptos de la ilustración. Bajo la idea de «orden y progreso», Porfirio Díaz apoyó el desarrollo de instituciones científicas por un interés político más que científico ya que, siguiendo a Saldaña⁷⁸ «lo que [Díaz] buscaba era que tuvieran un efecto político, que contribuyeran a la gobernabilidad del país tal y como él la entendía». En este sentido, a partir de la segunda mitad del siglo XIX y durante el porfiriato se logró fomentar y consolidar un proyecto de enseñanza y desarrollo de la ciencia, el cual incluía el desarrollo de la medicina científica.

La medicina en México en la segunda mitad del siglo XIX

Como se mencionó en párrafos anteriores, la primera propuesta de modernización de la educación en México se remonta a 1833 cuando Valentín Gómez Farías decretó la creación de seis Establecimientos: 1. Estudios Preparatorios, 2. Estudios Ideológicos y Humanidades, 3. Ciencias Físicas y Matemáticas, 4. Ciencias Médicas, 5. Jurisprudencia y 6. Ciencias Eclesiásticas. Cuando Santa Anna regresó a la presidencia ordenó desaparecer todos los Establecimientos con excepción del de Ciencias Médicas, su creación y permanencia fueron símbolo de la mirada científica que se pretendía dar a la educación médica en ese momento. El origen de la medicina moderna en México se suele ubicar con la creación de este Establecimiento⁷⁹; su vigencia dependió de una evaluación que realizaron los profesores de la Universidad reabierta también por mandato de Santa Anna. Gracias al informe positivo, se ratificó su permiso para continuar sus labores.

⁷⁷ *Ibidem.*

⁷⁸ José Saldaña, "La ciencia y la política...", *op. cit.*, p. 182.

⁷⁹ Carlos Viescas, "Prólogo", en: Martha Rodríguez, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833- 1910. Serie: Monografías de Historia y Filosofía de la Medicina*, UNAM, México, núm. 5, 2008, p. 220.

En 1834, un año después de su creación, el Establecimiento de Ciencias Médicas (ECM) cambió de nombre a Colegio de Medicina, en 1843 se convirtió en Escuela de Medicina y en 1843 pasó a denominarse Escuela Nacional de Medicina. Una etapa de la Escuela Nacional de Medicina culminó con la apertura de la Universidad Nacional de México.

Durante la primera mitad del siglo XIX la medicina poseía un limitado reconocimiento social. El primer Director del ECM, Casimiro Liceaga reconocía que la medicina mexicana sufría tal atrasado en comparación con los países europeos que impulsaba a los jóvenes más torpes para estudiarla⁸⁰. Fue a partir de la segunda mitad del siglo XIX en que la medicina empezó a despuntar como conocimiento científico con una importante influencia por teorías provenientes de Alemania, Francia, Inglaterra, España y Estados Unidos⁸¹. Estos cambios en la medicina transformaron el arte de los partos.

En México, el desplazamiento de la atención del parto de la partería empírica a la práctica médica tuvo lugar, principalmente, en la segunda mitad del siglo XIX. Hasta la época colonial, eran las mujeres llamadas parteras y sus ayudantes «tenedoras» quienes se dedicaban a atender partos en México. El «arte de partear» era considerado un oficio. Los cirujanos – no los médicos⁸²-, intervenían en la atención del parto únicamente cuando se presentaban complicaciones que las parteras no podían manejar. Aunque a finales del siglo XVIII ya existían médicos mexicanos atendiendo partos, fue hasta 1833, con la creación del ECM que se creó una cátedra de obstetricia para la instrucción formal de médicos y parteras lo que contribuyó a la lenta y creciente institucionalización de la atención médica del parto.

Es en esta época en que la conformación de la práctica médica no pudo ser concebida sin elementos materiales como fueron los instrumentos de operación⁸³. Considerados símbolos de modernidad, los instrumentos médicos «acompañaron la

⁸⁰ Fernando Martínez, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano. La ciencia para todos*, FCE/SEP, México, 3a ed., 2003, p. 163.

⁸¹ Oliva López, *De la Costilla de Adán...*, *op. cit.*

⁸² La cirugía y la medicina eran dos disciplinas distintas que se vincularon en México en 1833 cuando se inauguró el Establecimiento de Ciencias Médicas.

⁸³ Véase Secundino Sosa, "Discurso", *Revista Anatomía Patológica*, núm. 1, vol. 1, 1896, pp. IV- VI.

reinención de las prácticas quirúrgicas y operatorias de los parteros y de los propios cuerpos operados»⁸⁴. Su importancia en la práctica se reflejó en el incremento de la cantidad de instrumentos médicos que llegaron a México provenientes de Europa en la segunda mitad del siglo XIX. Así, el arte de los partos paulatinamente se convirtió en una técnica que implicó el establecimiento y desarrollo de prácticas a través del uso de instrumentos que materializaron discursos, luchas, negociaciones, relaciones de género de la época y establecieron los límites entre lo normal, lo anormal y lo patológico.

En el siglo XIX también cambió el espacio geográfico de la atención del parto: «de la casa al hospital»⁸⁵. En 1861 se inauguró el Hospital de Maternidad e Infancia, primer nosocomio en México dedicado exclusivamente para brindar atención médica a las parturientas. Este hospital constituyó un espacio para concentrar instrumentos médicos, transformar la formación de estudiantes de médicos y parteras instruidas, modificar las medidas terapéuticas y congregar cuerpos para perfeccionar la estadística médica⁸⁶.

Sobre el proceso de búsqueda, recolección y análisis

Sergio Martínez⁸⁷ sostiene que la historia y «la filosofía de la ciencia centrada en las prácticas tiene la necesidad de recurrir a consideraciones del agente que hace ciencia», por tal motivo, en las siguientes líneas tengo la intención de dar cuenta del proceso que seguí para identificar, localizar, obtener, registrar, elaborar, analizar e interpretar la información necesaria desarrollar esta investigación.

Debo aclarar que, a medida en que se modificaba la pregunta de investigación, llevé a cabo múltiples búsquedas y formas diversas de recolección de la información. El

⁸⁴ Laura Cházaro, “El fatal secreto...”, *op. cit.*

⁸⁵ Mariana Ríos y Edna Suárez, “De la casa al hospital...”, *op. cit.*

⁸⁶ Se profundizará sobre el Hospital de Maternidad en el capítulo 2.

⁸⁷ Sergio Martínez, “La cognición corporizada en prácticas: Implicaciones para la Filosofía de la ciencia”, en: Sergio Martínez, Xiang Huang y Godfrey Guillaumin (comps.), *Historia, prácticas y estilos en la filosofía de la ciencia. Hacia una epistemología plural*, Miguel Ángel Porrúa/UAM-I, México, 2011, pp. 217- 234.

planteamiento inicial sobre el entendimiento de la construcción social del conocimiento científico en la práctica obstétrica de antemano exigía contar con información de tipo histórico, por tanto, acudí a los lugares que por excelencia guardan esa información: los archivos históricos.

A partir de la búsqueda y revisión de las publicaciones contemporáneas en español, me percaté de que la práctica médica en la atención del parto había sido ampliamente estudiada en México desde múltiples aristas⁸⁸. Ante el panorama de literatura encontrada y el interés particular por encontrar registros que recuperaran las voces de las mujeres, parteras y parturientas, me acerqué a las fuentes directas.

Localicé dos trabajos que por su carácter histórico son referencia obligada para el tema de la historia de la obstetricia en México. El más antiguo y famoso es el texto «La Historia de la Obstetricia en México», escrito por el precursor de la historia de la medicina en México, Nicolás León⁸⁹ y publicado en 1910⁹⁰. Este texto aborda desde la época prehispánica hasta finales del siglo XIX y está organizado en doce capítulos, divididos en cuatro partes:

La primera se limita a presentar las fuentes que abordan el tema. La segunda encierra noticias etnográficas e históricas; es decir, relata la historia propiamente dicha de su especialidad, el ejercicio de la obstetricia, las figuras representativas de ese campo, la enseñanza médica y sus influencias externas, etcétera. La tercera parte es "documental", donde presenta textos sobre obstetricia, lo que vendría a ser como un apéndice y la cuarta la denomina

⁸⁸ Véase páginas 16 y 17.

⁸⁹ Nicolás León escribió un total de cuarenta y ocho trabajos sobre la historia de la Medicina y es considerado una fuente imprescindible en esta disciplina; también resaltó por trabajos en campos de la arqueología, etnología, lingüística, antropología física, botánica y zoología. Para conocer más sobre su trabajo véase, Antonio Arriaga, *El Dr. Nicolás León y la Historia... op cit.*, pp. 15- 27; Martha Rodríguez, "Figura pionera en la historia de la medicina", *Revista de Investigación Clínica*, núm. 3, vol. 55, 2003, pp. 308- 321; Ignacio Bernal, *Correspondencia de Nicolás León con Joaquín García Icazbalceta*, México, UNAM, 1982.

⁹⁰ La versión del texto de Nicolás León que localicé físicamente en la Biblioteca Nicolás León fue publicada en 1910 por la empresa Farmacéuticos Lakeside, S.A. El texto se dividió en 21 fascículos que se distribuyeron mensual y gratuitamente entre los médicos de distintas partes del país en Sanatorios, Clínicas y Hospitales.

"crítica" en la cual discute y juzga los escritos de los precursores y de sus contemporáneos⁹¹.

A pesar de que Nicolás León expresa ser riguroso con los hechos y que su trabajo es considerado enriquecedor para la historia de la medicina, su obra ha sido catalogada como costumbrista.

Otro texto angular es el texto «Historia de la Medicina en México desde la época de los Indios hasta la presente» de Francisco de Asís Flores y Troncoso⁹². La obra está dividida en dos volúmenes y Flores dedica tres capítulos completos al tema de la obstetricia. Su trabajo abarca desde tiempos precolombinos hasta 1886. Al igual que el texto de Nicolás León y a pesar de que se le ha criticado la falta de referencias bibliográficas⁹³, el trabajo de Flores es considerado una lectura obligatoria para toda persona interesada en la historia de la medicina.

Un tercer camino que me permitió familiarizarme con la historia del arte de los partos en México en el siglo XIX fue el conjunto de escritos médicos que se publicaron en revistas médicas de la época; aunque son breves, abonan información para conocer la historia de la obstetricia en el país. Un caso en particular es una tesis del partero más reconocido de la época, Juan María Rodríguez quien, interesado en la historia de esta rama de la medicina, dejó registro de los primeros médicos parteros en México y cómo se fue constituyendo la primera cátedra de obstetricia en el país⁹⁴.

⁹¹ Martha Rodríguez, "Figura pionera...", *op. cit.*

⁹² Francisco Flores, *Historia de la Medicina en México desde la época de los Indios hasta la presente*, Secretaría de Fomento, México, tomo I, 1886.

⁹³ Martha Rodríguez, "Figura pionera...", *op. cit.*

⁹⁴ Este médico enfatiza el poco interés que se le ha dado a la historia de la obstetricia en México; menciona haber realizado una búsqueda exhaustiva en el entonces archivo del antiguo Protomedicato, sin haber tenido éxito. Véase, Juan Rodríguez, *Breves apuntes sobre la Obstetricia en México*, Tesis como candidato para la plaza de adjunto a la Cátedra de Clínica de Obstetricia de la Escuela de Medicina, Centro de Investigaciones Dr. José Lara, México, 1869.

Cómo, dónde busqué y qué encontré

Mi relación con el trabajo de archivo se vio influenciada por mi experiencia en investigación cualitativa que me llevó a posicionarme con apertura y receptividad a los datos, esto implicó preguntarme en todo momento ¿de qué me está hablando el material?, vía que me permitió elaborar un proceso metodológico de búsqueda-construcción, es decir, sin tener un problema bien delimitado me aventuré a un ejercicio de *vaivén* entre los escritos (fuentes primarias y secundarias) y el problema, el problema y los escritos.

Para la búsqueda de fuentes directas acudí a las siguientes instituciones: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Archivo General de la Nación (AGN), Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNAM (AHFM), Biblioteca “Nicolás de León” de la UNAM, Acervo Histórico de la Biblioteca Francisco Xavier Clavijero de la Universidad Iberoamericana, Archivo Histórico de la Ciudad de México (AHCM), Biblioteca Jaime Torres Bodet del Museo de la Ciudad de México. También busqué y revisé material en la Hemeroteca Nacional de México y en el Centro Único de Información (CUI) "Ignacio García Téllez" ubicado en el Hospital General Centro Médico Nacional. De manera electrónica, revisé la Colección Digital de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Los criterios de búsqueda cambiaron conforme se fue definiendo el problema de investigación. Al inicio me dediqué a localizar los registros escritos y gráficos sobre el ejercicio médico del siglo XIX en México; después de la primera revisión en la que identifiqué diversas publicaciones médicas, creí necesario enfocarme en el procedimiento de la episiotomía realizada a las mujeres durante el parto, esto me llevó a reunir un cúmulo de información sobre el cuidado del perineo. La identificación de la información se modificó cuando centré mi atención en el Hospital de Maternidad e Infancia establecido en la Ciudad de México, viéndome en la necesidad de acercarme a los archivos de la ciudad y solicitar la información pertinente a la época y al hospital. A

grandes rasgos, esta fue la manera como conocí y visité los distintos espacios donde se archiva la información de la época.

En la Biblioteca «Nicolás León» de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) encontré los archivos de la *Gaceta Médica de México* (en adelante *GMM*), una publicación que salió a la luz en 1864 con el propósito de difundir artículos médicos nacionales y extranjeros y que hoy en día continua existiendo. A parte de artículos publicados por médicos, también se pueden leer las minutas de las reuniones de la Sociedad Médica y artículos publicados en revistas extranjeras traducidos al español. El formato de edición de la *GMM* cambió a lo largo del tiempo. Durante los primeros años de su publicación, los artículos relacionados con la atención de partos se encontraban en la sección de obstetricia o tocología pero a finales de la década de los noventa del siglo XIX se podían ubicar también en la sección de ginecología, en la de clínica quirúrgica o en la de cirugía. La recolección de datos a través de la *GMM* constituye una fuente importante para acercarnos al discurso y a la práctica médica que circuló en los espacios médico- educativos en el siglo XIX.

Las revistas médicas de la época fueron otro recurso valioso localizado en esta biblioteca, al ser «publicaciones científicas difundidas en México en la segunda mitad del siglo XIX [...], ofrecen un rico territorio de indagación y abren una ventana para analizar»⁹⁵, en este caso, la práctica de la obstetricia y su enseñanza. Las publicaciones consultadas fueron: 1. *Boletín del Instituto Patológico*, que corresponde a la continuación de la Revista de Anatomía Patológica y Clínicas, bajo la dirección del Dr. Manuel Toussaint; 2. *La Escuela de Medicina*⁹⁶, un periódico dedicado a la Ciencias Médicas fundado en 1879 bajo la dirección del Dr. Adrian de Garay; 3. *Revista de Anatomía Patológica y Clínica*, una publicación quincenal ilustrada bajo la dirección del Dr. Rafael Lavista que, junto con el órgano del museo Anatómo-patológico, tuvo como objetivo impulsar a la medicina nacional para emanciparse de la tutela europea y afianzar su autonomía científica y; 4. *El Observador Médico*, revista de la Sociedad

⁹⁵ Josefina Granjas, “Los saberes sobre la educación en los discursos científicos en México en la segunda mitad del siglo XIX”, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, núm. 14, vol. 7, 2002, p. 156.

⁹⁶ Se publicó de 1879 a 1914, los días 1° y 15° de cada mes, en cuadernos de 24 páginas, con forros de color y en buen papel, el costo fue de 50 centavos en México y 62 en los Estados por razón de porte.

Médica «Pedro Escobedo» que se publicó de 1869 a 1921. Esta última tiene especial relevancia para esta investigación ya que fue en esta revista donde localicé escritos de parteras tituladas.

En esta biblioteca también tuve acceso a diferentes libros básicos utilizados para la formación médica, así como a diversas tesis de la Escuela Nacional de Medicina (ENM). Estos trabajos se caracterizaron por ser tratados breves, entre 30 y 50 cuartillas aproximadamente, que los pasantes de medicina elaboraban para optar por el título de médico cirujano⁹⁷ o por médicos que aspiraban a una plaza de profesor en la ENM. En consonancia con Martha Eugenia Rodríguez⁹⁸ son materiales invaluable para acercarnos a la práctica médica, al perfil de los médicos, a sus métodos y técnicas, a sus intereses y a los temas de vanguardia del siglo XIX y de los primeros años del XX. Del conjunto de tesis disponibles, seleccioné las relacionadas con la atención del parto. La búsqueda de material fue de fácil acceso gracias a la existencia del «Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX»⁹⁹.

En el Archivo General de la Nación (AGN), busqué material en el Fondo Tribunal Superior de Justicia. La intención inicial en este archivo fue localizar expedientes de juicios en los que estuvieran implicados médicos y parteras, Sin obtener resultados a través de la base de datos, me fueron proporcionadas tres cajas con un gran número de expedientes sin clasificar que correspondían al siglo XIX. Después de una búsqueda minuciosa de varios días en estas cajas, localicé diez expedientes sobre demandas médico legales y autopsias relacionadas con parteras y atención del parto. Además de la búsqueda y revisión en estas cajas, también consulté el Fondo relacionado con la Dirección General de la Beneficencia Pública del Distrito Federal donde localicé algunos expedientes sobre asuntos administrativos del Hospital de Maternidad e Infancia. De igual forma, en la biblioteca del AGN consulté la Legislación Mexicana para la segunda mitad del siglo XIX de Manuel Dublán y José María Lozano.

⁹⁷ La disposición de elaborar una tesis para aspirar por el título de médico cirujano se dictó a partir de 1869. Véase Martha Rodríguez, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833- 1910. Serie: Monografías de Historia y Filosofía de la Medicina*, UNAM, México, núm. 5, 2008, p. 220.

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ Carmen Castañeda, *Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX*, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina/CESU/UNAM, México, 1988.

En el AHSS, el AHCM y en la Biblioteca «Jaime Torres Bodet» del Museo de la Ciudad de México localicé información sobre el Hospital de Maternidad e Infancia. Después de encontrar evidencias de que la primera sede del nosocomio había sido el Convento de Santa Clara y no el Hospital de Terceros de San Francisco como en algunos escritos se ha afirmado¹⁰⁰, también busqué información sobre este hospital en la Biblioteca del Congreso de la Unión. Para mi infortunio, no tuve éxito en esta búsqueda.

Mi constante afán de encontrar registros sobre las voces de las mujeres y con la inquietud de localizar algunas referencias cruzadas, amplié la búsqueda a otras instituciones. De esta forma llegué a la Hemeroteca Nacional donde pude revisar algunos Diarios de la época. Los periódicos que revisé fueron: 1. *El Pájaro Verde*, 2. *Siglo XIX*, 3. *El Álbum de la Mujer*, 4. *La independencia* y 5. *El Museo de las familias*. Encontré un par de notas periodísticas sobre la inauguración del Hospital de Maternidad e Infancia, anuncios de publicidad de servicios médicos y de atención de partos, tanto de médicos como de parteras tituladas, así como algunas denuncias públicas por muerte materna relacionadas con la atención del parto.

De igual forma, localicé el Tomo I de Francisco Flores¹⁰¹, *La Medicina en México* publicado en 1886, en el Acervo Histórico de la Biblioteca 'Xavier Clavijero' de la Universidad Iberoamericana. Aquí también encontré algunos textos dirigidos a las mujeres de clase alta de la época, en particular el Tomo II de «El tratado práctico del arte de partear» escrito por Chailly- Honoré, traducido al español en 1865 por Don Antonio Ribot y Fontseré y que se distribuyó en México.

Recopilación de la información

El acceso a la información estuvo supeditada a las normas de cada archivo consultado. Mientras que en algunas instituciones se tuvo acceso libre a los documentos en otras se

¹⁰⁰ Véase, por ejemplo, Mercedes Alanís, *El Hospital de Maternidad...*, *op. cit.*; Margarito Crispín, *Hospital de maternidad...*, *op. cit.*

¹⁰¹ El facsímil de la obra completa de Francisco Flores se encuentra en Centro Único de Información (CUI) "Ignacio García Téllez" localizado en el Hospital General Centro Médico Nacional. La obra original del primer tomo se puede encontrar en la Biblioteca de la Universidad Iberoamericana, Unidad Santa Fe.

condicionó a la entrega de una solicitud por escrito en donde se especificaban los objetivos de la investigación. Al inicio opté por fotocopiar el material en las instituciones donde se permitía su reproducción, al poco tiempo cambié de estrategia y tomé fotografías digitales para después organizar el material y elaborar archivos digitalizados en formato pdf de cada uno de los documentos. La mayor parte del material se recopiló de esta manera.

En el caso de los expedientes localizados en el AHFM, en el AGN y en AHSS, después de fotografiar y organizar la información en pdf y dada las dificultades de lectura de la caligrafía de los documentos, elaboré una transcripción de cada expediente en formato digital, a manera de archivalias, con la intención de facilitarme su posterior análisis.

Ante las dificultades administrativas para fotografiar y fotocopiar el material en algunas instituciones, especialmente en el AHSS, realicé directamente las transcripciones de los documentos en formato word en las mismas instalaciones de los archivos. De esta misma manera se respaldaron las noticias encontradas en los periódicos de la Hemeroteca Nacional.

Durante la recopilación de información, elaboré una bitácora con la intención de contar con un registro del proceso de búsqueda. Aunque al inicio no fui muy consciente de ello, ahora me doy cuenta de la enorme paciencia con la que revisé el material. Una investigación de esta naturaleza implica pasar incontables horas e innumerables días en los archivos, a veces sin éxito en la localización de material; una experiencia en particular fue la revisión de las tres cajas con la inmensidad de expedientes sin clasificar en el AGN, después de varias horas de búsqueda, al final, se localizaran tan sólo diez expedientes de posible utilidad para el análisis. Debo decir también que pasé momentos decepcionantes al visitar bibliotecas o acervos en donde pensaba que podría encontrar material sin que fuera así, como fue el caso de la Biblioteca del Congreso de la Unión. Tampoco dejó de lado las dificultades para entender la caligrafía de los documentos o las ilusiones venidas abajo cuando localizaba en los catálogos de los archivos lo que

según yo podría ser «material clave para la investigación», pero que físicamente no pude revisar por «estar perdidos», en palabras de los encargados de los archivos.

No quiero dejar de mencionar varios detalles que descuide en la búsqueda de literatura y en los que tuve que invertir tiempo y esfuerzo extra para poder solucionar. Por ejemplo, en más de una ocasión, ya sea por cansancio físico o por descuido, la toma fotográfica del material de archivo no estaba bien enfocada u omití páginas por recolectar lo que me obligó a regresar nuevamente a los acervos. Supongo que nada de lo que describo es nuevo para los historiadores de profesión pero para mí significó una interesante bienvenida al trabajo de archivo.

Pese a los contratiempos, fue grata cada hora que me entretuve leyendo textos sobre la historia de la medicina muchos de los cuales no siempre tenían que ver con mi tema de investigación. Sin duda alguna fue gratificante la tranquilidad que me inspira estar en los enigmáticos archivos históricos.

Organización y análisis de la información

A la par que realizaba la búsqueda, también comencé una primera revisión del material. En el caso de los artículos de la *GMM*, aunque existe índice de algunos de los tomos, decidí revisar cada uno de los artículos cuyo título se relacionara con la atención del parto, con obstetricia o con ginecología. Para los años en los que se centra la investigación, también revisé cada una de las minutas de las sesiones médicas. La decisión de hacer esta búsqueda minuciosa respondió al interés en el tema de investigación, al centrarme en las prácticas médicas, la pesquisa de datos no se supeditaba a ninguna palabra clave para buscar en los catálogos de los archivos. Una vez que identifiqué los artículos que me permitían realizar el análisis de las prácticas médicas, elaboré una primera lista del material. Conforme iba teniendo una mayor claridad teórica y un primer esquema de la organización del capitulado de la tesis, revisé nuevamente los artículos de la *GMM* que había incluido en la lista. Descarté el material que consideré de poca utilidad y elaboré fichas de trabajo con la información de los

artículos que me iban a servir para el análisis. Trabajé de esta manera todos los artículos de las revistas médicas y de las tesis de medicina.

Una vez que tuve organizada la información, identifiqué y seleccioné aquella que me diera elementos para entender, entre otros: 1. a cada uno de los actores involucrados en las prácticas médicas; 2. el entorno en el que se desarrollaron esas prácticas; 3. la interacción entre los actores que daban origen a las prácticas y; 4. los valores y las normas materializadas también en las prácticas.

Estructura de la tesis

El trabajo está organizado en cuatro capítulos. El primer capítulo «Pariendo y partiendo: mujeres y hombres frente al parto» tiene el propósito de presentar a los actores humanos involucrados en la atención médica del parto, entre los que se encuentran las mismas parturientas, las parteras no examinadas y las examinadas, así como los médicos parteros. Me pareció fundamental iniciar con la presentación de los actores para dejar claro mi posición sobre el distanciamiento que establezco de las versiones sobre la historia de la atención del parto centradas en identificar a víctimas y victimarios. En este capítulo intento dar cuenta que todos los actores contribuyeron de alguna manera a la construcción del conocimiento médico- científico en la atención del parto.

En el segundo capítulo titulado «El hospital de maternidad e infancia: un espacio de práctica médico», profundizo sobre la primera institución sanitaria en México que se destinó para la atención hospitalaria del parto. Como se mencionó en párrafos anteriores, es fundamental considerar al entorno en donde interactúan los elementos constitutivos de la práctica médica. En este mismo capítulo analizo también algunos instrumentos médicos como el pelvómetro, los fórceps y la cama de parto con la intención de ejemplificar cómo los artefactos materializaron valores y normas de ese momento histórico en particular.

En el tercer capítulo, «Prácticas médicas en la atención del parto feliz» hago énfasis en cómo los planteamientos de la física alrededor de la fuerza, energía y trabajo

se trasladaron a las prácticas médicas en la atención del parto. Aquí, describo las principales prácticas médicas que los médicos y las parteras examinadas llevaron a cabo en los cuerpos de las mujeres. Uno de los propósitos es mostrar que las prácticas médicas son científicas pero también son prácticas corporales en la medida en que están encaminadas a producir un cuerpo determinado para parir bajo el argumento de evitar complicaciones.

En el cuarto y último capítulo, «Prácticas médicas en el parto quirúrgico» me enfoco en el análisis de la cesárea. En este apartado muestro que, más allá de los argumentos alrededor de que este tipo de prácticas se debió a los avances científicos y tecnológicos, sostengo que la cesárea fue posible gracias a la relevancia social que adquirió la vida del feto. Antes de que se realizaran cesáreas en mujeres vivas, los médicos llevaban a cabo la embriotomía, una práctica en donde el feto no tenía posibilidad de sobrevivir; la discusión sobre los derechos del feto en el ámbito legal abrió la posibilidad para fomentar el nacimiento por vía abdominal. En estos últimos dos capítulos, en particular, se enfatiza en la interacción de los actores, instrumentos y espacios para estructurar las prácticas médicas. Para cerrar la investigación se incluyen algunas consideraciones finales.

Capítulo 1.

Pariendo y parteando:

Mujeres y hombres frente al parto

Capítulo 1.

Pariendo y partiendo: Mujeres y hombres frente al parto

Para contextualizar y entender las prácticas médicas, el propósito de este capítulo se enfoca en conocer a los actores que estuvieron directamente relacionados con la atención del parto en México en el siglo XIX. Más allá de la mirada histórica que predomina alrededor de considerar a las mujeres como víctimas y a los médicos como victimarios¹, se muestra que en distintos momentos todos los actores se colocaron en un lugar de opresión pero también tuvieron una participación activa, autónoma, combativa y de resistencia.

El capítulo se organiza en tres apartados. El primero se titula «Mujeres parturientas» en el que se muestran elementos de análisis para entender quiénes eran las mujeres que fueron atendidas por los médicos. Para ello, se presentan los cambios más relevantes en materia de educación y trabajo para las mujeres que tuvieron lugar en la ciudad de México de la segunda mitad del siglo XIX.

En el segundo apartado, «Parteras mexicanas», se describen a las mujeres que se dedicaron al arte de los partos, desde aquellas cuya experiencia y aprendizaje fue transmitido de generación en generación, hasta parteras que contaron con un título expedido por la Universidad y que laboraron en el Hospital de Maternidad e Infancia o por cuenta propia. En estos dos primeros apartados, Dada la escasez de fuentes de las voces de las mujeres, el análisis de su participación en la práctica médica en estos dos primeros apartados se supedita a las escasas descripciones que los médicos hicieron de ellas en sus escritos².

Finalmente, en «Médicos parteros» se muestra un panorama sobre el papel social de los varones que se dedicaron al ejercicio de la medicina en la rama de la obstetricia.

¹ Esta misma crítica se encuentra en: Libia Restrepo, *Médicos y comadronas o el arte de los partos: La obstetricia y ginecología en Antioquia 1870-1930*, EEUU/Colombia, La Carreta Editores, 2006.

² No he sido la única que se ha encontrado con dificultades para acercarse a las experiencias de las mujeres, como médicas y como pacientes, véase, por ejemplo, Olivia López, *La profesionalización de la gineco- obstetricia y las representaciones técnico- médicas del cuerpo femenino en la medicina en la Ciudad de México. 1850- 1900*, Tesis de Doctorado, Centro de Investigaciones y de Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2004.

El hecho de que el arte de los partos hubiera sido una actividad femenina antes de que los médicos se interesaran en este campo los enfrentó a diversos retos como fue el limitado reconocimiento por parte del mismo gremio médico. En este apartado se incluyen algunas características sobre la formación médica en el arte de los partos, enfatizando en la relevancia que tuvo la incorporación de la práctica clínica en la enseñanza de la medicina.

1.1 Mujeres parturientas

Los estudios historiográficos que sólo muestran a las parturientas del siglo XIX como «objetos de experimentación» de la medicina científica merecen una revisión³. Como manifiesta Arrom⁴, la situación de las mujeres en esta época no fue rosada pero tampoco tan sombría como frecuentemente se presenta⁵. Diversos estudios⁶ sobre trabajo, matrimonio, educación, conflictos sociales, entre otros temas, constituyen valiosas evidencias de la participación activa de las mujeres en esta época. En las siguientes líneas se describen algunos elementos para contextualizar a las parturientas en México en el siglo XIX.

³ Véase por ejemplo: Oliva López, *De la Costilla de Adán al útero de Eva: El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*, UNAM, México, 2007.

⁴ Silvia Arrom, *Las mujeres de la ciudad de México, 1790- 1857*, México, Siglo XXI, 1988, pp. 100- 101.

⁵ De acuerdo con Jean Franco en la mayoría de los trabajos orientados a las mujeres del «Tercer Mundo», éstas son consideradas como víctimas o de formas estereotipadas. Jean Franco, *Las conspiradoras. La representación de las mujeres en México*, Trad. Mercedes Córdoba, México, Fondo de Cultura Económica (FCE)/El Colegio de México, 1993.

⁶ Susie Porter ha puesto de manifiesto cómo las cigarreras y costureras tuvieron la capacidad de organizarse en el siglo XIX para exigir mejores condiciones laborales; por su parte, Silvia Arrom analiza la participación activa de las mujeres durante la independencia. Véase Susie Porter, *Mujeres y trabajo en la Ciudad de México, Condiciones materiales y discursos públicos (1879- 1931)*, Trad. María Palomar Vereá, México, El Colegio de México, 2003, p. 313; y Silvia Arrom, *Las mujeres de la ciudad...*, *op. cit.*

1.1.1 La Mujer en la Ciudad de México en el siglo XIX

El papel ideal de las mujeres mexicanas en el siglo XIX giró alrededor del rol de esposa y madre⁷. De acuerdo con Fernanda Núñez⁸, los médicos de este siglo se metieron en la intimidad de los hogares para decirles a las mujeres cómo actuar en el lecho conyugal y como amas de casas. Las mujeres de clase alta⁹ se distinguieron por depender económicamente de su esposo y ser madre de un gran número de hijos¹⁰. Entre las mujeres de sectores populares, en cambio, el matrimonio mantuvo una tasa baja durante la mayor parte del siglo¹¹; en mujeres de clase baja más bien prevaleció una inestabilidad en las relaciones de pareja¹² que incluían efímeras relaciones extramaritales que daban como resultado un gran número de hijos ilegítimos¹³. En este sentido, ser madre soltera no implicaba una censura pública para las de clase baja¹⁴, pero sí enfrentaba al estigma a las mujeres de la clase acomodada¹⁵, sin embargo, para las primeras, el embarazo, parto y lactancia les implicaba serios problemas de supervivencia¹⁶.

Dos cambios importantes que trastocaron el papel de las mujeres en la sociedad, principalmente en mujeres de clase media y baja, fue su incorporación a la educación institucional y su integración al campo laboral.

⁷ Sobre el tema del matrimonio como institución indisoluble en México en el siglo XIX véase Ana García, *El fracaso del amor. Género e individualismo en el siglo XIX mexicano*, México, El Colegio de México/Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), 2006.

⁸ Fernanda Núñez, "Los secretos para un feliz matrimonio, Género y sexualidad en la segunda mitad del siglo XIX", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, 2007.

⁹ Los distintos grupos socioeconómicos se distinguieron por la comida, la ropa, las viviendas y las relaciones sexuales, véase: Susie Porter, *Mujeres y trabajo...*, *op. cit.*, p. 103.

¹⁰ Fernanda Núñez, "Los secretos para un feliz matrimonio...", *op. cit.*

¹¹ Ana García, *El fracaso del amor...*, *op. cit.*

¹² *Ibidem.*

¹³ De acuerdo con García, a partir del derecho colonial los hijos eran legítimos cuando nacían dentro del matrimonio; los hijos ilegítimos se clasificaban en naturales, si los padres siendo solteros establecían una relación extramarital y fornecinos si eran producto de relaciones adúlteras, es decir, cuando alguno de los padres, frecuentemente el varón, estaba casado(a) con otra persona. *Ibid.*

¹⁴ Silvia Arrom, *Las mujeres de la ciudad...*, *op. cit.*

¹⁵ Marilyn Yalom, *Historia de la esposa*, Trad. Marcelo Covián, España, Salamandra, 2003.

¹⁶ Ana García, *El fracaso del amor...*, *op. cit.*

a. Educación formal de las mujeres

Después de la independencia de México prevalecía un alto índice de analfabetismo en toda la población¹⁷. En este sentido, la educación fue considerada un motor fundamental para el progreso del país. El interés por ofrecer educación para las mujeres recobró especial importancia para generar sujetos «útiles» para la sociedad, enseñándoles sus obligaciones como futuras esposas, amas de casa y madres de familia¹⁸. Bajo esta lógica se les asignó a las mujeres la responsabilidad de educar a los hijos para conservar la paz porfiriana¹⁹.

En un inicio, la educación formal de las mujeres se concentró en la clase social alta²⁰ y en 1842 se difundió para el resto de las clases cuando se estableció como obligatoria la instrucción para niños y niñas de siete a quince años. Con la conformación de la República Restaurada se establecieron escuelas primarias y secundarias para mujeres de clase media y baja²¹. Dirigidas a mujeres de clase media también se crearon Escuelas Normales para que pudieran formarse como maestras de educación elemental, abriéndoles un importante campo laboral durante el resto del siglo²².

Las mujeres de clase alta continuaron siendo educadas en sus casas, conventos y colegios donde recibieron instrucción para aprender a leer, escribir, contar, bordar y

¹⁷ De acuerdo con el registro de testamentos, para 1851 el índice de analfabetismo en las mujeres era del 13%, mientras que en los varones era del 1%. Silvia Arrom, *Las mujeres de la ciudad...*, *op. cit.*

¹⁸ Luz Galván, *La educación superior de la mujer en México: 1876- 1940*, México, Cuadernos de la Casa Chata, 1985, p. 95; María González, "Educación de la mujer en el siglo XIX mexicano", *Tiempo Cariátide*, 1841, pp. 53- 58.

¹⁹ Verena Radkau, "*Por la debilidad de nuestro ser*", *mujeres del pueblo en la paz porfiriana*, Secretaría de Educación Pública, México, 1989.

²⁰ A principios del siglo XIX se difundió «La Quijotita y su prima» de José Joaquín Fernández, el primer Manual con la intención de instruir a mujeres de clase alta. Dividido en cuatro partes, se instruía sobre los deberes de lactancia y primeros cuidados de la madre para con su hija en la niñez, educación intelectual, educación moral y educación física. A lo largo del siglo aparecieron otras publicaciones, por ejemplo «El semanario de las señoritas mejicanas. Educación científica moral y literario del bello sexo», publicado por primera vez en 1841. María González, "Educación de la mujer...", *op. cit.*

²¹ En 1875, «de 8 103 escuelas primarias que había en toda la República, sólo 1 594 eran para niñas y 584 mixtas. En cambio, había 5 567 para niños, el resto se dividía en: 124 para hombres adultos y sólo 21 para mujeres en edad adulta y 249 que aún no se clasificaban». José Díaz, 1875 citado en Luz Galván, *op. cit.* p. 10.

²² Julia Tuñón, *Mujeres en México una historia olvidada*, México, Planeta, 1987.

coser²³. Más que convertirlas en amas de casa o en administradoras del hogar, su formación se perfiló al refinamiento de buenos modales para conseguir marido y capacitarlas para ejercer un oficio digno en caso de viudez²⁴.

La educación para las mujeres de clase media y baja se enfocó en integrarlas al trabajo asalariado; para las de clase baja, se sumó el interés de apartarlas de la prostitución²⁵. En 1872 se fundó la Escuela de Artes y Oficios para mujeres. Los cursos que se ofertaron respondieron a la demanda de mano de obra de la época y estuvieron orientados a las actividades consideradas femeninas como pintura, filigrana de plata, entre otras. Hasta principios del siglo XX se impartieron cursos para emplear a las mujeres en casas de comercio y oficinas. Más que considerarse una medida de educación, este tipo de capacitación constituía una estrategia para incorporarlas al campo laboral²⁶.

Como se verá más adelante, aunque las primeras mujeres que accedieron a estudios universitarios en el primer tercio del siglo fueron las parteras, la incursión de sus congéneres en otras profesiones tuvo lugar hasta la segunda mitad del siglo XIX: en

²³ Algunas de las clases impartidas en casas particulares estaban a cargo de institutrices que ofrecían sus servicios en diversos periódicos. Los anuncios ofrecían una educación semejante a la de París con enseñanza del francés, inglés, italiano y alemán, por ejemplo: "Instituto para niñas", *Pájaro Verde*, México, 31 de diciembre de 1886, p. 3; véase también: Carmen Ramos, "Señoritas Porfirianas: Mujer e ideología en el México progresista, 1880- 1910", en: Carmen Ramos (coord.), *Presencia y transparencia: La mujer en la historia de México*, México, El Colegio de México, 2006, pp. 145- 162.

²⁴ Para profundizar sobre el tema véase Françoise Carne, "Estereotipos femeninos en el siglo XIX", en: Carmen Ramos (coord.), *Presencia y transparencia: La mujer en la historia de México*, México, El Colegio de México, 2006, pp. 99- 112.

²⁵ En 1905, el Departamento de Sanidad registró en la Ciudad de México un total de 11, 554 prostitutas en una población de 368 000 habitantes. Julia Tuñón, *Mujeres en México...*, *op. cit.* Como afirma Fernanda Núñez, en el siglo XIX la prostitución dejó de ser un problema de pecado y moral para constituirse en un asunto de higiene. Fernanda Núñez, *La prostitución y su represión en el siglo XIX en la ciudad de México, Prácticas y representaciones*, Gedisa, Barcelona, 2009. Para profundizar sobre el tema de prostitución en el siglo XIX se puede también consultar: Rosalina Estrada, "La prostitución en México, ¿una mirada francesa?", en: Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*. UNAM/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), México, 2008, pp. 163- 194; Fabiola Bailón, "Las garantías individuales frente a los derechos sociales: una discusión porfiriana en torno a la prostitución", en: Julia Tuñón (comp), *Enjaular los cuerpos, Normativas decimonónicas y feminidad en México*. México, El Colegio de México, 2008, pp. 327- 375.

²⁶ Como muestra, la Escuela de Artes y Oficios para mujeres dependió de la Secretaría de Gobernación y hasta 1891 pasó a formar parte de la Secretaría de Instrucción Pública. Véase Milada Bazant, *Historia de la Educación durante el Porfiriato*, México, El Colegio de México, 2002, p. 298.

1886 se recibió la primera mujer con título de dentista, Margarita Chorné y Salazar²⁷; en 1887 presentó su examen profesional la primera médica mexicana, Petra Matilde Montoya Lafragua²⁸ y en 1898 se tituló María Asunción Sandoval como la primera «abogado»²⁹.

b. Incorporación de la mujer al trabajo asalariado

La mujer trabajadora del siglo XIX fue aquella que produjo beneficios o servicios para el mercado³⁰. Aunque en 1799 se eliminaron en México las barreras legales que impedían el acceso a las mujeres al ámbito laboral³¹, su acceso a la educación formal se sincronizó con la apertura al trabajo asalariado. Los trabajos asignados a las mujeres respondieron al proceso de industrialización que tuvo lugar en México durante el Porfiriato.

No todas las actividades laborales se consideraron socialmente adecuadas para las mujeres. El tipo de trabajo al que podían aspirar dependía de su clase social. Mientras que las mujeres de clase baja continuaron ejerciendo oficios como tortilleras, lavanderas, cocineras, molenderas, tienderas, entre otros, las de clase media se incorporaron a las fábricas particularmente en la industria textil y tabacalera³². Para las mujeres de este estrato social se abrieron nuevas ocupaciones a finales de siglo como las de tipógrafa, dependienta de tiendas, maestra de escuela elemental, empleada de oficinas públicas y

²⁷ Véase, Martha Díaz de Kuri, *El nacimiento de una profesión. La odontología en el siglo XIX en México*, México, FCE/UNAM, 2012.

²⁸ Véase, Ana María Carrillo, *Matilde Montoya: primera médica mexicana*, México, Documentación y Estudios de Mujeres AC, 2002.

²⁹ Utilizo entrecomillado para enfatizar el hecho de que el título que recibió esta primera abogada se registró en masculino.

³⁰ Silvia Arrom, *Las mujeres de la ciudad...*, *op. cit.*

³¹ *Ibidem.*

³² Aunque difícilmente se puede calcular el número exacto de mujeres que trabajaron en la industrial textil se ha documentado que para 1880, de 1 073 empleados en las fábricas de algodón, 384 eran obreras y 227 niños. Julia Tuñón, *Mujeres en México...*, *op. cit.*

comercios³³. Con algunas excepciones, las mujeres de clase alta se dedicaron a actividades filantrópicas y trabajaron «únicamente para entretener sus ocios»³⁴.

Aunque los cambios laborales más significativos de la época se dieron para las mujeres de clase media, sus condiciones fueron desiguales a la de sus compañeros de trabajo; se ha documentado, por ejemplo, que las mujeres recibían entre la mitad y la tercera parte del salario que se les pagaba a los varones³⁵. Para el mercado, ellas representaban mano de obra barata, asignándoles los trabajos menos calificados y peor pagados³⁶.

La incorporación de las mujeres al trabajo asalariado generó un gran debate en la sociedad mexicana³⁷. Algunos sectores sociales calificaron de inmoral que varones y mujeres convivieran en un solo lugar, reclamo que llevó a la reconfiguración de los espacios laborales, por ejemplo, se crearon distintas puertas de acceso a las fábricas para cada sexo. Por otro lado, las mujeres asalariadas eran vistas como subversivas de los roles tradicionales de género ya que las jornadas laborales de hasta 12 horas las orillaba a pasar mucho tiempo fuera de casa y descuidar las supuestas obligaciones en el hogar. También se alegó que las malas condiciones de las fábricas acababan con su salud y su capacidad reproductiva aumentando la mortalidad infantil³⁸.

Las mujeres trabajadoras interesaron a los médicos en tanto sus actividades se asociaron con complicaciones en el embarazo, como el aborto y el parto prematuro³⁹; particularmente se consideraba que las trabajadoras domésticas, lavanderas y molenderas corrían mayor riesgo de perder a la «criatura»⁴⁰:

³³ Véase, Susie Porter, *Mujeres y trabajo...*, op. cit., p. 105; Julia Tuñón, *Mujeres en México...*, op. cit.

³⁴ Manuel de Esesarte, *Estudio etiológico y estadístico sobre nacidos- muertos formado con datos recogidos en la Casa de Maternidad*, México, Tesis, Facultad de Medicina de México, 1882, p. 12.

³⁵ Existen datos que muestran que «en 1898, en Río Blanco, [en] la Manchester de México, mientras los niños ganaban entre 30 y 50 centavos diarios, las mujeres recibían entre 60 y 80 y los hombres entre 56 y 2.50 pesos». Julia Tuñón, *Mujeres en México...*, op. cit., p. 118.

³⁶ Verena Radkau, "Por la debilidad de nuestro ser"..., op. cit.

³⁷ Susie Porter, *Mujeres y trabajo...*, op. cit.

³⁸ Verena Radkau, "Por la debilidad de nuestro ser"..., op. cit.

³⁹ Manuel de Esesarte, *Estudio etiológico...*, op. cit.

⁴⁰ El término «criatura» fue de uso común en el siglo XIX para referirse al producto de la concepción. Aludiendo al trabajo de Daniel Hernández y Javier Flores, este tipo de terminología responden a una perspectiva moral judeo- cristiana que atribuyen «un estatuto de persona humana nacida» al feto y/o

Además del peso de las bateas, cubos de agua u otros cuerpos que cargan, por la manera particular que tienen estas personas en desempeñar su trabajo; pues la situación de rodillas, con el cuerpo inclinado hacia adelante, tocando con su vientre grávido los lavaderos unas, y las otras el metate, sufren en los movimientos de delante a atrás y de atrás a delante [*sic*], golpes más o menos fuertes sobre las paredes uterinas, predisponiéndolas a despegamientos placentarios, que originan el desembarazamiento del útero antes de la época señalada por la naturaleza⁴¹.

A pesar de todas las controversias generadas, la integración de la mujer al sector productivo fue un proceso inevitable que se incrementó paulatinamente a lo largo del siglo.

c. Maternidad y procreación como responsabilidad de las mujeres

Como afirma Knibiehler⁴² la maternidad es una función recientemente atribuida a las mujeres. El vocablo *maternitas* apareció en Europa en el siglo XIX y respondió a la necesidad de los clérigos de contar con una palabra análoga a *paternitas* de gran uso en la Iglesia. Durante siglos, *maternitas* se ubicó sólo en una dimensión espiritual relacionada con el culto a «Notre-Dame» y fue hasta la Ilustración que se asoció con una dimensión terrenal bajo la noción de «buena madre» y representada en dos figuras de la herencia judeo- cristiana: Eva y María.

Después de ser tentada en el Jardín del Edén por Satanás, Eva, cuyo significado se traduce como «madre de los vivos», recibió la maldición divina «parirás con dolor», un mandato que generó un profundo debate cuando comenzó a utilizarse la anestesia en la

embrión. Daniel Hernández, Javier Flores y Laura Echavarría, "Sin pecado concebido. Sida y embarazo en el libro de sexto de ciencias naturales", *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 16, núm. 49, 2011, pp. 471- 488.

Para hacer énfasis en este planteamiento utilizaré entrecomillado cada vez que utilice este término a lo largo de la tesis.

⁴¹ *Ibidem*, p. 15.

⁴² Yvonne Knibiehler, *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*, Trad. Paula Mahler, Argentina, Ediciones Nueva Visión SAIC, 2000, p. 109.

atención médica del parto. Por su parte, María representó la obediencia y a través de ella se difundió el mensaje de que la maternidad no sólo era un evento «natural» y biológico sino también espiritual⁴³. Bajo estos esquemas, en las narrativas médicas se calificó a la maternidad como uno de los momentos más felices en la vida de las mujeres.

Al mismo tiempo que la Iglesia católica glorificó a la maternidad y la impuso como mandato para las mujeres durante todo el siglo XIX y primera mitad del XX, los cambios durante la Ilustración influenciaron a pensadores, como Rousseau, para ensalzar el amor materno, desvincularlo de la religión e instaurarlo en la familia como institución.

En México, la responsabilidad de los hijos recayó exclusivamente en los padres hasta el siglo XVIII⁴⁴. Ellos eran los únicos que podían acceder a la patria potestad. Después de la independencia se generó un cambio en el que se reconoció la necesidad de reclasificar a las mujeres como madres de los varones defensores del país⁴⁵. Además, las transformaciones iniciadas en Europa desde el siglo XVIII que incorporaron a los varones al trabajo asalariado, modificaron la estructura familiar mexicana que llevó a crear la figura de «ama de casa» para las mujeres de todas las clases sociales⁴⁶. Si durante la época colonial los niños de clase social alta eran enviados al campo para ser criados por otras mujeres, en la época porfiriana se trató de convencer a las mujeres de educar a sus hijos por el bien de la nación⁴⁷.

1.1.2 Mujeres solicitando apoyo para parir

Aunque para el siglo XIX prevalece la imagen de la parturienta acompañada por una partera o por un médico, no todas las mujeres acostumbraban a contar con un apoyo para parir. En 1895, Fermín Viniegra expuso el caso de Medina, una mujer que había tenido seis partos, todos en cuclillas y sin el auxilio de alguna partera o médico: una vez que

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ El *pater familias* se remonta a los romanos en donde los hijos se consignaban al padre; convertirse en padre no dependía del vínculo biológico sino de la decisión de responsabilizarse de la crianza, además, constituía un elemento fundamental para considerarse buen ciudadano. Yvonne Knibiehler, *op. cit.*

⁴⁵ Jean Franco, *Las conspiradoras...*, *op. cit.*

⁴⁶ Verena Radkau, *"Por la debilidad de nuestro ser"...*, *op. cit.*

⁴⁷ Jean Franco, *Las conspiradoras...*, *op. cit.*

nacía el niño, la parturienta «se sentaba para dividir el cordón y arreglarlo provisionalmente mientras expulsaba lo demás; para esto generalmente se fajaba un rebozo suficientemente apretado, y esto era suficiente para terminar el trabajo»⁴⁸. En el norte del país, las mujeres parían solas cerca del agua para asearse de inmediato y bañar al infante⁴⁹.

En la Ciudad de México las mujeres que solicitaron apoyo para parir acudían primeramente con una partera, con o sin título. La elección de la partera dependía en gran medida de los honorarios y del reconocimiento de sus habilidades, por ejemplo, en un juicio legal que se siguió en contra de Dolores García, la parturienta acordó con su esposo solicitar su ayuda por considerar que no cobraría «crecidos honorarios» y porque «había visto elogios [de Dolores] en la materia a pesar de carecer de título»⁵⁰.

En raras ocasiones las mujeres llamaban primero a los médicos. Lo más común era que éstos fueran solicitados por las mismas parteras, por las parturientas o por sus familiares cuando se presentaba alguna complicación que las matronas no habían podido resolver. En este sentido, sin diferencia de clase social, se llamaba al médico de emergencia, sin agenda previa y en presencia de una partera⁵¹. Los médicos eran

⁴⁸ Fermín Viniegra, *Algunas observaciones sobre el parto en cuclillas. Escuela Nacional de Medicina de México*, Imprenta de Francisco Cosío, núm. 6, México, 1895, p. 22.

⁴⁹ María de la Luz Parceró, *Condiciones de la mujer en México durante el siglo XIX*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), 1992.

⁵⁰ AGN, *Juzgado cuarto de instrucción en el ramo criminal, Contra Dolores García por infanticidio*, expediente 10, número de partida 325, caja 703, galería 6, noviembre 15, 1880.

⁵¹ Los médicos fueron llamados a atender a las parturientas por las mismas ocho rutas que William Hunter describió en Europa. Las rutas que propone el autor están organizadas en tres dimensiones: 1a dimensión) Se distinguen tres tipos de llamadas: anticipadas, al inicio y de emergencia. En las primeras, se pedía al médico que viviera en la casa de las parturientas hasta poco tiempo después del parto, muy rara en México; en las anticipadas se llamaba al médico cuando comenzaba el trabajo de parto y en las de emergencia cuando se presentaba alguna complicación. 2a dimensión) Las llamadas se clasifican en agendadas (*booked*) o no agendadas (*unbooked*) dependiendo si la familia tenía algún arreglo previo con los médicos. Frecuentemente los médicos mexicanos registraban que, estando aún embarazada, la parturienta o la familia les solicitaban atender el parto, sin embargo, “llegada la hora” casi nunca eran llamados. 3a dimensión) Tiene que ver con la presencia o ausencia de una partera. Cuando en las llamadas anticipadas se llamaba al médico y a una partera, el primero participaba sólo si había complicaciones. Si no había partera, entonces el médico auxiliaba en el nacimiento. El tipo de llamada dependía de la clase social y generaba honorarios variables. Mientras las llamadas anticipadas podrían llevarse a cabo entre clases altas y mercantiles, las llamadas iniciales eran comunes entre profesionales y la burguesía. Adrian Wilson, “William Hunter and the varieties of man-midwifery”, en: Roy Porter (ed.), *William Hunter and the eighteenth-century medical world*, London, Cambridge University Press, 1985, pp. 343- 369.

conscientes de que las parteras eran solicitadas antes que ellos y constantemente se quejaron de ser llamados sólo para solucionar complicaciones que en la mayoría de los casos terminaba con la muerte de la madre y/o del niño. Paradójicamente, las parturientas acudieron al auxilio médico como último recurso para resolver sus necesidades y esquivar la muerte, como se menciona en el siguiente fragmento de una nota médica:

Soy casada hace algunos años y he sido madre de varios hijos que di a luz en partos más o menos felices pero en este último embarazo y a los pocos días del concurso matrimonial, sentí una cosa extraña y nada parecida a mis embarazos anteriores. [...] consulté varias parteras que no puede darme razón de lo que yo experimentaba y llegué así al cuarto mes de embarazo, aumentando mis incomodidades⁵².

Por su parte, los médicos brindaron una atención diferenciada de acuerdo a una tipología de mujer que estuvo vinculada a la clase social.

1.1.2.1 Distintas mujeres, distintas intervenciones médicas

La historiografía ha distinguido dos arquetipos de mujeres en México en el siglo XIX y que son claramente visibles en las narrativas médicas. Por un lado se encontraba la mujer- ángel que encarnaba la dulzura, la nobleza y la generosidad y por otro, un ser malicioso que se caracterizaba por mentir, engañar y manipular. Ante estos prototipos se aconsejaba a los médicos tener la delicadeza para salvar a la «buena madre» sin dejar engañarse por su astucia:

Un médico, y sobre todo un médico experimentado, en casos de esta especie debe recordar siempre que camina por un terreno resbaladizo; que la flaqueza de la mujer es tan antigua como el mundo, [...] debe recordar que lo mismo peca la mujer bien nacida que la de origen humilde; y por último, que en las mujeres la ficción es un sentimiento de instinto; que por necesidad, por placer,

⁵² Duges, "Embarazo extrauterino", *El observador médico*, 2da época, núm. 13, tomo I, 1901, p. 199.

ó por conveniencia, procuran engañar a todo el que pueden, y aun a veces a ellas misma⁵³.

Mientras que la figura angelical se atribuyó a las mujeres de clase alta, el prototipo de mujer que engañaba y manipulaba se asoció frecuentemente con las de clase baja. La clase social también representaba retos médicos específicos, por ejemplo, ellos se quejaron de que las mujeres de clase baja eran «indóciles» por no guardar reposo y levantarse de la cama al poco tiempo de parir en contra de sus indicaciones⁵⁴. Para los médicos, la «indocilidad» representó la principal causa del prolapso uterino entre las mujeres de bajos recursos⁵⁵. En el caso de las mujeres de clase alta, el principal reto era su constitución débil que podía complicar el parto.

La clase social a la que pertenecía la parturienta, aparte de asociarse con determinadas complicaciones, también determinaba el grado y tipo de intervención médica. Está documentado que en Inglaterra los médicos fueron menos intervencionistas con las mujeres de clase alta. William Hunter, uno de los principales médicos que encabezó una postura conservadora argumentó que, en una sociedad donde se considera impropio tocar a una mujer, cualquier partero que quisiera mantenerse en el negocio de los partos debía abstenerse de realizar ciertas operaciones como los exámenes rectales. Entre los médicos mexicanos también prevaleció una práctica menos intervencionistas con las mujeres de clase alta, por ejemplo, en el Hospital de Maternidad los tactos vaginales se realizaban estando la mujer acostada mientras que en la práctica privada la mujer permanecía de pie⁵⁶; en estas últimas también se realizaba la exploración física cubriendo el vientre con una manta delgada a diferencia de la atención en el hospital en donde quedaba totalmente descubierto.

⁵³ Manuel Domínguez, “Reflexiones sobre un error de diagnóstico en un caso de embarazo”, *Gaceta Médica de México*, núm. 11, tomo VI, 1871, p. 197.

⁵⁴ Martínez del Río, “Algo sobre Higiene Puerperal”, *Gaceta Médica de México*, núm. 15, tomo XII, 1877, pp. 277-283.

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ Ver capítulo 3.

Otras diferencias que los médicos veían en las parturientas era su lugar de nacimiento y residencia. Los médicos consideraron que los entuertos⁵⁷ eran un síntoma exclusivo de las mujeres mexicanas y esa era la razón por lo que el tema era poco abordado en la literatura extranjera. Aparte de las diferencias entre países, los parteros mexicanos buscaron causas locales para explicar supuestas diferencias entre las mujeres. Se llegó a considerar que las mujeres de la Ciudad de México eran de una constitución más débil que las hacía propensas a la hemorragia puerperal⁵⁸. En este mismo sentido, las mujeres con «carácter violento» solían tener un pujo más fuerte al momento del parto que las hacía más propensas a desgarros perineales. En mujeres nerviosas de temperamento linfático, el tacto vaginal provocaba un espasmo del cuello uterino, lo que obstaculizaba la dilatación⁵⁹.

1.2 Parteras mexicanas

Para el siglo XIX se distinguieron dos grandes grupos de mujeres que atendieron partos en México: parteras no examinadas y parteras examinadas o también llamadas tituladas⁶⁰. Identifico a las parteras no examinadas como aquellas mujeres que transmitieron sus conocimientos a través de un «sistema de educación práctica»⁶¹ dentro de un marco cultural particular; en este grupo incluyo a las parteras tradicionales quienes habían heredado sus conocimientos de sus madres y abuelas, y a las mujeres que, sin un linaje en el arte de parrear, comenzaron a auxiliar a las parturientas en algún momento de su vida. Las parteras examinadas o tituladas, en cambio, recibieron una formación institucional por parte y al lado de los médicos, contaron con un título expedido por la

⁵⁷ Se le denomina entuertos a las contracciones uterinas que se presentan después del parto y tienen la finalidad de reducir el tamaño del útero. Para profundizar en el contenido del artículo ver: Aniceto Ortega, "Entuertos", *Gaceta Médica de México*, núm. 8, tomo III, 1867, pp. 115- 124.

⁵⁸ Martínez del Río, "Infecciones hipodérmicas de éter sulfúrico para combatir la hemorragia puerperal", *Gaceta Médica de México*, núm. 14, tomo XII, 1877, pp. 261- 262.

⁵⁹ Nicolás Franco, *El tacto vaginal durante el trabajo de parto*, Tesis que para obtener el título de Médico Cirujano, México, Facultad de Medicina de México, 1885.

⁶⁰ Propongo esta clasificación a partir de las diferencias que se establecen en los juicios localizados en el AGN en contra de las parteras no examinadas.

⁶¹ Término que retomo de Mary Lindemann, *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna, 1500-1800*, España, Siglo XXI de España, 2000, p. 127.

Escuela de Medicina, ostentaron legitimidad social para ejercer su profesión a partir del desprestigio de las parteras no examinadas y defendieron su derecho de intervenir en el parto en las mismas condiciones que los médicos: a través del uso de artefactos e instrumentos. Mientras que las parteras no examinadas eran de clases media y baja, estas últimas eran de clase social acomodada. A continuación se presentan las principales características de los distintos tipos de parteras que coexistían para la época.

1.2.1 Parteras no examinadas

Como señaló Nicolás León⁶², entre los pueblos prehispánicos las parteras mexicanas tenían un rol social de gran importancia. De acuerdo con Francisco Flores⁶³, la partería era una práctica que se heredaba y que estuvo en manos de mujeres que ya habían parido. Quienes la ejercían eran llamadas *tlamatqui*, *ticitl* o *temixiuitiani*⁶⁴. Durante la época hispana y novohispana las parteras atendían partos y también intervenían en rituales matrimoniales, resolvían problemas de infertilidad, cuidaban a la mujer a partir de los tres meses de embarazo, atendían a la parturienta y presidían ceremonias para el neonato⁶⁵.

Con la conquista española la partería tradicional no se eliminó pero sí se transformó. Al igual que la medicina tradicional, la partería fue producto del sincretismo entre la medicina europea, la medicina indígena y la medicina negra que llegó con los esclavos⁶⁶.

⁶² Para profundizar en el tema véase, Fernando Ocaranza, *Historia de la medicina en México*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), 2011, p. 220.

⁶³ Francisco Flores, *Historia de la Medicina en México desde la época de los Indios hasta la presente*, Secretaría de Fomento, México, tomo I, 1886, p. 33.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 195.

⁶⁵ Juan Carlos Ruíz, "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 postmortem en el período novohispano tardío", *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, núm. 94, vol. XXIV, 2003, pp. 201- 248.

⁶⁶ Ana María Carrillo, "Parirás con alegría... Un estudio sobre la resistencia de las parteras tradicionales en México", Tesis de Licenciatura, México, UNAM, 1988, p. 8.

Después de la conquista se tuvo la intención de convertir el acto de parir en una práctica regulada y reglamentada por las autoridades de Beneficencia pública. En 1750 se emitió la orden desde España para que las parteras fueran examinadas y vigiladas por el Protomedicato⁶⁷. La orden se acompañó con la redacción de cartillas en donde se plasmaron las características físicas y las virtudes del imaginario ideal de una partera⁶⁸: ni muy joven ni doncella para no atentar contra su inocencia, tampoco «vieja» por habersele pasado el tiempo oportuno de aprender y porque sus sentidos eran débiles y sus fuerzas corporales insuficientes. Las parteras debían ser robustas pero no excesivamente gordas para que tuvieran fuerzas y habilidades necesarias para llevar a cabo las maniobras y tolerar el trabajo de trasnochar. Sus dedos y brazos no debían estar encorvados o deformes; sus manos no debían tener callos o ser demasiado grandes para no lastimar a las parturientas al introducir la mano en «el orificio angosto» y causar ofensas perjudiciales⁶⁹.

Pese a esta descripción, las imágenes que Nicolás León⁷⁰ recupera en su texto «La obstetricia en México» aluden a mujeres de complexión delgada, edad mediana, estatura regular y con indumentaria semejante a la que usaban las mujeres de la clase y cultura a la que pertenecían.

La atención por parteras tradicionales se caracterizó por la presencia del «tenedor» o «tenedora» que podía ser un hombre, regularmente el esposo de la parturienta, o una mujer, comúnmente la aprendiz de partería, que tomaba a la mujer por el dorso «pasando

⁶⁷ Ana María Carrillo, "Nacimiento y muerte de una profesión", *Dynamis, Acta Hispanoamericana de Medicina*, vol. 9, núm. 2, 1999, pp. 167- 190.

⁶⁸ Aunque sólo hago referencia a las mujeres que se dedicaron a los partos debido a que prevalece la idea de que la partería era una actividad exclusiva de las mujeres, abro una línea para investigar la participación de varones no médicos que atendieron partos en el siglo XIX, como el caso de «Pliego», un partero que en palabras de Juan María Rodríguez era «muy conocido en los barrios de la ciudad». Juan María Rodríguez, "Clínica de obstetricia, Dos observaciones de craniotomía y cefalotripsia", *Gaceta Médica de México*, núm. 10, tomo VII, 1872, p. 195.

⁶⁹ Antonio Medina, *Cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente llaman comadres, en el oficio de partear*, Madrid. Biblioteca Histórica de la Universidad Complutense de Madrid, 1806, p. 79.

⁷⁰ Nicolás León, "La historia de la obstetricia en México", *Secretaría de Instrucción Pública*, México, 1910, p. 125.

sus brazos por las axilas y comprimiendo con las manos la región epigástrica al principio y la mesogástrica después»⁷¹.

Así como hubo parteras que heredaron su conocimiento también existieron mujeres que, lejos de adquirirlo de sus antecesoras, el gusto y/o necesidad las llevó a partear y a desarrollar habilidades a través de la misma experiencia. Aún sin un linaje, estas mujeres fueron reconocidas como «parteras aficionadas» y tuvieron un lugar en la estructura social, basta con revisar los escasos expedientes de juicios legales en donde, acusadas de infanticidio o aborto, el elemento crucial para eximir las de responsabilidades fue precisamente ser reconocidas por sí mismas y por el juez como «aficionadas»:

Bastó la simple lectura de la preparatorio de la acusada para convencerse de que los procedimientos implicados por ella son el producto de la ignorancia más completa unida al arraigo que en ánimo de las (ilegible) de nuestro pueblo tiene la supuesta eficacia de algunas prácticas groseras y absurdas. No puede considerarse por lo tanto a la Mejía en el caso de que se trata, como responsable de culpa grave en el delito de aborto⁷².

Al igual que en otros países europeos⁷³, para algunas mujeres la atención del parto representó la principal fuente de ingresos, para otras, en cambio, implicó una actividad que realizaron ocasionalmente por una relación de amistad y por la que no siempre recibieron un pago. Las parteras no examinadas, tradicionales o aficionadas, coincidieron en muchas de las prácticas alrededor del cuidado de las parturientas y de los recién nacidos.

⁷¹ Fermín Viniegra, *Algunas observaciones...*, *op. cit.*, p. 11.

⁷² AGN, Juicio contra Concepción Mejía acusada de infanticidio, en 1880.

⁷³ Véase, Hilary Marland, (ed.), *The art of midwifery. Early Modern Midwives in Europe*, Londres/EU, Routledge, 1993.

1.2.1.1 Prácticas de parteras no examinadas

No se puede caracterizar un modelo único de atención de las parteras no examinadas; sus prácticas e instrumentos fueron diversos y dependían de la clase social a la que pertenecían y de su cosmovisión alrededor del parto. Las parteras de clase social baja comúnmente utilizaron los recursos de la misma naturaleza, como se observa en la figura 1 en el que la mujer se sostiene con una soga al tronco de un árbol.

Figura 1. «Partera empírica y ayudante»



Fuente: Nicolás León, “La historia de la obstetricia en México”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1910, p. 124.

Las parteras de clase social media contaban con instrumentos y artefactos de mayor sofisticación, como se puede observar en la figura 2 en donde se muestra a Doña Secundina Infante atendiendo a un recién nacido en casa. Por los elementos de la figura es posible imaginar la escena: una casa de clase media, el piso de concreto, los muebles, los demás artefactos y las personas que se encuentran en primer plano dan cuenta de una partera robusta, de mediana edad, sentada en el piso con un niño sobre las piernas. Los instrumentos que la rodean delatan su oficio: las palanganas, las ánforas con aceite, la botella y el vaso sobre la mesa tal vez con algún brebaje medicinal, pero sobre todo, la silla de parir. En el fondo se aprecia un cuadro de algún santo volteado de cabeza con el

que, como describe Nicolás León⁷⁴, las parteras sin título, principalmente las tradicionales, aludían a rezos y plegarias para pedir que el parto estuviera exento de complicaciones.

Figura 2. «Partera no examinada Doña Secundina Infante».



Fuente: Nicolás León, “La historia de la obstetricia en México”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1910, p. 122.

Aunque la lista de las prácticas de las parteras puede ser extensa, en los siguientes párrafos se describen algunas de ellas que se consideran pertinentes para dar cuenta del proceso que siguieron para conformarse en campos materiales de estructuras de normatividad y significado para la práctica médica.

a. Palpar a secas

Desde antes de la conquista y como práctica que aún en nuestros días perdura, las parteras realizaron la palpación del vientre para reconocer la postura de la «criatura» y

⁷⁴ Nicolás León, “La historia de la obstetricia...”, *op. cit.*

«enderezarla» si la encontraba mal puesta. Entre los aztecas, esta maniobra se llamó «tlaoliniliztli»^{75,76} cuando se realizaba en el temazcal o en el baño y «palpar a secas» si se realizaba fuera. Entre los médicos una práctica muy similar se denominó «versión por maniobras externas». Nicolás León deja ver la similitud entre las prácticas de las parteras no examinadas y la que realizaban los médicos y parteras tituladas:

Metida en el temazcalli la embarazada, la partera practicaba la palpación del vientre con ambas manos, ya para reconocer cómo estaba la criatura, ya para enderezarla si la encontraba mal puesta, cambiándola de lugar, es decir, **practicando una especie de versión por maniobras externas** [...] se ve que en la práctica tocúrgica [*sic*] azteca fue conocida y practicada la versión [tlaoliniliztli] por maniobras externas...⁷⁷

Esta maniobra es particularmente importante porque una vez que los médicos comenzaron a llevarla a cabo, se convirtió en una práctica en disputa entre médicos y parteras tituladas.

b. Uso del muñeco

Las parteras no examinadas utilizaron un rebozo o una faja a la que llamaron «muñeco» y con el cual ejercían una presión sobre la parte superior del vientre de la mujer gestante con la intención de favorecer la expulsión de la «criatura» en el momento del parto (Figura 4):

Arreglado lo antedicho, la partera procede a preparar **la faja y el muñeco**; éste es una compresa plegada hasta constituir una pequeña almohada y aquélla una grande y ancha tira de lienzo. Coloca el **muñeco** sobre el hueco epigástrico de la parturienta y luego la ciñe fuertemente con la **faja**⁷⁸.

⁷⁵ Fernando Ocaranza, *Historia de la medicina...*, *op. cit.*

⁷⁶ Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, *op. cit.*, p. 197.

⁷⁷ *Ibidem*, p. 115. El subrayado es mío.

⁷⁸ Nicolás León, "La historia de la obstetricia...", *op. cit.*, p. 73. El subrayado es mío.

Aunque no cuento con registros para afirmar que el término anatómico de mesogastrio haya sido utilizado por las parteras no examinadas, si era bien conocida la región donde convenía colocar el rebozo o la faja (figura 3). Con el paso del tiempo los médicos realizaron una presión sobre la misma región utilizando únicamente las manos y los antebrazos y es una práctica que se conoce hasta nuestros días como «maniobra de Kristeller»⁷⁹.

Figura 3. «Partera empírica y tenedora haciendo uso de la faja y el muñeco».



Fuente: Nicolás León, “La historia de la obstetricia en México”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1910, p. 126.

c. Cuidado del perineo

El perineo, región anatómica que juega un papel importante al momento del nacimiento, fue motivo de atención para las parteras. Las referencias médicas sobre las formas y los objetos que las parteras emplearon para el cuidado del perineo fueron calificados, por lo general, como «brutales».

⁷⁹ Se denominó “maniobra de Kristeller” porque fue descrita por Samuel Kristeller en 1867. Hace apenas una década se comenzó a cuestionar su uso en la práctica médica por relacionarse con muerte fetal y desprendimiento prematura de placenta. Para profundizar véase Cristóbal Rengel, “La maniobra de Kristeller: revisión de evidencias científicas”, *Matronas profesión*, núm. 3, vol. 12, marzo- mayo de 2011, pp. 82- 89.

Si sucede, como en las primerizas ó persona de edad madura primigesta que se retarde la expulsión del feto, por resistencia de las partes blandas entonces, la partera armada con una lámina cortante ó con una larga y fuerte uña del pulgar desgarrar la horquilla y perineo⁸⁰.

El perineo y su cuidado representó después una gran preocupación médica, creando largas discusiones entre el gremio y dando origen a la episiotomía de uso tan extendido hasta nuestros días⁸¹.

d. La embriotomía

En esta maniobra las parteras, sobre todo tradicionales, realizaban un corte en el feto con ayuda de una navaja de obsidiana⁸² para facilitar su extracción cuando éste había muerto en el vientre materno. Como se verá en el capítulo 4, los médicos también recurrían a la embriotomía pero a diferencia de las parteras, ellos lo llegaron a realizar con el infante vivo:

[...] practicaba constantes reconocimientos, y cuando diagnosticaba que la criatura estaba ya muerta -por la falta de movimientos y el malestar de la madre-, y sólo en el último extremo estando todavía viva, hacia una terrible operación, que no era otra que nuestra embriotomía, preocupándose, se comprende, de salvar la vida de las madres [...] “...Digamos aquí una cosa digna de saber, que tiene dependencia de cuando el niño *muere dentro de su madre*, que la partera con una *navaja de piedra* que se llama *itztli* (obsidiana) *corta el cuerpo muerto dentro de la madre, y á pedazos lo saca*; con esto libran a la madre de la muerte⁸³.

⁸⁰ Nicolás León, “La historia de la obstetricia...”, *op cit.*, p. 75.

⁸¹ Véase capítulo 3.

⁸² Fernando Ocaranza, *Historia de la medicina...*, *op. cit.*

⁸³ Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, *op. cit.*

En la práctica que los médicos llamaron embriotomía, las parteras encontraron una forma de salvar la vida de la madre, primero, para corroborar la muerte fetal y después, para manipular el cuchillo de obsidiana dentro del útero sin dañar a la parturienta.

Como se analizará en el capítulo 3, muchas de estas prácticas tradicionales fueron adoptadas por los médicos sin reconocerles su autoría, antes bien, otorgando el crédito a la influencia extranjera a través del uso de epónimos de sus «inventores» europeos.

1.2.1.2 En defensa de su práctica

Las parteras no examinadas se enfrentaron a juicios legales en los que fueron acusadas por mala práctica; estas denuncias no necesariamente eran promovidas por los médicos sino por las mismas parturientas o por sus esposos. Los escasos registros de este tipo de juicios que se localizaron en los archivos dejan ver cómo las parteras relataban sus haceres y enfrentaban las acusaciones, por ejemplo, el caso de Dolores García quien fue detenida en 1880 y acusada por el esposo de la parturienta, Benito Niño por «haber causado la muerte de su hijo». En el expediente quedó asentado: que la partera fue llamada entre las once y doce de la noche para atender a Soledad Jiménez, que el parto cursó sin novedades y que al siguiente día, cuando Dolores acudió nuevamente a la casa de la parturienta «se notó que el niño estaba muerto en el momento que la matrona le curaba al ombligo». En el interrogatorio, la acusada reconoció haber asistido a Soledad en un parto feliz y aceptó que el niño murió en sus brazos pero no porque la ligadura estuviera mal hecha sino por un «agujero situado abajo del cordón umbilical donde éste toca la pared del vientre por el cual todavía le salía sangre». Acusada de falta de conocimiento y torpeza, Dolores negó ser responsable de la muerte del niño, nombró como su defensor al Lic. José Portillo y manifestó, en más de una ocasión, que no era partera examinada «pero que en el curso de once años parteando, asistiendo siempre a mujeres muy pobres las que le pagan muy poco por su trabajo [...] es el primer accidente que tiene que lamentar». Después de que médicos peritos realizaran la autopsia al niño, el juez determinó que el infante Lucio Niño no había sido viable por un defecto de

nacimiento y que «no hubo impericia por parte de Dolores García, que ésta ejerció el oficio de matrona asistiendo a Soledad Jiménez y fue apremiada por la gravedad urgente del caso».⁸⁴

1.2.2 Parteras examinadas o tituladas

De acuerdo con Ana María Carrillo⁸⁵, la partera profesional nació con un doble carácter: como una actividad subordinada y necesaria para la profesión médica, pero a la vez, represora de las prácticas de las parteras tradicionales y, agregaría, de las aficionadas. Evidentemente, los médicos les relegaron a las parteras tituladas una serie de trabajos que para ellos implicaba tiempo y desgaste, por ejemplo, quedarse por varias horas al cuidado de las parturientas o realizar procedimientos mecánicos que requerían un tiempo prolongado, como fue el caso de la aplicación de inyecciones vaginales⁸⁶. Por tanto, más que eliminarlas, se requería prepararlas para cubrir determinadas necesidades médicas. Sin embargo, una vez que las parteras tituladas interiorizaron el paradigma médico de la época, convencidas de ello, reprodujeron su conocimiento y lucharon por mantener su derecho para ejercer la profesión en las mismas condiciones que los médicos⁸⁷.

1.2.2.1 Formación de parteras tituladas

Las intenciones iniciales para formar a mujeres que se dedicaron al arte de los partos se reflejaron en la elaboración y difusión de textos que definían lo que debía saber y hacer

⁸⁴ AGN, *Juzgado cuarto de instrucción...*, *op. cit.*

⁸⁵ Ana María Carrillo, "Profesiones sanitarias...", *op. cit.*

⁸⁶ La aplicación de inyecciones vaginales con agua tibia se utilizaba para dilatar el cuello uterino. En 1887, Demetrio Mejía relató un caso donde le pidió a la partera quedarse a cargo de la parturienta quien realizó este procedimiento por varias horas. Demetrio Mejía, "Un caso importante de ruptura de la matriz", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXII, México, 1887, pp. 80- 84.

⁸⁷ Las parteras revisaban la orina de las mujeres a través de reactivos que los médicos también utilizaban. Véase: José Gómez, "Una observación de hemorragia cerebral durante el parto", *Gaceta Médica de México*, núm. 15, tomo XXXVI, México, 1899, pp. 610- 617.

una partera. Una de las primeras publicaciones que circuló fue la «Cartilla Nueva, util [sic] y necesaria para instruirse las Matronas que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de partear»⁸⁸, un texto que se escribió originalmente en España en 1759 y que se publicó en México en 1806. A diferencia de textos europeos elaborados por las mismas parteras⁸⁹, la Cartilla fue elaborada por el médico español Antonio Medina con la intención de instruir a mujeres en el arte de partear para que fueran examinadas por el protomedicato. Debido al bajo índice de alfabetización de la época, especialmente en las mujeres, lo más probable es que, al igual que en otros países en donde también circularon manuales dirigidos a parteras⁹⁰, fuese un texto consultado principalmente por cirujanos⁹¹.

La primera propuesta para crear como tal una escuela para matronas en México fue presentada en 1824 por Benita Paulina Cadeau Fessel (1792- ?)⁹². Benita, de nacionalidad francesa, se había formado con la afamada partera Marie Louise Lachapelle (1769- 1821) en la Maternidad de Port- Royal, una de las instituciones hospitalarias con mayor reconocimiento de la época. De acuerdo con Quiroz⁹³, las limitadas oportunidades de Benita Paulina para obtener el puesto como partera primera en la Maternidad donde se formó, la orillaron a salir de su país de origen para probar suerte en Nueva Orleans. Sin mucho éxito en terrenos estadounidenses, en 1824, Benita

⁸⁸ La Cartilla fue organizada a manera de preguntas y respuestas, una forma de escritura común en los textos escritos por parteras en Europa Occidental desde el siglo XVII y que posteriormente fue emulada por médicos y cirujanos durante el siglo XVIII. En el texto se exponen los conocimientos básicos de anatomía que debían saber las mujeres para atender el parto pero también para poder declarar ante los Jueces en caso de una demanda de sospecha de virginidad, estupro e impotencias. Antonio Medina, *op. cit.*

⁸⁹ Algunos textos de parteras que tenían la intención de formar a otras parteras se pueden consultar en: Teresa Ortiz y Lola Sánchez, “La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII- XVIII”, en: Pilar Ballarín y Cándida Martínez (eds.) *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*, Granada, Universidad de Granada, 1995, pp. 239- 246.

⁹⁰ Por ejemplo, uno de los textos más antiguos para matronas en España fue escrito por Damiá Carbó en 1541, véase, Gloria Gallego, Margalida Miró, Pilar Ferrer, y Denise Gastaldo, *Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: el manual de Damiá Carbó*, *Enfermagem*, núm. 4, vol. 14, 2005, pp. 601- 607.

⁹¹ *Ibidem.*

⁹² Laura Díaz y Luciano Oropeza, “Las parteras de Guadalajara (México) en el siglo XIX: el despojo de su arte”, *Dynamis*, vol. 27, 2007, pp. 237- 261.

⁹³ Lissell Quiroz, “De la comadrona a la obstetricia, Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX”, *Dynamis Acta Hispanica Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam*, núm. 2, vol. 32, 2012, pp. 415- 437. Es importante decir, que Benita Paulina no fue la única partera francesa que llegó a América Latina para ejercer su profesión. En 1836, llegó a Colombia la partera Madame Dessalle de Gallimé. Véase, Libia Restrepo, *Médicos y comadronas...*, *op. cit.*

y su esposo Jullian Fessel se trasladaron a Nueva Galicia, hoy actual Estado de Guadalajara, para proponerle al Ayuntamiento la creación de una escuela para enseñar a mujeres el arte de los partos. Después de que se le exigió presentar varios exámenes y a pesar de reconocer sus capacidades, las autoridades mexicanas argumentaron la falta de recursos para no apoyar su proyecto. Los esposos Fessel abandonaron tierras mexicanas en 1826 para emigrar a Perú donde Benita Paulina fundó la primera escuela para parteras y el primer Hospital de Maternidad en América Latina⁹⁴.

Finalmente, en 1833, dos meses después de abrirse la carrera de medicina en el Establecimiento de Ciencias Médicas⁹⁵, se creó la primera cátedra para instruir parteras en la Ciudad de México, una iniciativa que surgió del gremio médico. Para ese entonces en Europa ya existían un gran número de escuelas para parteras⁹⁶. Los médicos mexicanos conocieron estos programas de formación en sus viajes de estudio en Europa, principalmente a Francia, lugar donde se ubicó la escuela para matronas que fue referencia para el mundo occidental durante los siglos XVII, XVIII y XIX.

Cuando se abre esta primera cátedra, la formación para parteras y médicos era muy similar, tomaban clases juntos y utilizaban los mismos textos⁹⁷. Con el tiempo, aunque se mantuvieron algunas similitudes como la asignación básicamente de los mismos profesores y la incorporación de prácticas clínicas en el Hospital de Maternidad, se establecieron algunas diferencias, entre ellas, la duración del programa, pues mientras las parteras se formaban en el campo de la obstetricia durante dos años, los médicos lo hacían tan sólo en uno. En algunos ciclos escolares también se llegaron a asignar

⁹⁴ Tomando como modelo el de París, Benita Paulina fundó la primera Maternidad en Lima y organizó el primer sistema de formación de parteras en el mundo hispano. Véase, Lissell Quiroz, "De la comadrona a la obstetricia...", *op. cit.* Es importante decir que Benita Paulina no fue la única partera francesa que llegó a América Latina para ejercer su profesión. En Colombia, llega en 1836 Madame Dessalle de Gallimé, con diploma en París. Véase, Libia Restrepo, *Médicos y comadronas...*, *op. cit.*

⁹⁵ Como se profundizó en la introducción, el Establecimiento de Ciencias Médicas fue una iniciativa de Valentín Gómez Farías quien sustituyó temporalmente a Santa Anna en la presidencia. Fernando Martínez, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, México, SEP/FCE, 2003.

⁹⁶ De acuerdo con Mary Lindemann, los gobernantes de muchas ciudades y territorios en Europa comenzaron a establecer cursos de obstetricia desde el siglo XVII, por ejemplo, en Francia y Alemania se crearon escuela para matronas en 1630 y 1751, respectivamente. Mary Lindemann, *Medicina y sociedad*, *op. cit.*, p. 128.

⁹⁷ Jaime Arias Amaral y María Guadalupe Ramos, *Mujer y Medicina: la historia de Matilde Petra Montoya Lafregua*, *Medicina Interna de México*, núm. 5, vol. 27, 2011, pp. 467- 469.

distintos textos básicos⁹⁸, sin embargo, tanto parteras como médicos utilizaron principalmente los que escribieron los tocólogos mexicanos, como el que divulgó Ignacio Torres en 1858⁹⁹, pero sobre todo, la famosa «Guía Clínica del Arte de los Partos» de Juan María Rodríguez publicada por primera vez en 1869 y editada al menos en tres ocasiones¹⁰⁰.

La formación de parteras en las mismas condiciones que los médicos es de particular interés puesto que todavía a finales del siglo XVIII estaba prohibida la entrada de las mujeres a la universidad, una restricción que no era particular de México sino que prevalecía en varios países europeos¹⁰¹. Como se resaltó en la primera parte del capítulo, la formación que en el primer tercio del siglo XIX se ofrecía para las mujeres de clase media y baja era básica. En este sentido, la educación formal de mujeres para atender partos en el mismo esquema que los médicos atenúa la afirmación que se ha hecho sobre que la educación de las mujeres mexicanas en el siglo XIX dejaba mucho que desear en comparación con sus congéneres en Europa y Estados Unidos¹⁰².

Evidentemente, no cualquier mexicana podía aspirar a convertirse en partera titulada. Aunque los requisitos cambiaron a lo largo del tiempo y variaron de acuerdo al lugar¹⁰³, era indispensable que las aspirantes supieran leer, escribir, sumar, restar, etc.¹⁰⁴ Para el siglo XIX, estos conocimientos se consideraban fundamentales para un niño de diez años¹⁰⁵ pero para el caso de las mujeres, sólo las adquirirían las mujeres de clase alta regularmente a través de una instrucción privada. Por tanto, pese a que está

⁹⁸ Por ejemplo, para 1889 el texto básico que se estableció para los médicos fue el de Nagele y Grensser y para las parteras el de Verrier. "Programa para el año escolar 1889", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXIV, México, 1889, p. 18.

⁹⁹ Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, *op. cit.*

¹⁰⁰ Tuve acceso a la última edición corregida y considerablemente aumentada. Juan María Rodríguez, *Guía Clínica del Arte de los Partos por Juan María Rodríguez*, Tercera Edición, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1885, 272 pp.

¹⁰¹ En 1837, por ejemplo, ninguna universidad inglesa permitía el ingreso de mujeres. Laura Sacchetti y Mario Rovere, *Surgimiento de la enfermería Moderna. Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género*, Argentina, El Agora, 2011.

¹⁰² Françoise Carner, *op. cit.*

¹⁰³ De acuerdo con Ana María Carrillo existió una Escuela para parteras prácticamente en cada Estado de la República Mexicana. Ana María Carrillo, "Nacimiento y muerte...", *op. cit.*

¹⁰⁴ *Ibidem.*

¹⁰⁵ Andrés Quijano, "Dos palabras a propósito de las parteras y su reglamento", *La medicina científica*, núm. 11, vol. 5, 1892, pp. 174- 176.

documentado que durante los casi ochenta años que existió la cátedra para parteras, un número considerable de mujeres solicitaron estar exentas para el pago de colegiatura¹⁰⁶, lo que hace suponer que atravesaban por dificultades económicas, los requisitos mínimos de ingreso no estaban al alcance de la gran mayoría de mujeres de clase media y mucho menos, para las de clase baja.

De acuerdo con Ana María Carrillo¹⁰⁷, aunque hubo parteras inscritas desde 1833 no fue sino hasta 1841 en que se registró a la primera mujer que recibió un título. Siguiendo con la autora, de 1841 a 1888 se recibieron 140 mujeres y de 1888 a 1932 se graduaron 627. Si bien el número de parteras que se inscribió y se tituló en cada ciclo escolar no fue constante, el programa de formación de parteras existió hasta 1911.

1.2.2.2 Ejercicio de la profesión

El espacio laboral por excelencia para las parteras tituladas fue el Hospital de Maternidad e Infancia. Como puntualizo en el capítulo 2, este Hospital fue el primero en el país que se destinó para atender exclusivamente a mujeres en el parto al mismo tiempo que representó un espacio laboral y de formación para médicos y parteras en el campo de la obstetricia.

Los limitados registros que se conservan sobre las características de la atención que se brindó en el Hospital de Maternidad nos impide conocer con exactitud las condiciones laborales de las parteras. Sin embargo, las narrativas médicas dejan ver cómo es que frecuentemente ellas resolvían situaciones en condiciones similares que los médicos, sirva de ejemplo el caso que relata López Hermosa en el que una parturienta fue atendida en la Maternidad por causa de una hemorragia por un desprendimiento incompleto de placenta, la mujer fue atendida por dos parteras tituladas quienes le administraron un suero para reanimarla y posteriormente una de ellas realizó «el

¹⁰⁶ Ana María Carrillo menciona que se otorgaron becas a parteras en algunos Estados del país. Véase, Ana María Carrillo, "Nacimiento y muerte...", *op. cit.*

¹⁰⁷ *Ibidem.*

despegamiento de la placenta y la extrajo, así como todos los coágulos que ocupaban la cavidad de la matriz»¹⁰⁸.

En diversas ocasiones las habilidades y destrezas de las parteras tituladas fueron elogiadas por los mismos médicos. Dolores Román¹⁰⁹ (figura 4), quien fuera partera en jefe en la maternidad, es una de las matronas que se menciona constantemente en los escritos médicos:

Fue la Sra. Román desde los primeros años de su ejercicio una matrona distinguida, tanto por su ciencia como por su discreción y por ello solicitada y estimada en todas las clases sociales. Durante largo tiempo desempeñó, siempre con acierto, los oficios de su profesión y fue designada como partera en jefe de la Maternidad, decretada bajo el Gobierno del Señor Presidente Juárez¹¹⁰.

Dolores Román fue también reconocida como la primera partera titulada en realizar con gran éxito algunos procedimientos como fue el caso de las «maniobras externas»¹¹¹, el cual, como se mencionó en párrafos anteriores, fue una práctica parecida a la que realizaban las parteras tradicionales que se denominaba «palpar a secas» y que posteriormente se incorporó a la práctica médica.

Aunque oficialmente las parteras que laboraron en la Maternidad no fueron incluidas como parte de la plantilla de profesores para la cátedra de obstetricia, en la práctica, este espacio les permitió formar parte de la enseñanza de parteras y médicos cuando se autorizaron las prácticas hospitalarias: «Por muchos años y en particular [Dolores Román], dio a mujeres y estudiantes de medicina, lecciones de obstetricia, formando no pocas discípulas hábiles»¹¹².

¹⁰⁸ José Olvera, "Discurso pronunciado el día 3 de Julio de 1871 en la sesión pública, celebrando el tercer aniversario de la instalación de la Sociedad Médica Pedro Escobedo", *El Observador Médico*, núm. 22, tomo I, México, 1871, p. 346.

¹⁰⁹ De acuerdo con Nicolás León, la Sra. Román fue hija de «indios de raza pura», nació en 1823 en Huachinango, Estado de Puebla. Al contraer matrimonio se trasladó a la Ciudad de México y al quedarse viuda y sin hijos se inscribió a la cátedra de obstetricia en 1853. Murió en 1896 a la edad de 73 años. Nicolás León, "La historia de la obstetricia...", *op. cit.*

¹¹⁰ *Ibidem*, p.271.

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² *Ib.*

Figura 4. «Partera titulada Dolores Román»



Fuente: Nicolás León, “La historia de la obstetricia en México”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1910, p. 122.

El Hospital de Maternidad otorgó a las parteras tituladas la legitimidad para ejercer su profesión con el respaldo médico, sin embargo, ejercer en un espacio médico y por tanto masculino, también las obligó a acatar normas institucionales que con el tiempo influyó, paradójicamente, en restringir su participación en el parto.

Aparte del Hospital de Maternidad, las parteras tituladas también tuvieron la opción de ejercer su profesión de manera independiente a través de la práctica privada. Para difundir sus servicios, las parteras recurrieron a la publicación de anuncios en diversos periódicos de la época, como los que se pueden localizar en *El pájaro verde*:

Teresa Carrera, profesora examinada de partos tiene el honor de avisar a su numerosa clientela, y al público en general, que se ofrece a su disposición en la primera calle de San Ramón n. 9¹¹³.

Refugio Cortera de Argüelles, profesora en partos y flebotomiano, avisa a su numerosa clientela y al público en general, que ha mudado su domicilio a la calle de Portillo de San Diego número 11, vivienda número 1. Y para mejor comodidad y violencia, como ya es conocida de las personas que se dignan ocuparla, al efecto estará una campana que por medio de un botón que está fijado en la puerta, se llamará¹¹⁴.

La difusión de sus servicios a través de este medio no fue exclusivo de las parteras, diversos profesionistas como médicos y maestras recurrieron a la misma práctica. Aunque se ha documentado la existencia de anuncios similares en otros países, las narrativas de las parteras mexicanas reflejan una mayor independencia en el ejercicio de su práctica en comparación con las matronas extranjeras, por ejemplo, los anuncios en Colombia se acompañaban de un certificado firmado por el médico que avalaba las habilidades de la partera que ofertaba sus servicios¹¹⁵.

A diferencia de quienes trabajaron en el Hospital de Maternidad, las parteras que ejercían su profesión a nivel privado gozaron de cierto grado de independencia ya que, atendiendo el parto en la casa de la partera o de la parturienta, el ámbito doméstico constituía un espacio socialmente de las mujeres.

La mayoría de las mujeres que se dedicaron a la partería profesional fueron mujeres de clase acomodada, transgrediendo varias normas vinculadas con su grupo social ya que era mal visto que las mujeres de este grupo social trabajaran porque era

¹¹³ "Profesora examinada", *Pájaro Verde*, núm. 50, tomo I, México, 12 de Septiembre, 1863, p. 4.

¹¹⁴ "Profesora de Partos", *Pájaro verde*, núm. 27, tomo V, México, 27 de Abril, 1867, p. 3.

¹¹⁵ Libia Restrepo, *Médicos y comadronas...*, *op. cit.*

señal de problemas económicos en la familia¹¹⁶. Además, dedicarse a la partería las obligaba a salir de sus casas en altas horas de la noche y pasar mucho tiempo fuera de casa, característica relevante si se considera que el lugar común de las mujeres en México en el siglo XIX era el hogar¹¹⁷. Así, la partería se sumó a las pocas actividades extradomésticas para las mujeres de clase alta de la época¹¹⁸.

Ejercer la profesión en el Hospital o cuenta propia, las parteras tituladas contaron con mejores condiciones de trabajo que la mayoría de las mujeres de la época, incluyendo a quienes laboraron en la industrial textil y tabacalera¹¹⁹. Aunque se ha afirmado que las parteras tituladas recibían por sus servicios un menor pago que los médicos¹²⁰, su «numerosa clientela», como ellas mismas enfatizaban en los anuncios de periódicos, las proveía de ingresos económicos suficientes y frecuentemente incomparables con los que podían ganar en otras actividades laborales. Existen registros¹²¹ de que María del Pilar Barrientos, madre del famoso pintor mexicano Diego Rivera y quien estudió para partera en el Estado de Guanajuato, representó un importante sostén económico dedicándose a la partería durante los primeros meses en que la familia Rivera radicó en la ciudad de México en 1892.

1.2.2.3 Prácticas de parteras tituladas

Las parteras tituladas atendieron el parto en las mismas condiciones que los médicos. Ellas, al ser llamadas por las parturientas antes que los médicos fueron clave para reproducir y difundir la práctica médica a través del uso de instrumentos como los fórceps ó el pelvómetro, tan solo por mencionar. Aun cuando los médicos comenzaron a restringir la práctica de las parteras a través de los reglamentos, ésta no dejó de estar

¹¹⁶ Silvia Arrom, *Las mujeres de la ciudad...*, *op. cit.*

¹¹⁷ Julia Tuñón, *Mujeres en México...*, *op. cit.*

¹¹⁸ Para el siglo XIX, la filantropía era la principal actividad que las mujeres de clase social alta realizaban fuera del hogar. Carmen Ramos, "Señoritas porfirianas...", *op. cit.*

¹¹⁹ Para conocer las condiciones de trabajo de las mujeres que trabajaban en la industria textil y tabacalera en el siglo XIX véase *Ibidem*.

¹²⁰ Ana María Carrillo, "Nacimiento y muerte...", *op. cit.*

¹²¹ María del Pilar Rivera, *Mi hermano Diego*. México, SEP/Gobierno del Estado de Guanajuato, 1986, p. 223. Véase también: Ernesto Cordero y José Sanfilippo, *A los cincuenta años de su muerte. Diego Rivera y la medicina mexicana*, México, UNAM, 2008, p. 63.

exenta de la utilización del arsenal médico; por ejemplo, en el Reglamento para parteras expedido en marzo de 1892 se especificó que tendrían que llevar consigo:

una sonda para el cateterismo uretral, una sonda para la insuflación traqueal del producto, un termómetro, un estetoscopio, un paquete de seda aséptica, un irrigador con cánula para inyecciones vaginales y varios paquetes de bicloruro de mercurio; además debía llevar siempre una copia del Reglamento y de las instrucciones para la partera¹²².

Al igual que los médicos, las parteras reproducían en sus discursos la importancia de una estricta asepsia y antisepsia para prevenir complicaciones y diagnosticar oportunamente la fiebre puerperal. Este interés por la asepsia y la antisepsia llevó a los médicos a querer normar la vestimenta de las parteras. De acuerdo con Miguel Mercado¹²³, las parteras tenían que asistir al llamado de las mujeres con vestidos perfectamente aseados cuyas mangas fueran lo suficientemente amplias para poderlas levantar con facilidad y tendrían que utilizar un delantal que lavarían después de asistir un parto. En la práctica, no hay datos suficientes que permitan afirmar que las parteras respetaran dichas normas.

1.2.2.4 Integrantes de sociedades médicas

Contar con un título universitario representó un boleto de entrada para que un grupo de parteras formara parte de las Sociedades Médicas. No era sencillo ser aceptado como socio. Aunque cada asociación establecía sus propios requisitos de ingreso, en el caso de la Sociedad «Pedro Escobedo», que es a la que pertenecieron las parteras, el candidato debía ser propuesto por tres o más socios titulares. Una vez aceptada la propuesta, el aspirante requería elaborar un trabajo inaugural y la decisión definitiva de su ingreso dependía de un «escrutinio en secreto» que requería la aprobación mínima de dos tercios

¹²² Miguel Mercado, *Reglamento a que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de la de su profesión*, Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación, 1892, pp. 1-8.

¹²³ *Ibidem*.

de los socios¹²⁴. Se registraron casos de médicos solicitantes que aun cubriendo con los primeros requisitos, quedaron fuera en la votación final. Algunas parteras examinadas pasaron por este proceso.

De acuerdo con los archivos consultados, la primera partera que aparece como «socio»¹²⁵ fue María Barrera. Aunque no se tiene la fecha exacta de su ingreso, por un informe anual se puede deducir que ingresó a la Sociedad en 1894 y permaneció en ella, al menos, hasta 1898, año en que se registra su última publicación¹²⁶. Todo parece indicar que en este último año se incorporó la partera Paz Dávalos quien apareció de manera constante en las listas de asistencia a las sesiones ordinarias hasta 1906¹²⁷. Por su parte, Concepción Fernández y Dolores Osorio fueron aceptadas en 1904. Estas últimas parteras fueron propuestas para integrarse a la Sección de Obstetricia por los médicos Alberto López Hermosa, Gregorio Mendizábal, Ángel Nieto y Enrique Aragón; después de presentar las pruebas establecidas en el reglamento, ambas fueron admitidas por unanimidad de votos¹²⁸. Para 1906, se incluía en las listas de asistencia a Juana Gómez de Fernández¹²⁹.

Una vez ingresando, los requisitos de permanencia incluían una asistencia mínima a las sesiones ordinarias, así como «contribuir con su palabra y escritos al sostenimiento y progreso de la Sociedad»¹³⁰, este pronunciamiento se traducía en la obligación de preparar y exponer públicamente entre los socios, reflexiones y aprendizajes alrededor de su práctica o en su caso, resultados de investigación. Las exposiciones de los socios

¹²⁴ “Reglamento de la Sociedad Médica «Pedro Escobedo»”, *El Observador Médico*, núm. 16, tomo III, 1903, pp. 241- 249.

¹²⁵ Me refiero en masculino porque es de esta manera cómo se referían a las parteras en todos los registros.

¹²⁶ Referencias que se encuentra en: Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, *op. cit.*, p. 2.

¹²⁷ La falta de ejemplares de las revistas en los acervos históricos, así como la suspensión de publicación de números por problemas económicos de la misma sociedad, no permite un seguimiento lineal del registro de las parteras en las sesiones.

¹²⁸ “Acta de la sesión ordinaria verificada el viernes 26 de agosto de 1904”, *El Observador Médico*, Segunda época, 1904, pp. 344- 347.

¹²⁹ Véase, “Acta de la sesión ordinaria verificada al viernes 27 de abril de 1906”, *El Observador Médico*, Segunda época, tomo VI, septiembre 15, 1906, pp. 107- 108. Es importante decir que para 1903, Columba, la segunda mujer que obtuvo el título de médico, también formaba parte también de la Asociación, véase, “Acta de la sesión ordinaria verificada el viernes 18 de septiembre de 1903”, *El Observador Médico*, Segunda época, núm. 19, tomo III, México, 1903.

¹³⁰ Reglamento de la Sociedad Médica “Pedro Escobedo”, *op. cit.*

se publicaban posteriormente como artículos en las revistas de la Sociedad, *La Escuela de Medicina* y *El observador médico*. Para permanecer en la Sociedad, las parteras cubrieron con estos requisitos. La autora de la primera publicación de la que se encontró registro fue la «Srta. Barrera», como solía aparecer en las minutas, tan sólo en el primer año de su ingreso escribió dos de los seis trabajos que se presentaron públicamente en la sección de obstetricia y ginecología¹³¹. En el cuadro No. 1 se muestra una relación de artículos localizados en publicaciones médicas de los que fueron autoras las parteras tituladas¹³².

La estructura de los artículos de las parteras es similar a los textos de los médicos. En ambos casos solían comenzar expresando disculpas por las deficiencias de sus trabajos y agradeciendo las enseñanzas de los médicos con mayor renombre. En el desarrollo de su trabajo es evidente cómo ellas se apropiaron del lenguaje médico- científico, de las preocupaciones médicas de la época y de la necesidad de utilizar instrumentos y artefactos también médicos, en la atención del parto:

La aplicación del espejo, como la de toda exploración obstétrica, exige la esmerada desinfección previa del canal vulgo- vaginal, la esterilización absoluta del instrumento y la del algodón, gasa y demás objetos de curación, así como la antisepsia de las manos de la partera. La omisión de los preceptos del método antiséptico sería de trascendentales consecuencias [...] El tacto combinado con la palpación nos, como llevo dicho, datos preciosos para establecer con oportunidad el diagnóstico de la infección uterina, y el espejo nos permite rectificar nuestro juicio, ver el estado del cuello y llevar directamente los agentes terapéuticos destinados a combatir las infecciones localizadas a esta región del órgano gestador¹³³.

¹³¹ “Trabajos presentados a la Sociedad Médica «Pedro Escobedo» en el año de 94 a 95”, *La Escuela de Medicina*, núm. 4, vol. 5, 1895, pp. 92- 93.

¹³² La mayoría de los artículos que se incluyen en el cuadro se localizaron en los archivos, sin embargo, se incluyeron algunos trabajos que, aún sin encontrar los textos completos, fueron registrados por Nicolás León en su texto “La Obstetricia en México...”, op. cit. La referencia completa de los artículos se encuentra en la bibliografía general.

¹³³ Dolores Osorio, “Para hacer completa la exploración vaginal y cervical en el puerperio es indispensable el espejo”, *El Observador Médico*, núm. 12, vol. 5, 1905, pp. 178- 182.

Cuadro No. 1
Relación de publicaciones de las parteras tituladas mexicanas
1894- 1906¹³⁴

| Autora | Título del artículo | Revista | Año |
|--------------------------|---|-------------------------|------------|
| María Barrera | Extracción manual de la placenta. | La Escuela de Medicina | 1894 |
| | Un caso de versión por maniobras externas. | La Escuela de Medicina | 1895 |
| | Ligadura y forcipresura del cordón umbilical. | La Escuela de Medicina | 1898 |
| Paz Dávalos | Estudio sobre el parto secundino. | La Escuela de Medicina. | 1898 |
| | Infecciones puerperales debidas a recargo intestinal. | La Escuela de Medicina | 1900 |
| | Síncope. Raro caso que puede sobrevenir durante y después del trabajo de parto. | El observador Médico | 1905 |
| Dolores Osorio | Para hacer completa la exploración vaginal y cervical en el puerperio es indispensable el espejo. | El observador Médico | 1905 |
| | Parto Secundino. | El observador Médico | 1905 |
| Juana Gómez de Fernández | Higiene del recién nacido. | El observador Médico | 1906 |

Fuente: Elaboración propia.

Algunas «parteras- socios» aprovecharon el espacio que tuvieron a través de las publicaciones para divulgar sus habilidades para atender el parto, para diagnosticar y tratar sus complicaciones y para expresar sutilmente sus inconformidades ante las restricciones que, desde el gremio médico, comenzaron a establecerse para las parteras tituladas a finales del siglo XIX:

¹³⁴ Existe un registro de presentación por parte de Paz P. de Dávalos que no cuenta con publicación escrita pero sí con presentación oral. El trabajo se titula «Infecciones puerperales por recargo intestinal» en el cual describió «al Coli-Bacillus emigrando a través de los tejidos, para llegar a las regiones propias a su desarrollo, y nos da las reglas que deben seguirse para entrar que, no solo tan temible agente, sino también los otros que alberga el intestino, puedan producir sus espantosos efectos». Juan Peori del Valle, “Infecciones puerperales por recargo intestinal”, *El Observador Médico*, núm. 8, tomo 1, México, 1901, p. 113.

es cierto que las parteras no estamos autorizadas para hacer las susodichas maniobras [versión externa] en determinados casos, [pero] una respetable y competente opinión ha dicho que primero son las leyes de humanidad, que cualquier otra¹³⁵.

Hay que tomar en cuenta que para 1895, año en que se publicó este artículo de María Barrera¹³⁶, ya existía el Reglamento en el que se prohibía a las parteras tituladas realizar varios procedimientos, entre ellos, la llamada «maniobra por versión externa». En su artículo, Barrera describió de manera clara y precisa el caso de una parturienta en la que llevó a cabo este procedimiento con gran éxito¹³⁷. A diferencia de los socios médicos, ninguna de las parteras mexicanas presentó o publicó algún trabajo de investigación, tal y como lo hicieron algunas matronas en otros países¹³⁸, sin embargo, no se descarta la posibilidad de que pudieran organizarse para desarrollar sus propios estudios.

1.2.2.5 Organización de mujeres: La Liga de parteras

Paulatinamente, las parteras tituladas fueron ganando legitimidad para ejercer su profesión entre las distintas clases sociales. Aquellas mujeres que decidían parir bajo la mirada médica preferían llamar a una partera con título que a un médico. Los médicos, considerando como amenaza a las parteras examinadas, comenzaron una campaña de desprestigio que se caracterizó por una restricción legal de su práctica. En 1846, el artículo 62 del Reglamento del Consejo de Salubridad especificaba que las parteras sólo podían recibir a la criatura, cortar el cordón umbilical y darle los primeros auxilios.

¹³⁵ María Barrera, “Un caso de versión por maniobras externas (Leído en la Sociedad Médica)”, *Periódico dedicado a las Ciencias Médicas*, núm. 6, tomo XIII, México, 1895, pp. 124- 125.

¹³⁶ Recuperar el nombre de otras parteras tituladas que ejercieron la profesión y que no pertenecieron a la Sociedad Médica requiere un estudio aparte. Algunos de ellos como Luisa Nólam Henderson de Quintana, María Muñoz Ledo y Domitilia Cánovas se pueden encontrar en: “Lista de los Médicos, Farmacéuticos, Parteras y Dentistas que se recibieron en la Escuela N. de Medicina de México durante el año de 1888”, *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXIV, México 1889, pp. 17- 18.

¹³⁷ María Barrera, “Un caso de versión...”, *op. cit.*

¹³⁸ Los médicos mexicanos llegaron a citar investigaciones realizadas por matronas en otros países, por ejemplo, el caso de Madama Alliot, una partera en jefe de la Maternidad de París que pesó a 4 104 niños para determinar el peso promedio de los recién nacidos. Véase, Miguel Barragán, *Ligeros apuntes sobre el infanticidio en México*. Tesis que para obtener el título de Médico Cirujano, México, UNAM, 1883.

Estos estatutos se ratificaron por el Consejo en 1857¹³⁹, subrayando que las parteras examinadas sólo podrían «recibir a la criatura, dar los primeros socorros en caso de asfixia, cortar el cordón y advertir a la interesada cuando hubiere necesidad de un profesor»¹⁴⁰. Haciendo caso omiso a la reglamentación, las parteras atendieron partos complicados, motivo por el que la campaña de los médicos en contra de las parteras examinadas se intensificó para finales del siglo XIX. En 1892 se aprobó por la Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación el «Reglamento a que deberán sujetarse a las parteras en el ejercicio de su profesión»¹⁴¹. En este documento nuevamente se enfatizó en que las parteras sólo podrían atender partos sin complicaciones, también se les prohibía el uso de instrumentos como los fórceps y se establecía un menor pago de honorarios en comparación con la remuneración a la que podían aspirar los médicos.

En respuesta a estas restricciones, las parteras tituladas crearon lo que denominaron «Liga de Parteras»¹⁴². Esta organización representó una lucha y participación política de estas mujeres. Para las últimas décadas del siglo XIX ya se tenían precedentes de otras organizaciones de mujeres trabajadoras, principalmente de la industria textil y tabacalera¹⁴³.

Para defender su derecho a ejercer libremente su profesión y respaldadas por la Liga, las parteras redactaron varias cartas dirigidas a Porfirio Díaz, entonces presidente de la República, solicitándole la derogación de los artículos del reglamento en los que se les prohibía atender partos complicados por ir en contra de la libertad de profesiones establecida en la Constitución¹⁴⁴. A diferencia de los escritos de mujeres de clase alta que fueron publicados en algunos periódicos de la época en donde ellas asumían una

¹³⁹ Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, *op. cit.*

¹⁴⁰ AHFM-UNAM, Fondo Escuela de Medicina y Alumnos, *FEMYA*, Legajo 123, Exp. 1, Foja 77- 8, 1854.

¹⁴¹ «Reglamento al que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión», *La medicina científica*, núm. 11, vol. 5, 1892, pp. 168- 169.

¹⁴² Para 1892, la Mesa Directiva de la sociedad Liga de Parteras estaba organizaba de la siguiente manera: como Presidenta Rómula Bravo, Vicepresidenta Ma. Jesús Treviño, Primera Secretaria Natalia Cervantes, Segunda Secretaria J. Santamaría, Primer Vocal Jesús Pérez de León, Segundo Vocal D. Carmona y Tesorera Vicenta Manjarrez, en: Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNAM, "Sociedad Liga de Parteras, "Carta al Presidente de la República", Instituto y Sociedades Médicas, exp. 1, f. 1-2, 23 Abril, 1892.

¹⁴³ En el siglo XIX las mujeres trabajadoras organizaron diversas huelgas con la intención de exigir incremento salarial y mejores condiciones de laborales. Véase, Carmen Ramos, "Señoritas porfirianas...", *op. cit.*

¹⁴⁴ Ana María Carrillo, "Nacimiento y muerte...", *op. cit.*

inferioridad a los hombres¹⁴⁵, las parteras argumentaron tener más derecho que los médicos en la atención de partos por invertir un mayor tiempo en los estudios: «aunque [las clases] son las mismas para ambos y dirigidos todos por los propios Profesores, *ellas* las cursan durante dos años, y *ellos* durante uno solo»¹⁴⁶. Aparte de los conocimientos, las parteras también argüían contar con más habilidades porque, a diferencia de los médicos, ellas se dedicaban exclusivamente a la atención de partos lo que las calificaba como especialistas¹⁴⁷.

La organización de las mujeres ocasionó la respuesta de los médicos. Andrés Quijano fue uno de los clínicos que respondió a las parteras a través de una publicación en donde argumentaba que, si bien los médicos asistían al curso de obstetricia sólo un año, ellos tenían el hábito de estudiar y de llevar conocimientos previos de otras áreas como física, química, anatomía y patología, lo que no se podía comparar con las estudiantes de partería que «apenas si poseían conocimientos de un niño de diez años que sabe leer, escribir y contar». Quijano se mofaba de que las parteras estuvieran defendiendo su práctica ya que, según él, ellas no eran capaces de realizar operaciones de gran complejidad como la aplicación de fórceps o la embriotomía:

Y no porque las mujeres no sean, en general, tan capaces como los hombres para el estudio de todas las ciencias y el ejercicio de todas las artes, sino porque la deficiencia actual de su educación científica las hace inferiores. Amplíese ésta y no habrá inconveniente en acordar la mayor suma de confianza¹⁴⁸.

Quijano no era el único que consideraba que el origen de la situación de la mujer no estaba en la naturaleza sino en la organización social que prevalecía en ese momento determinado¹⁴⁹, sin embargo, causas naturales o culturales, las diferencias educativas

¹⁴⁵ Véase, por ejemplo: Carmen Ramos, "Señoritas porfirianas...", *op. cit.*

¹⁴⁶ Andrés Quijano, "Dos palabras a propósito...", *op. cit.*

¹⁴⁷ *Ibidem.*

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 174.

¹⁴⁹ Por ejemplo, Genaro García afirmaba que la situación de las mujeres constituía el mejor termómetro de la civilización, por tal motivo, este abogado cuestionaba las leyes jurídicas que les negaba a las mexicanas votar en elecciones populares, el poder de ocupar cargos de elección, la posibilidad de asociarse para tratar asuntos políticos, tomar las armas para el ejercicio de la guardia nacional y ejercer toda clase de negocios. García, Genaro *Apuntes sobre la condición de mujer. La desigualdad de la mujer,*

entre varones y mujeres de la época servía de basamento para argumentar que las parteras no estaban capacitadas para atender complicaciones en el parto. Pese a las restricciones legales, las narrativas médicas indican que las parteras tituladas continuaron atendiendo partos complicados utilizando instrumentos médicos¹⁵⁰ y resolviendo situaciones de gravedad al mismo nivel que ellos¹⁵¹.

1.2.2.6 Declive de la partería profesional

El proyecto inicial de formar mujeres para atender partos desde los esquemas de la mirada médica pretendía controlar a las parteras pero no eliminarlas¹⁵²; los médicos reconocían el importante papel que la figura de la partera constituía para la sociedad. A finales de 1906, un corresponsal de la Sociedad Médica Pedro Escobedo escribió sobre lo lamentable que sería para el país quedarse sin alumnas de obstetricia o sin un número considerable para cubrir las necesidades del país, por tal motivo, insistía en que la Escuela Nacional de Medicina tendría que exigir estudios preparatorios para las aspirantes a partería y continuar con el plan de estudios que tan satisfactorios resultados había dado hasta la fecha¹⁵³. Con el tiempo y al igual que en su momento las mujeres sanadoras representaron una amenaza política y religiosa para la Iglesia¹⁵⁴, las parteras tituladas constituyeron una amenaza para los médicos.

La desaparición del programa de formación de parteras tituladas en México requiere entenderse a partir de su vinculación con la carrera de enfermería. Hasta finales del siglo XIX, la enfermería estaba relacionada con actividades que mujeres y hombres

edición y prólogo de Ramos, Carmen, México, CIESAS, Universidad Autónoma de Zacatecas, Miguel Ángel Porrúa, 2007.

¹⁵⁰ El nuevo reglamento establecía una multa de 5 a 100 pesos a la partera que utilizara instrumentos médicos. Reglamento al que deberán sujetarse..., *op. cit.*

¹⁵¹ Algunas resoluciones de partos complicados atendidos por parteras se pueden encontrar en: "Acta de la sesión verificada el viernes 26 de agosto 1904", *op. cit.*; véase también Demetrio Mejía, "Un caso importante...", *op. cit.*

¹⁵² Este planteamiento también es propuesto por Mary Lindemann para varios países en Europa. Mary Lindemann, *Medicina y sociedad*, *op. cit.*

¹⁵³ Arturo Méndez, "Discurso", *El Observador Médico*, núm. 16, vol. 6, 1907, pp. 271- 278.

¹⁵⁴ Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *Brujas, parteras y enfermeras*, EU, The Feminist Press, 1973, pp. 41.

realizaban en los hospitales que existían en la Nueva España desde el siglo XVI¹⁵⁵. Los(as) enfermeros(as)¹⁵⁶ se ubicaban en la categoría de sirvientes ya que, aparte de atender enfermos, también realizaban actividades domésticas lo que propició la existencia de las categorías de enfermera(o) lavandera(o), enfermera(o) cocinera(o) y enfermera(o) mandadera(o)¹⁵⁷.

En México, una primera e incipiente formación de enfermería se creó en 1898 cuando, por acuerdo del presidente Porfirio Díaz, se estableció la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros ubicada en el Hospital de Maternidad e Infancia¹⁵⁸. En 1907, una vez inaugurado el Hospital General de México, se inauguró formalmente la primera escuela de enfermería en el país¹⁵⁹. Siguiendo el modelo de Florencia Nightingale, la escuela se caracterizó por responder a las necesidades de los médicos, ser exclusiva para mujeres, rígida, disciplinaria, técnica, centrada en la enfermedad y de bajo nivel educativo¹⁶⁰. El plan de estudio fue elaborado por uno de los médicos con mayor prestigio y posición de la época, Eduardo Liceaga. Para implementarlo, se invitó a enfermeras extranjeras primero de Estados Unidos y posteriormente de Alemania¹⁶¹.

Para 1911 y bajo el argumento de ahorrar presupuesto, la formación de enfermeras y parteras se fusionaron en una sola carrera. Las mujeres que aspiraban a ser parteras primero tenían que cursar dos años de la carrera de enfermería. La formación profesional

¹⁵⁵ José Luis Gómez y Norma García, "De parteras a enfermeras, la institucionalización de la enfermería en el Colegio del Estado", *Gaceta Histórica de la BUAP*, núm. 2, 2010.

¹⁵⁶ Aunque históricamente la enfermería se ha concebido como una profesión de mujeres, todavía en el siglo XIX figuró la imagen del «enfermero». Cuando se comenzaron a crear las escuelas de enfermería bajo el modelo de Florence Nightingale, a principios del siglo XX, la profesión se restringió exclusivamente a las mujeres. En México, por ejemplo, se pueden encontrar registros de que existía la categoría de enfermeros primeros y segundos en el ejército y en la armada. Véase, *Ordenanzas del Ejército y Armada de la República Mexicana, Legislación Mexicana, De las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la República ordenada por los licenciados Manuel Dublan y José María Lozano*, Edición Oficial, tomo XVII, México, Imprenta del Comercio de Dublan y Chávez, a cargo de M. Lara (hijo), 1897.

¹⁵⁷ José Luis Gómez y Norma García, "De parteras a enfermeras...", *op. cit.*

¹⁵⁸ Sara Torres y Elvia Zambrano, "Breve historia de la educación de la enfermería en México", *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, núm. 2, vol. 18, 2010, pp. 105- 110.

¹⁵⁹ Esta escuela de enfermería formó parte de la Universidad Nacional de México que después se instituyó como Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

¹⁶⁰ Margarita Cárdenas y Rosa Zárate, "La formación y la práctica de la Enfermería en México", *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, núm. 2, tomo 19, 2001, pp. 92- 102.

¹⁶¹ Para profundizar sobre la primera Escuela de enfermería véase Sara Torres y Elvia Zambrano, "Breve historia de la educación...", *op. cit.*

de parteras con setenta y ocho años de existencia se supeditó a una disciplina de recién creación y sobre todo, subordinación médica. Esta vinculación de la carrera de partería y enfermería, materializó el pensamiento de Juan Ma. Rodríguez a mediados del siglo XIX, quien expresaba que las parteras no eran más que enfermeras especialistas y que debieran evitar realizar operaciones médicas o recetar¹⁶². Como afirma Ana María Carrillo¹⁶³, esta restricción llevó al desvanecimiento de la figura social de la partera titulada para convertirla en enfermera especialista con limitado reconocimiento social.

1.2.3 Parteras tituladas vs parteras tradicionales

Las diferencias entre la práctica de las parteras tituladas y las tradicionales/aficionadas fueron las mismas que se establecieron entre estas últimas y los médicos. Mientras que los instrumentos de las parteras tradicionales incluían palanganas, ánforas con aceites, brebajes con hierbas o simplemente un petate¹⁶⁴, las parteras tituladas, al igual que los médicos, utilizaron instrumentos fabricados especialmente para intervenir los cuerpos de las mujeres pariendo.

Mientras que las parteras tradicionales eran ubicadas en clases sociales medias y bajas, las parteras tituladas eran mujeres principalmente de clases acomodadas. Aparte de los partos, las funciones de las parteras, sobre todo tradicionales, se extendían a la atención de otras enfermedades que no necesariamente tenían que ver con el embarazo y parto. En cambio, la creación de la cátedra de parteras se pensó en una mujer para dedicarse a la atención de partos sin involucrarse en terrenos de enfermedades de mujeres, un campo que posteriormente se distinguiría como ginecología, una especialidad de médicos.

¹⁶² Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, *op. cit.*

¹⁶³ Ana María Carrillo, "Nacimiento y muerte...", *op. cit.*

¹⁶⁴ El petate es un tejido de palma de extensión variable que desde antes de la conquista española hasta la fecha es elaborado de forma manual por los tejedores de la palma de distintas regiones del país.

Aunque en la literatura extranjera¹⁶⁵ se han utilizado como sinónimo las palabras partera, matrona, comadre, en el contexto mexicano no fueron términos intercambiables. Por ejemplo, en países como España era más común utilizar la palabra matrona para diferenciarse de las parteras que eran las mujeres que aprendían a partear sin una instrucción institucional¹⁶⁶; en México no sólo las mujeres con título se autodenominaron parteras sino que los mismos médicos se hacían llamar médicos-parteros. No obstante, identificarse como parteras, profesoras o tocólogas era diferente a ser comadres o rinconeras, como despectivamente se referían a las parteras tradicionales.

1.3 Médicos parteros

Poseer un título de médico en el siglo XIX no se traducía en respeto y credibilidad por parte de la población. De acuerdo con Claudia Agostoni¹⁶⁷ «la actualización mediante el estudio de revistas especializadas, viajes al extranjero, y los títulos universitarios no constituían motivos suficientes para que la comunidad médica tuviera el respeto de la población y la demanda de sus servicios». El público capitalino se centró principalmente en los facultativos con mayor prestigio que eran los menos y por tanto, los mejor remunerados¹⁶⁸. Al limitado reconocimiento social habría que añadir que fue una época en que prevalecía una gran presencia de médicos ilícitos quienes teniendo más clientela que los médicos con título, ofrecían sus servicios en plazas públicas y convertían la práctica médica en un «espectáculo»¹⁶⁹.

Aunado al limitado reconocimiento, el egresado de la carrera de medicina tampoco tenía asegurada una estabilidad laboral y económica. De acuerdo con Juan María

¹⁶⁵ Véase, Paloma Moral de Calatrava, “La «mujer cerrada»: La impotencia femenina en la Edad Media y el peritaje médico-legal de las parteras”, *Dynamis*, núm. 2, vol. 3, 2013, pp. 461- 483.

¹⁶⁶ Está documentado que, ya en Perú, Benita Paulina y sus discípulas se autodenominaron «obstetrices» para diferenciarse de las parteras tradicionales. Lissell Quiroz, “De la comadrona a la obstetricia...”, *op. cit.*

¹⁶⁷ Claudia Agostoni, “Médicos científicos y médicos ilícitos en la Ciudad de México durante el Porfiriato”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol. 19, 1999, p. 20.

¹⁶⁸ Martha Rodríguez, “Tres médicos mexicanos y su referencia al ejercicio moral de la medicina. Segunda mitad del siglo XIX”, *Cirugía y cirujanos*, núm. 3, vol. 77, 2009, pp. 241- 246.

¹⁶⁹ Claudia Agostoni, “Médicos científicos...”, *op. cit.*

Rodríguez¹⁷⁰, más de un joven aplicado vagaba durante algunos años al terminar la carrera hasta asegurar con su labor el pan de cada día, eran pocos, afirmaba este médico, los que lograban adquirir una mejor posición y «cierta estabilidad económica, una casa decente, muchos libros, instrumentos y un carruaje». A la postura de Rodríguez se suman las narrativas de los médicos que calificaban a la medicina como una profesión «sembrada de espinas»¹⁷¹.

Un punto de partida que no hay que dejar de lado es que los médicos, más allá de poseer un título, eran varones. Si bien existe una vasta literatura historiográfica en la que se analiza la construcción de roles de género opresivos contra la mujer en el siglo XIX, son limitados los trabajos¹⁷² que develan la conformación de los ideales de masculinidad en México en el siglo XIX. De acuerdo con Víctor Macías, la subjetividad de modelo hegemónico de varón¹⁷³ «existió en una coyuntura crítica en el desarrollo de la sociedad mexicana: la aparición del ciudadano y del individuo durante el difícil y conflictivo proceso de unificación nacional (1750- 1921)»¹⁷⁴

El modelo de «varón- ciudadano ideal» tuvo una importante influencia europea. Inicialmente emergió de las capas acomodadas y se filtró paulatinamente a todos los estratos sociales¹⁷⁵. El sistema de valores de «varón ideal» fue incorporado al *ethos* médico como figura que representaba una pieza importante dentro del proyecto de progreso de la sociedad mexicana. Un «verdadero caballero» tenía que poner especial

¹⁷⁰ Juan María Rodríguez, “Embriotomía y evolución artificial (procedimiento de Scanzoni), Muerte de la madre”, *Gaceta Médica de México*, núm. 21, tomo V, México, 1870, pp. 333- 338.

¹⁷¹ Manuel Soriano, “Aborto-hemorragia consecutiva, Tratamiento quirúrgico”, *Gaceta Médica de México*, núm. 14, tomo III, México, pp. 233- 235.

¹⁷² Algunos trabajos en los que se aborda el estudio de las masculinidades en México en el siglo XIX se encuentran en: Víctor Macías, “Hombres de mundo: La masculinidad, el consumo, y los manuales de urbanidad y buenas maneras”, en: Ma. Teresa Fernández, Carmen Ramos y Susie Porter (coords.), *Orden social e identidad de género, México, siglo XIX y XX*, México, CIESAS/Universidad de Guadalajara, 2006, pp. 267- 297.

¹⁷³ Defino como masculinidad hegemónica el predominio de una gama de conductas que conforman una forma de expresión de «ser varón» en una cultura determinada. Para profundizar en el tema de masculinidades véase Roberto Connell, “La organización social de la masculinidad”, en: Teresa Valdés y José Olavarría, (eds), *Masculinidad/es, Poder y crisis*, Chile, ISIS Internacional/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), 1997, pp. 31- 48., Rafael Montesinos (coord.), *Perfiles de la masculinidad*, México, UAM/Plaza y Valdés Editores, 2007, pp. 181- 230.

¹⁷⁴ Víctor Macías, “Hombres del mundo...”, *op. cit.*, p. 268.

¹⁷⁵ De acuerdo con Víctor Macías los manuales de urbanidad y buenas costumbres fueron muy comunes en el siglo XIX y forman un archivo de las sensibilidades de varones y mujeres. *Ibidem*.

atención en su apariencia y guardar respeto hacia sus superiores y hacia los varones de su misma condición social.

El superior recibiría los mejores asientos, se le cedería el paso; al escribirle alguna correspondencia, se procuraría usar tinta y papel de la mejor calidad... siempre se descubriría el inferior la cabeza ante el superior, se actuaría de manera respetuosa y moderada, y si uno llegase a concurrir a algún espectáculo público, por ninguna circunstancia debería reírse de cualesquiera picardía, sátira, o comentario gracioso ofensivo a las clases directivas¹⁷⁶.

Los superiores inmediatos de los médicos eran los mismos profesores y las reglas de etiqueta para dirigirse a ellos se reflejan en las dedicatorias que se incluían al inicio de sus escritos, tanto en las tesis como en los artículos de revistas:

Presentar ante nuestros maestros, ante los médicos ilustres que honran nuestra Escuela, un trabajo digno de ellos, sería codiciar un título que no nos pertenece. A nosotros, como dice muy bien uno de mis más queridos compañeros, solo puede tocarnos la gloria de haber trazado sus huellas. Parecerá extraño que con tan débiles elementos me atreva a tomar para asunto de esta tesis, una cuestión que ha sido hasta hoy el escollo del médico. Todo, menos la fatuidad, me iduce a ello¹⁷⁷.

El carácter masculino se asoció con una noción de racionalidad¹⁷⁸ que les exigía a los varones- médicos moderar la manifestación de sus emociones por ser una cualidad que se relacionaba más con la figura femenina, a pesar de ello, se pueden encontrar destellos emotivos en las narrativas médicas:

Diré por último, que el día que oí gritar al niño, tapando la cánula, recibí un golpe eléctrico que me hizo saltar las lágrimas: esta conmoción fue necesario

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ Manuel Gutiérrez y Zavala, *La fiebre puerperal es un envenenamiento séptico*, Tesis para el examen profesional de Medicina y Cirugía, Escuela de Medicina de México, México, 1872.

¹⁷⁸ Ana María Kapelusz-Poppi, "Las nociones de género y la construcción de un discurso científico: la Escuela de Medicina de Morelia y la regulación del trabajo de las obstetras", en: Ma. Teresa Fernández, Carmen Ramos y Susie Porter (coords.), *Orden social e identidad de género. México, siglo XIX y XX*, México, CIESAS/Universidad de Guadalajara, pp. 247- 266.

ahogarla, porque sus padres estaban presentes, y comprendí que sentían lo mismo que yo; y un médico tiene necesidad de reprimir ciertos sentimientos de sensibilidad para no aparecer ridículo. Con esta sensación me consideré recompensado¹⁷⁹.

1.3.1 Abriéndose paso en una actividad de mujeres

Si bien el ejercicio de la medicina no era nada fácil, los médicos- parteros tuvieron sus propios retos. Al dedicarse a una actividad históricamente femenina, los primeros médicos- parteros no sólo tuvieron que ir ganando legitimidad entre la sociedad, sino también en el interior del mismo gremio médico. Esta situación no fue exclusiva de México, en Inglaterra, por ejemplo, los primeros médicos- parteros eran vistos como una vergüenza para la medicina¹⁸⁰; la obstetricia, afirma Moscucci¹⁸¹, era vista como un «escándalo» para la profesión médica y un peligro para el público.

La participación de los varones en la atención del parto se dio en un período relativamente corto de tiempo. Según Uribe, apenas en 1522 un médico había sido quemado vivo por haber atendido a una parturienta bajo un disfraz femenino¹⁸². A mediados del siglo XIX, la reconocida matrona española Francisca Iracheta estaba convencida que era inmoral que los hombres se dedicaran a atender partos y apelaba que era una actividad «propia de la mujer» y poco digna para los médicos¹⁸³.

Antes de que la carrera de medicina y la cirugía constituyeran una misma profesión, eran a los cirujanos a quienes llamaban para asistir aquellos partos en los que la muerte del niño era inminente o cuando la vida de la madre corría peligro. El hecho de

¹⁷⁹ Domingo Arámburu, "Introducción de una cáscara de piñón en la laringe, colocándose debajo de las cuerdas bucales, en un niño de año y cuatro meses.- extracción.- Traqueo- laringotomía crico-tiroideana", *Gaceta Médica de México*, núm. 10, tomo II, México, 1866, pp. 151- 156.

¹⁸⁰ Ornella Moscucci, *The science of woman, Gynecology and gender in England 1800-1929*, Universidad de Cambridge, EEUU, 1990, p. 69.

¹⁸¹ *Ibidem*.

¹⁸² Roberto Uribe, *La invención de la Mujer. Nacimiento de una escuela médica*, BUAP/FCE, México, 2012.

¹⁸³ Véase: Teresa Ortiz, "Las matronas y la transmisión de los saberes científicos sobre el parto en la España del S. XIX", *Revista de historia de mujeres*, núm. 1, vol. 6, pp. 55- 79.

que los cirujanos se auxiliaran de instrumentos para mutilar al feto y extraerlo ya muerto, era razón suficiente para que fueran comparados con un carnicero o un verdugo¹⁸⁴.

Los médicos- parteros tuvieron que ir desarticulando la asociación del cirujano con la muerte, además de lidiar con cuestiones morales al estar prohibido que los hombres tuvieran contacto físico con las mujeres¹⁸⁵, incluso mirar su rostro¹⁸⁶. De acuerdo con Moscucci¹⁸⁷, los médicos- parteros en Inglaterra lograron relacionarse con las clases sociales altas gracias a un cambio gradual de la imagen del médico brusco al médico gentil. Aunque la historiografía ha sostenido que los médicos fueron «ganando» autoridad en los partos de manera absoluta a través del desprestigio de las parteras¹⁸⁸, un elemento importante fue haber conservado el título de parteros. Aunque ellos tenían un discurso de ser distintos a las parteras, los médicos se acercaron a ellas al autodenominarse como «parteros». Como afirma Adrian Wilson¹⁸⁹, el vocablo «médico-partero» oculta más de lo que revela. No en todos los países los médicos se identificaron como parteros¹⁹⁰. La similitud entre «partero» y «partera» daba autoridad a aquellas personas que se dedicaban a la atención de partos. Lo mismo sucedió con las parteras tituladas, mientras que en otros países abogaron por ser llamadas «obstetricas» para diferenciarse de las parteras empíricas¹⁹¹, en México eran reconocidas y ellas mismas se identificaban como parteras.

Si bien los médicos- parteros lograron abrirse camino entre el gremio médico, con el surgimiento de la ginecología como especialidad se crearon nuevas tensiones entre estos dos campos¹⁹². Algunos médicos apelaron por conformar una disciplina que

¹⁸⁴ Lianne McTavish, *On Display: Portraits of Seventeenth-century French Men-midwives*, The Society for the Social History of Medicine, 2001, pp. 389- 415.

¹⁸⁵ *Ibidem*.

¹⁸⁶ Véase el apartado sobre tacto vaginal en el capítulo 4.

¹⁸⁷ Ornella Moscucci, *The science of woman...*, *op. cit.*

¹⁸⁸ Mary Lindemann, *Medicina y sociedad*, *op. cit.*

¹⁸⁹ Adrian Wilson, "William Hunter and the varieties...", *op. cit.*

¹⁹⁰ Agradezco a Teresa Ortiz por haberme hecho la observación que en España la palabra «partero» se centró sólo en la práctica empírica.

¹⁹¹ Véase, Lissell Quiroz, "De la comadrona a la obstetricia...", *op. cit.*

¹⁹² En vista de que los médicos no conformaban un gremio homogéneo, este tipo de conflictos no era exclusivo entre obstetras y ginecólogos. Como lo apunta Ana María Carrillo, había contradicciones entre médicos de diferentes generaciones, médicos con y sin clientela, médicos dedicados a la investigación

fusionara a la obstetricia y la ginecología¹⁹³, sin embargo, conforme esta última cobraba más fuerza, los «ginecologistas», como se definieron en algún momento, iban reclamando mayor autoridad para atender el parto y sus complicaciones¹⁹⁴. Las dificultades para definir las fronteras, así como para argumentar la constitución de una sola especialidad se reflejó en la publicación de artículos sobre la atención del parto en secciones indistintas de las revistas médicas, a veces aparecían en la sección de obstetricia, otras en la de ginecología, algunas más en los apartados de cirugía, terapéutica e higiene.

Para intentar resolver esta controversia y retomando las ideas del médico francés Auvard, Francisco Hurtado¹⁹⁵ remarcó varias diferencias entre obstetras y ginecólogos. En primer lugar el tipo de instrumentos, mientras los fórceps constituían el principal arsenal para los obstetras, el bisturí lo era para los ginecólogos. Una segunda diferencia importante era el manejo de la vía de nacimiento: los parteros se limitaban a la canalización vaginal y los ginecólogos tenían la opción de realizar operaciones abdominales y laparotomías. Hurtado se inclinaba por la práctica de los ginecólogos al considerar que los parteros recurrían a maniobras traumatizantes, largas, inciertas y propensas a provocar desgarros invisibles y altos, por tal motivo, este médico proponía que, para beneficio de «las enfermas», los parteros deberían volverse ginecólogos y los ginecólogos, parteros.

En la práctica, la obstetricia fue incorporando cada vez más las operaciones quirúrgicas, estableciendo mayores dificultades por definir las fronteras entre ambas

básica y aquellos dedicados a la atención clínica o a la salud pública, médicos de ciudad y de otros Estados, médicos mexicanos y extranjeros, médicos generales y especialistas y, médicos de diferentes especialidades. Ana María Carrillo, “Profesiones sanitarias...”, *op. cit.*

¹⁹³ Véase, Francisco Hurtado, “Ginecología.- vicio pélvico.- presentación transversa”, *Gaceta Médica de México*, núm. 3, tomo XXVIII, México, 1892, pp. 81- 88.

¹⁹⁴ En más de una ocasión, los parteros que llegaron a opinar sobre temas ginecológicos en las discusiones al interior de la Academia fueron censurados por los mismos ginecólogos; por ejemplo, en la sesión del 7 de noviembre de 1889, la opinión de Fenelón sobre la diferencia histerectomía e hysteromía fue desvalorizada por Barrera argumentando que no era un médico que se dedicara «estadios ginecológicos». “Sesión del 7 de noviembre de 1888”, *Gaceta Médica de México*, núm. 1, vol. XXIV, México, 1889, pp. 22- 25. Otro caso puede verse también en 1892, cuando Alfonso Ortiz desarrolló un tema hemorragias por desgarros del perineo y pide disculpas por ocuparse de un tema que correspondía a la ginecología. Alfonso Ortiz, “Hemorragias post- partum”, *Gaceta Médica de México*, núm. 4, tomo XXVII, México, 1892, pp. 139- 146.

¹⁹⁵ Francisco Hurtado, “Ginecología.- vicio pélvico.-...”, *op. cit.*

disciplinas. Para finales del XIX, la obstetricia y la ginecología se organizaban como una sola rama de la medicina.

Aunque el incremento de la participación de los médicos- parteros en el parto fue paulatina, dos hechos que impulsaron fuertemente este proceso fueron: la enseñanza de la obstetricia en la Escuela Nacional de Medicina en 1833 y la incorporación de la práctica clínica de los estudiantes de dicha Escuela en el Hospital de Maternidad e Infancia en 1870.

1.3.2 La formación de médicos- parteros

El arte de los partos inicialmente fue considerado una actividad para cirujanos y no para médicos. En México, la cirugía y la medicina constituyeron dos profesiones distintas hasta el primer tercio del siglo XIX. Los cirujanos se diferenciaban en latinos si tenían estudios universitarios y en romanticistas si adquirirían sus conocimientos en la práctica¹⁹⁶. Ambos eran examinados por el Protomedicato¹⁹⁷. Posteriormente, se estableció como requisito que para ejercer como cirujano se tenía que contar con una educación institucional. La cátedra «Anatomía y cirugía» fue el primer curso formal de cirugía que se abrió en México en 1621 y que tuvo por sede la Universidad Real y Pontificia¹⁹⁸. Desde ese entonces se incluyó el arte obstétrico como tema obligatorio para la formación de cirujanos¹⁹⁹.

En 1833, en ausencia del presidente Antonio López de Santa Anna, el vicepresidente Valentín Gómez Farías suprimió la Universidad y creó la Dirección

¹⁹⁶ Samuel Karchmer, "La Ginecología y la Obstetricia", en: Hugo Aréchiga y Juan Somolinos (comp.), *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*, México, FCE, 1993, p. 281.

¹⁹⁷ Institución que surge en España en el siglo XV con la intención de regular y reglamentar el ejercicio de las profesiones sanitarias; por orden de los Reyes Católicos el protomedicato comenzó a funcionar como política sanitaria en la Nueva España en 1525. Para profundizar sobre el protomedicato en México véase: Regina González Lozano y Ma. Guadalupe Almeida, "El Protomedicato", pp. 314- 315. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/700/21.pdf>

¹⁹⁸ Por disposiciones directas de las Leyes de España, la enseñanza institucional del arte obstétrico comenzó en la Real Escuela de Cirugía fundada en 1768. Roberto Uribe, *La invención de la mujer...*, *op. cit.*

¹⁹⁹ Roberto Uribe, "La cirugía mexicana en Ginecología...", *op. cit.*; Roberto Uribe, *La invención de la mujer...* *op. cit.*

General de Instrucción Pública encargada de organizar y administrar la educación desde el nivel primario hasta los estudios mayores²⁰⁰. Los Establecimientos de enseñanza superior, incluyendo el de Ciencias Médicas quedaron a cargo de esta Dirección²⁰¹. El plan de estudios que se abrió en el Establecimiento de Ciencias Médicas (ECM) integró a la medicina y a la cirugía en una sola carrera. Este plan se elaboró con las corrientes más avanzadas de la época a partir del modelo médico de enseñanza francés basado en la fisiología como ciencia de la vida, en el método anatomoclínico y en la anatomía patológica para distinguir las lesiones de la enfermedad²⁰². Desde el primer plan de estudios de la carrera de médico y cirujano se contempló la cátedra de obstetricia.

Como se observa en el cuadro no. 2, la enseñanza institucional del arte de los partos se limitó en un inicio al terreno teórico. En el primer plan de estudios de 1833 se contempló la cátedra de «operaciones y obstetricia»; en su modificación del 12 de noviembre de 1834, «operaciones» quedó como una cátedra independiente y a la «obstetricia» se le incorporó el contenido de «enfermedades de niños» que después desapareció para el plan de 1839. Aunque desde el primer plan de estudios se contemplaron cátedras clínicas que implicó la asistencia de estudiantes en el Hospital de San Andrés²⁰³, no se consideraron clases prácticas para la enseñanza de la obstetricia sino hasta 1868.

La incorporación de una cátedra que incluyera la enseñanza práctica de la atención de partos en el hospital coincidió con la creación de la Ley Orgánica de Instrucción Pública del Distrito Federal expedida por el presidente Benito Juárez en 1867, en la que se reformó la educación del país a partir de una perspectiva científicista y positivista²⁰⁴.

²⁰⁰ Fernando Martínez, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*. México, FCE, 2003.

²⁰¹ Véase la introducción.

²⁰² Martha Rodríguez, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833- 1910. Serie: Monografías de Historia y Filosofía de la Medicina*, UNAM, México, núm. 5, 2008.

²⁰³ El Hospital de San Andrés fue creado en 1779 por iniciativa del arzobispo Alonso Núñez de Haro y Peralta y representó el principal espacio de práctica clínica para la Escuela de Medicina durante el siglo XIX. Para profundizar sobre la historia de esta institución véase Xóchitl Martínez, *El hospital de San Andrés. Un espacio para la enseñanza, la práctica y la investigación médica, 1861- 1904*, México, Hospital General de México/Centro Médico Siglo XXI, 2005.

²⁰⁴ Martha Rodríguez, *La Escuela Nacional... op. cit.*

Cuadro No. 2

Cátedras relacionadas con la enseñanza de la obstetricia en los planes de estudios de la Escuela de Medicina vigentes de 1833 a 1906

| Plan de estudios | Cátedra(s) | Profesor |
|------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 1833 | Operaciones y obstetricia | Pedro del Villar |
| 1835 | Obstetricia y enfermedades de niños | Gabriel Villette |
| 1839 | Obstetricia | Pablo Martínez del Río |
| 1846 | Obstetricia | Pablo Martínez del Río |
| 1855 | Obstetricia | José Ferrer Espejo |
| 1862 | Obstetricia | Ignacio Torres |
| 1868 | Obstetricia | Ignacio Torres |
| | Clínica de obstetricia | Ignacio Torres |
| 1874 | Obstetricia | Ignacio Torres |
| | Clínica de obstetricia | Daniel Ortega |
| 1886 | Obstetricia | Ricardo Vértiz |
| | Clínica de partos | Juan María Rodríguez |
| 1902 | Obstetricia teórica | Fernando Zárraga |
| | Clínica de obstetricia | Alberto López Hermosa |
| 1906 | Obstetricia teórica | Manuel Gutiérrez |
| | Clínica de obstetricia | Alberto López Hermosa |

Elaboración propia a partir de: Martha Rodríguez, *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910*, México, UNAM, 2008, pp. 71- 120.

Para ese momento, se insistía en la deficiencia práctica que tenían los médicos desde el primer momento en que se enfrentaban a los enfermos²⁰⁵ como denotan las palabras de

²⁰⁵ Véase, Herrera, Sosa y Garay, “Rápida ojeada sobre el estado que actualmente guarda la enseñanza teórico- práctica de la medicina en la capital de la República”, *La Escuela de Medicina*, núm. 21, tomo IV, 1880, pp. 1- 5.

Juan María Rodríguez, uno de los médicos- parteros con mayor reconocimiento de la época:

Yo recuerdo que en la época en que concluí mis estudios profesionales salí de esta Escuela creyéndome bastante diestro, supuestas las luces que mi maestro el Sr. Espejo nos comunicara, y mi práctica me desengañó dolorosamente: ella me persuadió de que me faltaba mucho para poderme llamar partero. Y lo que pasó conmigo pasó también a mis condiscípulos, y siguió pasando a los jóvenes que nos sucedieron hasta el año de 1867, en que el vacío fue llenando abriéndose la clínica en la casa de maternidad.²⁰⁶

Como afirma Laura Cházaro²⁰⁷, hasta finales de la década de los sesentas del siglo pasado, la práctica de obstetricia para los estudiantes se limitaba a las demostraciones que los profesores realizaban sobre el uso de instrumentos, especialmente de los fórceps, «apoyándose en maniqués de pelvis, con cráneos de fetos y láminas de anatomía». La práctica, ya no en maniqués sino directamente en los cuerpos gestantes, fue sinónimo de una verdadera enseñanza para los y las estudiantes de medicina y partería profesional, como se muestra en el siguiente fragmento de un discurso expuesto por Ott sobre la necesidad de fomentar que los estudiantes realizaran tactos vaginales:

A pesar de algunos casos muy raros (2 por año) de septicemia, sobrevenidos en mi servicio, me declaro partidario de la exploración interna, porque he visto que, en un servicio de partos como el mío, en donde vienen numerosos alumnos, es imposible, para dar a éstos una enseñanza provechosa, no hacerles practicar la exploración interna, que a mi entender, puede también dar grandes servicios en muchos casos de afecciones ginecológicas²⁰⁸.

²⁰⁶ Juan Rodríguez, *Breves apuntes sobre la Obstetricia en México*, Tesis como candidato para la plaza de adjunto a la Cátedra de Clínica de Obstetricia de la Escuela de Medicina, Centro de Investigaciones Dr. José Lara, México, 1869, p. 48.

²⁰⁷ Laura Cházaro, "Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México", *Dynamis, Acta Hispanica as Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 24, 2004, pp. 27- 51.

²⁰⁸ Adolfo Pinard, "De la exploración externa", *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 16, tomo II, 1897, p. 623.

Después de que en el primer plan de estudios se contemplaron sólo dos cátedras clínicas (clínica externa e interna) y ante la necesidad de impulsar las actividades prácticas que incluyeran una mayor presencia de los estudiantes en hospitales, laboratorios y anfiteatros²⁰⁹, el plan de 1906 contenía nueve cátedras clínicas, incluyendo la clínica de obstetricia²¹⁰.

La creación del Hospital de Maternidad e Infancia²¹¹ fue el escenario principal para que tuviera lugar la clínica de obstetricia. La transición de un aprendizaje teórico a uno práctico involucró cambios y retos en la práctica médica. Por un lado, se fue creando una relación cada vez más dependiente de instrumentos médicos; para ese momento no siempre se contaba con el material necesario²¹². Otro cambio importante fue el material de apoyo para la formación ya que, siguiendo a Eugenia Rodríguez²¹³, los libros de texto siguieron siendo obras importantes de consulta pero dejaron de ser obligatorios para la enseñanza médica.

²⁰⁹ En ese momento los aspirantes a la Escuela de Medicina tenían que cursar estudios preparatorios y la carrera se cursaba en cinco años. Martha Rodríguez, *La Escuela Nacional... op. cit.*

²¹⁰ Para el segundo año, las clínicas de propedéutica médica, propedéutica quirúrgica; para el tercer año: clínica médica (primer curso), clínica quirúrgica (primer curso); para el cuarto año: clínica médica (segundo curso), clínica quirúrgica (segundo curso); quinto año: clínica médica (tercer curso), clínica quirúrgica (tercer curso) y clínica de obstetricia. *Ibidem.*

²¹¹ Para profundizar sobre el Hospital de Maternidad e Infancia véase capítulo 2.

²¹² Martha Rodríguez, *La Escuela Nacional... op. cit.*

²¹³ *Ibidem.*

Capítulo 2.

El Hospital de Maternidad e Infancia como espacio de práctica médica.

Capítulo 2.

El Hospital de Maternidad e Infancia como espacio de práctica médica

El proyecto de nación capitalista¹ coincidió con la creación del primer Hospital de Maternidad e Infancia en México. En el país existían hospitales «generales» para pacientes con toda clase de enfermedades y hospitales «especializados» para el cuidado de enfermos con padecimientos específicos² como el Hospital de San Lázaro destinado a enfermos con lepra, el Hospital de dementes para enfermos mentales y el mismo Hospital de Maternidad e Infancia para parturientas³.

La creación de la Maternidad⁴ transformó la práctica médica. El Hospital de Maternidad e Infancia constituyó un espacio de distribución del conocimiento que en términos de Peter Burke⁵ se refiere a un lugar de producción, almacenamiento y difusión del conocimiento, en este caso en particular de la práctica médica en torno a la atención del parto. Los limitados registros históricos que se conservan sobre las características de la atención sanitaria que se otorgaba en este Hospital nos dejan con varios vacíos para acercarnos a su estudio. Desde principios del siglo XX existieron médicos mexicanos interesados en estudiar sobre su origen y desarrollo pero como afirmó Manuel Soriano⁶,

¹ De acuerdo con Julia Tuñón, la nación mexicana adoptó un rumbo capitalista a partir de la República Restaurada con Benito Juárez y fue un proyecto que se fortaleció con Porfirio Díaz. Julia Tuñón, *Mujeres en México una historia olvidada*, México, Planeta, 1987.

² Fernando Martínez, "Prólogo", en: Xóchitl Martínez, *El Hospital de San Andrés*, México, Siglo XXI, 2005.

³ En marzo de 1861 Benito Juárez creó la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública, organismo que dependía del Ministerio de Gobernación y quien supuestamente administraría los Hospitales. En 1862, a causa de la crisis económica, el presidente Juárez extinguió la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública y los Hospitales pasaron nuevamente a la dirección del Ayuntamiento, éste se venía encargando de los bienes hospitalarios desde 1821 y era considerado como un ramo de la administración pública. Fue hasta el porfiriato, en 1877, que se creó la Junta Directiva de Beneficencia Pública y que en 1890 se convirtió en Dirección de Beneficencia Pública a cargo de Eduardo Liceaga, sustituyendo al Ayuntamiento en la creación, funcionamiento y organización de los Hospitales. La Beneficencia Pública estuvo vigente hasta 1937, año en que el entonces presidente Lázaro Cárdenas, creó la Secretaría de Asistencia Pública. Véase, Xóchitl Martínez, *El Hospital de San Andrés...*, *op. cit.* p. 196.

⁴ Utilizo de manera indistinta «Hospital de Maternidad», «Casa de Maternidad» y «Maternidad» porque fueron se encontraron como sinónimos en los registros y narrativas médicas.

⁵ Peter Burke, *Historial social del conocimiento. De Gutenberg a Diderot*, Paidós Orígenes, España, 2002.

⁶ Manuel Soriano, "Historia de la Medicina en México. Origen de la Casa de Maternidad", *Gaceta Médica de México*, núm. 4, tomo VIII, México, 1913, pp. 81- 92.

varios detalles parecen haber quedado sepultados en el olvido y la mayoría de los registros que se conservan se limitan a datos administrativos⁷.

Este capítulo está organizado en dos apartados. En el primero de ellos se aborda la creación y desarrollo del Hospital de Maternidad e Infancia haciendo énfasis en cómo su distribución geográfica- espacial respondió a una manera particular de entender el proceso de parto. La segunda parte del capítulo se enfoca a los instrumentos y mobiliario médico que formaron parte importante en la construcción de la práctica médica alrededor de la atención del parto, como fueron los fórceps, el pelvómetro y la cama de parto. Estas reflexiones se incluyen en el mismo capítulo en el que se aborda el Hospital de Maternidad ya que, aunque el espacio ganado por los médicos en la Maternidad no se tradujo en el dominio de instrumentos⁸, sí abrió la posibilidad de desarrollar y producir aquellos que eran de difícil transporte, es decir, los que no cabían en «el maletín del médico»⁹.

2.1 El Hospital de Maternidad e Infancia

Los médicos y parteras tituladas atendieron la mayoría de los partos en la casa de las parturientas. De acuerdo con Xóchitl Martínez¹⁰, el surgimiento de la práctica médica privada respondió a la mala situación de la institución de beneficencia. El gremio médico,

⁷ Algunos estudios alrededor del Hospital de Maternidad e Infancia en México se localizan en: Mercedes Alanís, *El Hospital de Maternidad e Infancia 1861-1905, Los inicios de la medicalización de la obstetricia en la ciudad de México*, Tesis de Maestría, Instituto de Investigaciones Dr. María Luis Mora, 2007; Moisés Morales, “La atención médica del recién nacido en el Hospital de Maternidad e Infancia de México siglo XIX”, *Revista Mexicana de Pediatría*, núm. 6, vol. 76, 2009, pp. 17- 23; Mercedes Alanís, “Una cuestión de parteras y médicos en el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México 1861-1905”, *Boletín Mexicano Historia y Filosofía de Medicina*, vol. 12, núm. 2, 2009; Margarito Crispín, *Hospital de Maternidad e Infancia: una perspectiva histórica de un centro de beneficencia pública de finales del siglo XIX. La Atención Materno Infantil, apuntes para su historia*, Secretaría de Salud, México, 1993, pp. 95- 115; Jorge Zacarías, Xóchitl Martínez y María Rodríguez, *El Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México 1865- 1905, Caridad, moralidad e instrucción*, UNAM, México, 2012.

⁸ Laura Cházaro, “Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México”, *Dynamis, Acta Hispanica as Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 24, 2004, pp. 27- 51.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ Xóchitl Martínez, *El hospital de San Andrés...*, *op. cit.*

incluyendo a las parteras con título, constantemente anunciaron sus servicios en los periódicos de la época¹¹:

El C. Marcelino Guerrero: Profesor de medicina, cirugía, y partos, hace saber a las personas que han tenido la bondad de ocuparlo en su profesión y a todos los habitantes de México que ha fijado de nuevo su residencia en esta capital y que tiene su habitación en la calle de Chaneque número 6 donde se ofrece a su disposición –Posee métodos especiales y eficaces para curar las enfermedades (...) se ha dedicado además a procurar buena y eficaz asistencia a las embarazadas y parturientas, y a las operaciones para la extracción del feto y de las secundinas, en las cuales tiene mucha práctica.¹²

A diferencia de algunos países europeos en donde era relativamente sencillo conformar un hospital privado¹³, la única alternativa hospitalaria para la atención del parto en la ciudad de México fue el Hospital de Maternidad e Infancia, una institución que dependía del gobierno.

2.1.1 Antecedentes del Hospital

La primera Maternidad en México fue inaugurada por Benito Juárez en noviembre de 1861¹⁴. D. Gabino F. Bustamante y D. Juan N. Navarro fueron los médicos encargados de determinar la mejor ubicación para el Hospital de Maternidad y para la casa de niños; en esa época cuando se decretaba la creación de cualquier hospital era común conformar una comisión para:

¹¹ Para revisar anuncios en los que parteras tituladas ofrecían sus servicios en sus respectivos domicilios véase el capítulo 1.

¹² “Médico, cirujano y partero”, *Pájaro Verde*, núm. 44, tomo I, México, 26 de Febrero de 1861, p. 4. Véase también: “Crisóforo Tamayo”, *Pájaro Verde*, núm. 5, tomo I, México, 10 de Enero de 1861, p. 3.

¹³ En Inglaterra, por ejemplo, primero se rentaba un espacio con algunas cuantas camas, se contrataba a una matrona que residiera en el hospital para hacerse cargo de los pacientes quienes eran admitidos bajo la supervisión médica del cirujano que por lo general era el mismo fundador. El hospital se financiaba por donativos filantrópicos de clases altas como parte de su obligación social de ayudar a los pobres. Ornella Moscucci, *The science of woman, Gynecology and gender in England 1800-1929*, Universidad de Cambridge, EEUU, 1990.

¹⁴ Franciscos Zarco fue gran impulsor para la apertura de este Hospital. “Casa de Maternidad”, *La independencia*, núm. 31, tomo I, México, 05 de abril de 1861, p. 3.

...elegir el sitio donde se establecería; si se construiría el inmueble o se aprovecharía algunos de los ya existentes, aunque hubiera sido construido para otros usos. Era necesario saber también de dónde provendría el dinero para su mantenimiento, formar la planta del personal, incluyendo por supuesto el médico y paramédico y, en fin, escribir el reglamento bajo el cual funcionaría el nosocomio¹⁵.

Aunque la propuesta inicial para ubicar la Maternidad fue la casa de niños expósitos, Bustamante y Navarro consideraron que no era un espacio apto por «su tamaño tan reducido»¹⁶ y en su lugar sugirieron comprar una vivienda contigua a la casa de los niños expósitos o mejor aún, ocupar el Hospital de Terceros¹⁷. El 17 de mayo de 1861 se anunció que la sede del primer hospital para parturientas sería el Convento de Santa Clara y que estaría bajo la dirección del médico Gabino Bustamante¹⁸. Dicho edificio tuvo que ser dividido al encontrarse habitado por artesanos quienes, a través de la sociedad «La Gran familia Artística», manifestaron su descontento por el despojo de las familias que ocupaban el recinto y exhortaron a las autoridades a que «subsistiera la primera disposición del ejecutivo»¹⁹. Es probable que este reclamo diera como resultado la publicación de un comunicado de Benito Juárez con fecha del 17 de enero de 1862, en el que se anunciaba que se destinaría para la Maternidad «otro espacio distinto al que originalmente se había asignado»²⁰. Con un número muy reducido de camas²¹, finalmente el Hospital de

¹⁵ Fernando Martínez, "Prólogo", *op. cit.*

¹⁶ "Convento de Santa Clara", *La independencia*, núm. 67, tomo I, México, 17 de Mayo de 1861, p. 3.

¹⁷ *Ibidem.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ El edificio que albergó al Hospital de Terceros de San Francisco data de 1756 y se ubicó en lo que hoy es el Palacio Postal de México en esquina Eje Central y Tacuba en el Centro Histórico; su nombre original fue Hospital Real de Nuestra Señora de la Pura y Limpia Concepción y estuvo a cargo de la orden religiosa que llevó su nombre. Francisco Flores, *Historia de la Medicina en México desde la época de los Indios hasta la presente*, Secretaría de Fomento, México, tomo I, 1886.

²⁰ Archivo General de la Nación (AGN), *Ministerio de Relaciones y Gobernación*, exp. 4, 17 de Enero, 1862. En todos los estudios históricos que revisé se afirma que la inauguración de la Maternidad se llevó a cabo el 7 de Noviembre de 1861 en el Hospital de Terceros de San Francisco, sin embargo, ni el lugar ni la fecha concuerdan con los datos que localicé en mi trabajo de archivo, ya que es hasta enero de 1862 en que Benito Juárez manifiesta el cambio de sede de la Maternidad del Convento de Santa Clara al Hospital de Terceros. Véase, por ejemplo: Mercedes Alanís, *El hospital de maternidad... op. cit.*; Margarito Crispín, *Hospital de maternidad..., op. cit.*; Moisés Morales, *op. cit.*; Manuel Antonio Baeza, "Orígenes de la pediatría institucional: el Hospital de Maternidad e Infancia de la Ciudad de México en el siglo XIX", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, núm. 1, vol. 74, 2017, pp. 70- 78.

Maternidad e Infancia se reubicó en el Hospital de Terceros de San Francisco²², dejando de funcionar el mismo año de su apertura a consecuencia de la intervención francesa en México²³.

Durante el Segundo Imperio (1864- 1867), María Carlota Amalia (1840- 1927), emperatriz y presidenta de la Junta de Beneficencia, manifestó su interés por restaurar la Maternidad. Además de que en Europa existían Casas de Maternidad desde principios del siglo XVIII²⁴, el Emperador Maximiliano de Habsburgo (1832- 1867) era hijo de José II, monarca que en 1789 fundó en Viena una Casa de Maternidad e Infantes²⁵, dos influencias importantes para reabrir la Maternidad en México. Manuel Soriano (1837- 1927) y Lino Ramírez fueron los médicos comisionados para elaborar el Proyecto de creación, el Reglamento General y el Reglamento Particular²⁶. Para ese entonces Soriano había estudiado los reglamentos de las Maternidades en París y aún sin compaginar con las ideas del Imperio, participó en la creación de una Casa de Maternidad «abierta para el refugio de las mujeres embarazadas, que por su pobreza o cualquiera otra circunstancia, se encontrar[an] en precisión de reclamar este socorro»²⁷.

El 7 de junio de 1866, un año después de firmarse el acuerdo para su restauración, el Ministerio de Gobernación inauguró la Maternidad bajo el nombre de Hospital de San Carlos como forma de rendir honores a su fundadora (¿en masculino?). La Maternidad se estableció en la sección de partos reservados del Hospicio de pobres²⁸ ubicado en lo que hoy es esquina de la Calle de Revillagigedo y Calle Artículo 123, en la Colonia Centro de

²¹ En su momento Bustamante y Navarro presentaron el proyecto que incluía entre 16 y 20 camas para las parturientas, un número que en su opinión se podría ir incrementando sin generar grandes costos. "Convento de Santa Clara", *op. cit.*

²² *Ibidem.*

²³ Véase el apartado de contexto en la introducción.

²⁴ Por ejemplo, la Casa de Maternidad en Estrasburgo se creó en 1724, el Hospital de Maternidad de Saint George se fundó en 1733 y la Casa de Obstetricia en Londres en 1739. Roberto Uribe, *La invención de la Mujer. Nacimiento de una escuela médica*, BUAP/FCE, México, 2012.

²⁵ Roberto Uribe, "Prólogo", en: Roberto Uribe, *La invención de la Mujer. Nacimiento de una escuela médica*, BUAP/FCE, México, 2012.

²⁶ Manuel Soriano, "Historia de la Medicina en México...", *op. cit.* En este artículo se publicaron documentos que Manuel Soriano había guardado por 47 años y en los que demostraba su colaboración en el proyecto de creación de la Maternidad.

²⁷ Ver artículo I de Decreto de creación del Hospital de Maternidad. *Ibidem.*

²⁸ Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, *op. cit.* Más adelante se profundiza sobre el Departamento de partos reservados del Hospicio de Pobres al que frecuentemente se le suele catalogar como la primera Maternidad en México.

la Ciudad de México. Se nombró como director del Hospital al Dr. José Ferrer Espejo y Cienfuegos (1800- 1881)²⁹ y a la Sra. Adela Zuleta como partera; también se designó a una administradora del «servicio económico de la casa»³⁰ cuyo nombre no quedó registrado. Considerado un evento de gran relevancia, los discursos de la ceremonia de inauguración se publicaron en diversos periódicos de la época como el que se presenta a continuación a cargo del Dr. Ferrer:

Con la mayor satisfacción y con el placer que inspira una obra buena y eminentemente humanitaria, tengo el honor de dirigir la palabra a V. E., para dar por su respetable conducto un voto de gracias a S. M. la Emperatriz, que ansiosa siempre de contribuir con la eficacia de su carácter y de su elevada posición al bienestar de los desvalidos, ha dado cima a la Casa de Maternidad, asilo importantísimo para las mujeres que, privadas de los recursos del arte por su desgraciada situación cuando éstos se hace indispensables, y aun de los medios más comunes para la asistencia ordinaria que reclama su sexo cuando dan al mundo nuevos seres, hoy encuentran en donde se les puedan prestar toda esa clase de auxilios. Yo, que he tenido la honra de ser elegido para dirigir provisionalmente esta Casa en el tramo facultativo, ofrezco a V. E. emplear con eficacia todos los medios que me sugieran mi práctica y mis escasos conocimientos, a fin de concurrir con ellos al filantrópico objeto de S. M. la Emperatriz procurando así corresponder á la confianza que se me ha dispensado, y secundar las nobles miradas de la ilustre fundadora³¹.

²⁹ José Ferrer Espejo nació en la ciudad de México e ingresó a la Real Escuela de Cirugía en 1818, cursando paralelamente la carrera de medicina en la Universidad. En 1822 obtuvo el Bachiller de Medicina y en 1828 el de Cirujano militar; se desempeñó como profesor de la cátedra de obstetricia y como bibliotecario en la Escuela de Medicina; murió de pulmonía el 12 de enero de 1881. Nicolás León, *La historia de la obstetricia en México*, Secretaría de Instrucción Pública, México, 1910, p. 322; véase también: "Necrología. El Doctor José Ferrer Espejo", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XVI, 1881, p. 48.

³⁰ Nicolás León, *"La historia de la obstetricia..."*, *op. cit.*

³¹ "Casa de Maternidad", *Pájaro Verde*, núm. 139, tomo IV, México, 12 de Junio de 1866, pp. 2- 3. Los discursos de D. Antonio Escandón y del Ministro de Gobernación también se publicaron en la misma nota.

Cuando se restableció la República, posterior al fusilamiento de Maximiliano y a la salida de Carlota Amalia de México³², la Beneficencia destituyó al Dr. Ferrer y designó a la Sra. Doña Luciana A. de Baz como administradora y directora del Hospital y a Ramón Pacheco como subdirector, quien después fue sustituido por Aniceto Ortega y del Villar (1825-1875). Como se analizará más adelante, este cambio en la administración se acompañó de una serie de modificaciones en la organización espacial del Hospital. En 1869, con los liberales en el poder y bajo la iniciativa del regidor Dr. Pacheco, la sala de niños enfermos que había estado ubicada en el Hospital de San Andrés se trasladó a un costado de la Maternidad dándole el nombre a la institución de Hospital de Maternidad e Infancia³³.

2.2 Organización económica y administrativa del hospital

En la segunda mitad del siglo XIX todos los Hospitales del país atravesaron por problemas económicos³⁴ y la Maternidad no fue la excepción. La escasa información recuperada en los archivos históricos sobre el Hospital que se inauguró con Benito Juárez, aunado al corto tiempo de su funcionamiento, nos limita conocer cómo se sostuvo económica y administrativamente. En el proyecto, Bustamante y Navarro sugirieron utilizar los fondos del mismo Hospital de Terceros y recomendaron que la Maternidad se pusiera a cargo de la Escuela de Medicina para prestar servicio a la ciencia, aprovechar la clínica de partos y ahorrar recursos al gobierno³⁵.

La Maternidad que se inauguró con Carlota se sustentó con donativos de particulares y organizaciones sociales. Desde su creación se contó con la ayuda de particulares, tal y como quedó claro en la ceremonia de inauguración en el que se dio especial reconocimiento

³² Cuando el Imperio de Maximiliano empezó a decaer, la Emperatriz se fue a Europa para solicitar apoyo a diversas autoridades, entre ellas a Napoleón III; sin lograr su objetivo, Carlota comenzó a presentar demencia y lucidez, estado que la acompañó por el resto de su vida.

³³ Martha Rodríguez y Jorge Zacarías, "Introducción", en: Martha Rodríguez y Jorge Zacarías, *Archivalia. El Hospital de Maternidad e Infancia en la ciudad de México, 1865- 1905. Caridad, moralidad e instrucción*, UNAM, México, 2012, p. 315. Para profundizar sobre el Departamento de infancia véase, Moisés Morales, *op. cit.*

³⁴ Xóchitl Martínez, *El hospital...*, *op. cit.*

³⁵ "Convento de Santa Clara", *op. cit.*

al «D. Antonio Escandón, miembro del Consejo General de Beneficencia, quien prestó la suma necesaria para la obra material de la casa, así como para algunos particulares, que han contribuido con sus donativos»³⁶. Durante el tiempo de vida de esta Maternidad se recibieron apoyos ocasionales del gobierno³⁷ y se aceptaron aportaciones de particulares de tipo monetario, en especie, donación de muebles, de instrumentos y alimentos³⁸. Existen registros que muestran que la misma Carlota estando ya en Europa, envió una cantidad considerable de dinero para continuar sosteniendo al Hospital³⁹.

Durante los primeros años, las decisiones sobre el funcionamiento de la Maternidad dependieron más de las autoridades administrativas, quienes eran principalmente mujeres de clase social alta⁴⁰, que de los mismos médicos. Por ejemplo, eran ellas quienes en un inicio autorizaban el ingreso de las parturientas al Hospital. Esta dinámica generaba tensiones entre administradoras y médicos como la disputa que describe Mercedes Alanís⁴¹ por decidir el tipo de dietas que las parturientas debían tener durante su estancia hospitalaria. Una vez que la Maternidad comenzó a ser sede de prácticas clínicas de la Escuela de Medicina, los médicos paulatinamente fueron adquiriendo mayor autoridad para construir un espacio masculino que pudiera cubrir sus propias necesidades.

2.2.1 Un espacio hospitalario para parir

Mientras que en la casa de la parturienta todo el proceso del nacimiento tenía lugar en la alcoba, en el hospital se destinó un área distinta para lo que se denominó médicamente «etapas de parto»⁴². Richard Sennet⁴³ plantea que la arquitectura de los espacios físicos mantiene una estrecha relación con la concepción del cuerpo en un momento histórico

³⁶ «Casa de Maternidad», *op. cit.*

³⁷ Por ejemplo, en 1874 el Presidente Lerdo de Tejada proporcionó la cantidad de 7 mil pesos para casos urgentes del Hospital de Maternidad. AGN, *Gobernación, s/sección*, exp. 12, 1874.

³⁸ Memorias del Hospital de Maternidad e Infancia 1883- 1884, Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento, México, 1885.

³⁹ Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, *op. cit.*

⁴⁰ Nicolás León, «La historia de la obstetricia...», *op. cit.*, p. 322.

⁴¹ Mercedes Alanís, *El hospital de maternidad...*, *op. cit.*

⁴² Dilatación y borramiento, expulsión y alumbramiento. Véase capítulo 3 y 4.

⁴³ Richard Sennett, *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*, Alianza Editorial, España, 1994, p. 283.

determinado, en este sentido, el espacio geográfico del Hospital de la Maternidad se organizó para distribuir a las mujeres a partir de la fragmentación del proceso de parto. Bajo la administración de la Emperatriz Carlota, el Hospital quedó distribuido de la siguiente manera:

Eran dos salas en ángulo recto en las que había separaciones hechas con una tela de brin rayado de azul, dejando espacios como de tres metros cuadrados, dentro de las cuales se encontraba una cama de fierro, un buró de madera y una silla de asiento de tule. En cada sala había seis camas. Anexo a las salas dichas había otras 3 piezas aisladas, muy pequeñas, llamas de *departamento de reservadas*, con mobiliario igual al antedicho.⁴⁴

De acuerdo con Flores⁴⁵, el Hospital se ubicó en una planta baja y contó con un comedor, una sala de operaciones, habitaciones para el director y dependientes del hospital, una lavandería, una planchaduría, un guardarropa, un anfiteatro y un jardín interior⁴⁶. Al restaurarse la República y siendo director de la Maternidad el médico Aniceto Ortega, se determinó que la distribución original del Hospital fomentaba la aglomeración de las «enfermas» lo que hacía «muy fácil el desarrollo de una fiebre puerperal»⁴⁷. Para evitar este terrible mal, se aumentó el tamaño de las alcobas «de dos a cuatro varas de ancho con tres de fondo», un cambio que fue posible gracias a las negociaciones que la administradora del Hospital, la Sra. Luciana Arrazola de Baz, estableció con el Ministro de Relaciones y Gobernación para que donaran a la Maternidad la casa contigua al edificio que se estaba ocupando. Así, se lograron alcobas «espaciosas, llenas de aire y llenas de luz»⁴⁸ divididas entre sí por tabiques altos de mampostería. También se separó a las embarazadas de las paridas⁴⁹ argumentando que así se evitaría que las primeras escucharan los lamentos de las mujeres que estaban en parto lo que les provocaría un aborto o un parto prematuro⁵⁰. En este sentido, las mismas parturientas se convirtieron en un factor de riesgo para la evolución del trabajo de parto de otras mujeres por lo que había que aislarlas. Como

⁴⁴ Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, op. cit.

⁴⁵ Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, op. cit.

⁴⁶ Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, op. cit.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 323.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, op. cit.

⁵⁰ Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, op. cit.

afirma Foucault⁵¹, la arquitectura hospitalaria formó parte del arsenal terapéutico de la medicina.

En 1869 cuando se incorporó el Departamento Infantil a la Maternidad, ésta quedó dividida en tres secciones⁵²: 1. *Comunidad*, compuesta por 17 camas para asistir a mujeres en «vésperas de su alumbramiento»; 2. *Celular*, con 10 camas donde se efectuaba el nacimiento; 3. de *Convalecencia*, con 13 camas para cursar el puerperio. Esta distribución, al parecer, se conservó hasta 1905 cuando la Maternidad trasladó sus funciones al Hospital General de México. La organización espacial del Hospital también se dividió en dos grandes departamentos, el de partos reservados y el de partos públicos.

2.2.1.1 Departamento de partos reservados

Los antecedentes de este Departamento denominado de «partos reservados» o «partos ocultos» se remontan a 1774 cuando se destinó una sección en el Hospicio de pobres⁵³ para asistir a españolas embarazadas que no estuvieran casadas y que requerían salvaguardar su honor y el de sus familias. Este tipo de «refugios» a cargo de religiosas, existían desde el siglo XVI en varias ciudades europeas en donde las mujeres «pecadoras vivían en una comunidad cerrada, sometida a una severa disciplina de trabajo y de oración»⁵⁴ hasta el momento del nacimiento.

No se encontraron suficientes registros para afirmar que la Maternidad que se inauguró con Benito Juárez incluyera una sección para «parturientas reservadas», sin embargo, cuando la institución se reinauguró con Carlota, ella ordenó que quedaran «absolutamente inviolables los secretos de los partos ocultos»⁵⁵, razón por la que se destinó

⁵¹ Michel Foucault, "Incorporación del hospital a la tecnología moderna", en: Michel Foucault, *La vida de los hombres infames*, Altamira, Argentina, 1996, p. 219.

⁵² Aparte se encontraba el Departamento de partos reservados como se abordará más adelante.

⁵³ En 1806, se reformó el Hospicio de Pobres con el objetivo de disminuir el número de mendigos y vagos de la ciudad, reorganizándose en cuatro departamentos: 1) Pobres Verdaderos en el que se albergaba a enfermos, ciegos y ancianos; 2) Escuela Patriótica, en el que se brindaba instrucción religiosa y académica, principalmente a niños y niñas huérfanos; 3) De corrección, diseñado como un centro de rehabilitación de "delincuentes juveniles"; 4) De Partos Reservados. Silvia Arrom, *Las mujeres de la ciudad...*, op. cit.

⁵⁴ Yvonne Kniebiehler, *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*, Ediciones Nueva Visión SAIC, Argentina, 2000, p. 52.

⁵⁵ Manuel Soriano, "Historia de la Medicina en México...", op. cit., p. 85.

tres camas para esta sección⁵⁶. Aparte de salvaguardaba el honor, este Departamento también tenía la intención de disminuir el número de abortos e infanticidios en la Ciudad de México, una situación frecuente y de gran preocupación en una época en que el crecimiento de la población se consideraba clave para el desarrollo nacional:

... la señora estaba muy mala: había parido el día anterior un feto muerto, como de seis meses de edad según dijeron a mi compañero las personas de la familia que estaban en el secreto, pero feto respecto del cual nada se puede decir a ciencia cierta porque lo hicieron desaparecer. ¡Quién sabe si el cadáver de esa criatura hubiera podido revelar el crimen con que por lo común procura una desgraciada mujer ocultar la culpa que motiva el parto clandestino!⁵⁷.

Cumplir con el objetivo de que el parto fuera «oculto o reservado» implicó establecer mecanismos para que se involucrara al menor número de individuos. A este Departamento sólo se permitía el acceso a cuatro personas: una partera, un ama de confianza, un capellán y un médico⁵⁸. Cuando el Hospital de Maternidad se convirtió en sede de práctica clínica de la Escuela de Medicina, en 1870, quedó estrictamente prohibido que los estudiantes de medicina y partería entraran al Departamento de partos ocultos y en el Reglamento se estipuló que «jamás y por ningún motivo servirán para la clínica las enfermas reservadas»⁵⁹. Nicolás León⁶⁰ afirmó que las mujeres que ingresaban a esta sección proporcionaban su nombre bajo secreto de confesión, el cual quedaba registrado en un libro secreto⁶¹ que se custodiaba celosamente en un «arca de dos llaves [...] de las cuales una tenga el Diputado del Departamento y otra el Vice- Presidente de la Junta de Caridad»⁶². Para proteger su identidad y debido a que algunas mujeres ingresaban a ese Departamento

⁵⁶ Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, op. cit., p. 322.

⁵⁷ Manuel Domínguez, “Reflexiones sobre un error de diagnóstico en un caso de embarazo”, *Gaceta Médica de México*, núm. 11, tomo VI, 1871, p. 191.

⁵⁸ Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, op. cit.

⁵⁹ Ignacio Capetillo, “Eclampsia puerperal-parto provocado por el procedimiento de Kiwish, modificado por varios médicos mexicanos.- muerte de la madre y del producto.- autopsia. Por los Sres. Ortega(A) y Rodríguez”, *Gaceta Médica de México*, núm. 17, tomo V, 1870, pp. 277-282.

⁶⁰ Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, op. cit.

⁶¹ En los archivos históricos consultados no se encontraron registros sobre este «libro secreto».

⁶² Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, op. cit., p. 232.

sin informarles a sus propias familias⁶³, el Hospital les proporcionaba unos velos con los que las mujeres podían cubrir su rostros y sólo se lo retiraban para la administración de medicamentos orales. Como afirma David Le Breton⁶⁴, el rostro constituye un signo de singularidad, por tanto, al cubrirlo con el velo se convirtió en un elemento que disoció a las mujeres de sus propios cuerpos.

A diferencia de las parturientas de la sección de partos públicos quienes ingresaban al Hospital hasta la segunda quincena del octavo mes de preñez, las mujeres que solicitaban un parto reservado eran aceptadas en cualquier momento de su embarazo⁶⁵. En caso de morir, se sepultaba a la parturienta con todas las reservas posibles:

Si muriere la parturienta, dará inmediatamente cuenta a la Ama de confianza al Diputado, y éste a la Junta de Caridad, sin decir su nombre, para su inteligencia, y se sepultará el cadáver con toda reserva, de parte de noche, y cuando todos los individuos del Hospicio están recogidos, en la Capilla de él, llevando el rostro cubierto para que no lo vean las personas que lo carguen. El Diputado pondrá en el libro secreto la correspondiente partida, expresando su nombre y calidad además una filiación exacta de su persona, señas de la ropa con todas las demás que estime por oportunas⁶⁶.

Después del nacimiento, las mujeres decidían si querían conservar al recién nacido o de lo contrario éste era enviado a la Casa de Niños Expósitos, no sin antes obligar a la madre a amamantarlo(a) los primeros días. La celosa protección de los partos reservados hace difícil calcular el número de mujeres que fueron atendidas en este Departamento, sin embargo, estaba tan arraigada la noción de los partos ocultos como elemento esencial de una

⁶³ Ignacio Capetillo relata un caso en donde «la infortunada madre había encontrado en aquel recinto [Departamento de partos ocultos] a su hija, a quien inútilmente buscó por todas partes. Los arrebatos de su justo enojo llegaron a su colmo, y esto ocasionó que X. tuviese, en el acto, una cefalalgia gravativa». Ignacio Capetillo, "Eclampsia puerperal-parto provocado...", *op. cit.*, p. 289.

⁶⁴ David Le Breton, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2002.

⁶⁵ Existen registros de mujeres a las que se les consiguió un lugar para vivir hasta el momento del parto o mujeres que permanecieron un par de meses en este Departamento sin otras indicaciones más que «el método higiénico establecido en el Hospital». Véase, por ejemplo, Ignacio Capetillo, *op. cit.*

⁶⁶ Nicolás León, "La historia de la obstetricia...", *op. cit.*, p. 232.

Maternidad que, aunque al final no se incluyó, sí se contempló una sección para partos reservados en el proyecto de creación del Hospital General de México⁶⁷.

2.2.1.2 Departamento de partos públicos

Aunque originalmente el Departamento de partos públicos se pensó para la atención de mujeres embarazadas que se encontraban cobijadas socialmente por el sacramento del matrimonio, los escritos médicos dan cuenta que se atendieron a un número considerable de mujeres solteras principalmente de clase baja⁶⁸. Manuel Esesarte⁶⁹ documentó que de agosto de 1887 a noviembre de 1882 se atendieron en la Casa de Maternidad a 164 mujeres de las cuales 100 eran solteras, 41 casadas, 17 viudas y en 6 casos no se especificó el estado civil. Se puede afirmar que fueron atendidas en la sección de partos públicos ya que en el artículo 4º del Reglamento de la Maternidad se establecía que las parturientas que ingresaran a este Departamento, a diferencia de quienes se atendían en la sección de partos ocultos, estarían «obligadas para los efectos legales, a dar su nombre y demás datos que se les pidiera para llevar el registro de la Maternidad»⁷⁰.

Una vez que el Ayuntamiento concediera la licencia para que la Maternidad fuera sede de prácticas clínicas de la Escuela de Medicina, se determinó que los alumnos tendrían contacto únicamente con las mujeres del Departamento de partos públicos. Sin embargo, este contacto sería limitado, por ejemplo, en el Reglamento del Hospital quedó establecido que ni los médicos ni las parteras estudiantes podían realizar el tacto más de dos veces a

⁶⁷ Los servicios que se contemplaron en el Proyecto del Hospital General de México fueron: «1º De Medicina/ 2º De cirugía con sus diversas divisiones/3º De Enfermedades venéreo- sifilíticas/ 4º De Enfermedades de Niños/5º De Obstetricia/ 6º De Tuberculosos/ 7º De Leprosos/ 8º De Tifosos/ 9º De otras enfermedades infecciosas para niños/ 10º De infecciones puerperal / 11º De enfermos distinguidos no infecciosos/ 12º De enfermos infecciosos adultos/ 13º De partos reservados». Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), *Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Hospital General*, leg. 2, exp. 31, 1900.

⁶⁸ Como se especificó en el capítulo 1, las madres solteras de clase baja se enfrentaron a menor censura pública en comparación con las de clase alta.

⁶⁹ Manuel de Esesarte, *Estudio etiológico y estadístico sobre nacidos- muertos formado con datos recogidos en la Casa de Maternidad*, México, Tesis, Facultad de Medicina de México, 1882.

⁷⁰ Manuel Soriano, "Historia de la Medicina en México...", *op. cit.*, p. 86.

una mujer⁷¹. El mismo regidor del Ayuntamiento, Juan J. Baz, solicitó limitar la intervención de los médicos en los cuerpos de las parturientas argumentando que era obligación del establecimiento proteger y respetar el pudor de las mujeres que solicitaban atención en el Hospital⁷². En ese sentido, no todos los cuerpos gestantes que ingresaron a la Maternidad estuvieron disponibles ni a total disposición para los médicos y para las parteras tituladas⁷³.

2.2.2 La proyección social del Hospital

La demanda de atención en la Casa de Maternidad durante los primeros años fue limitada. Nicolás León⁷⁴ reportó que sólo se atendieron a dos mujeres durante el tiempo en que Carlota estuvo como administradora. Para 1877 se registraron entre 25 y 37 partos, un número muy reducido si se compara con las cifras de asistencia totales que se registraron para ese mismo año en otros hospitales⁷⁵, por ejemplo, en el Hospital de San Andrés y en el Hospital Juárez se atendieron aproximadamente 300 enfermos, en el Hospital Morelos a 150, en el del Divino Salvador a 170 y en el de dementes a 140⁷⁶. Aunque en un inicio la demanda de atención era baja, la atención de partos en la Maternidad se incrementó con el paso de los años: en 1883 se registraron 284 partos, en 1884 fueron 317, en 1887 se atendieron 386 y en 1888 hubo 476 nacimientos.

La prensa de la época representó un espacio de disputa entre quienes estaban a favor de la Maternidad y los que estaban en contra. Al mismo tiempo que se publicaban exhortos para acudir a la Maternidad, también aparecían notas para desprestigiar a la institución al

⁷¹ El Reglamento estipulaba que tanto estudiantes médicos como parteras tenían roles asignados para realizar guardias “de dos en dos (...) entrando a las 6 de la tarde un día y terminarán la guardia después de la visita de la mañana siguiente, se les dará la misma cena y desayuno que se da a los empleados del Hospital (...)”, la otra guardia después de la visita médica y hasta las 6 de la tarde, con derecho a los alimentos de la tarde. AFEMyA, *Reglamento del Hospital de Maternidad, remitido por la Dirección de Beneficencia Pública*, leg. 147, exp. 47, fs. 20, 1881.

⁷² Manuel Soriano, “Historia de la Medicina en México...”, *op. cit.*

⁷³ Véase el capítulo 1.

⁷⁴ Nicolás León, “*La historia de la obstetricia...*”, *op. cit.*

⁷⁵ Laura Cházaro afirma que la limitada afluencia se debía a la endémica pobreza y a los escasos recursos con los que contaban estas instituciones, las cuales simbolizaban hacinamiento y peligro de muerte. Laura Cházaro, “Pariendo instrumentos médicos...”, *op. cit.*, p. 31.

⁷⁶ Xóchitl Martínez, *El hospital de San Andrés...*, *op. cit.*

exponer públicamente algunos supuestos errores de los médicos y del personal en general. La siguiente nota publicada en *el Vigilante* se refiere a la desaparición de un niño que aparentemente había sido encargado al Establecimiento:

Una infeliz mujer concurrió a la casa de maternidad en vísperas de su alumbramiento, ocurrido éste, y pasados algunos días un individuo al parecer decente a juzgar por la ropa que portaba, se presentó al establecimiento solicitando una nodriza, y una de las matronas de la casa referida designó a la mujer de que nos ocupamos, la que al ir a ocupar su empleo, dejó a su hijo al cuidado del establecimiento. Nada hay de notable hasta aquí, pero la cuestión es que el hijo de esa mujer ha desaparecido sin que sepa hasta ahora su paradero. Estos datos nos han sido ministrados por persona que nos merece entero crédito; y nosotros, al consignar un hecho escandaloso, por demás excitamos a quien corresponda, para que proceda con la debida energía⁷⁷.

El Ministerio de Gobernación directamente solicitaba rendición de cuentas al Director de la Maternidad para aclarar cada uno de los sucesos que, ciertos o no, salían a la luz pública. La siguiente nota, publicada en 1892 en el periódico *El Universal*, ejemplifica el seguimiento que se realizaba a este tipo de denuncias:

Proceder Inhumano.

Hecho escandaloso.

La Casa de Maternidad

Alguna persona que nos merece crédito, nos ha referido el siguiente hecho escandaloso:

A principios de la semana pasada y a eso de las siete de la noche una mujer del pueblo, se sintió acometida de los dolores precursores del alumbramiento. La infeliz se encontraba en la calle y no pudiendo dar un paso más, a causa de la gravedad en que se hallaba, se sentó en un zaguán.

Así pasó algún tiempo sin que nadie le prestara auxilio de ninguna naturaleza, por fin, á las 8 en punto se apareció un médico (no se sabe llamado por quien ni el

⁷⁷ AHSS, *Casa de Maternidad. Cervantes Apolonia. Dirección General de la Beneficencia del Distrito Federal*, casillero 2, caja 74, exp. 79, 1880.

nombre del facultativo) el que recetó e hizo tomar a la enferma sustancias que lejos de mejorarla la pusieron en peor condición. Alarmado el médico de ver que se daba un resultado enteramente contrario al que él se esperaba escribió en un papel un recado anónimo y remitió a la mujer a la Casa de Maternidad.

Las Parteras de guardia al recibir a la enferma, procedieron a practicar el examen correspondiente, y mirando que el caso era muy grave resolvieron mandar a llamar a un médico inmediatamente. Un sirviente puso en práctica esta resolución, encaminándose velozmente a la casa de uno de los Dres. adscritos a la Maternidad. Este luego que se hubo enterado del caso, contestó que no podía salir, por estar un poco acatarrado.

Entre tanto la enferma de María y las parteras no podían hacer nada por ella: dieron las once de la noche y entonces mandaron llamar a otro de los médicos de aquel establecimiento, el que mandó contestar lo mismo que el ant. Pasó una hora más; la mujer se encontraba en agonía y no había facultativo que la asistiera. A las dos de la mañana, no sabiendo ya que hacer las parteras, mandaron llamar al Dr. Hurtado. Este inmediatamente se levantó pero cuando llegó a la Casa Materna; puede decir que ya era tarde, pues aunque tuvo tiempo de operarla la desdichada mujer murió pocos momentos después de la operación inútil es decir que el producto había muerto mucho antes.

Preferimos suponer que nuestro informe se ha equivocado, a tener que aceptar que esa infeliz haya muerto por descuido⁷⁸.

Las denuncias periodísticas fueron relevantes en la medida en que, como afirma Saydi Núñez⁷⁹, la prensa mexicana a finales del siglo XIX constituyó uno de los medios de difusión más importantes a nivel nacional que funcionó como «un instrumento de expresión clave para instituir la llamada opinión pública dentro del proceso de modernización del país».

⁷⁸ AHSS, *Beneficencia Pública...*, op. cit.

⁷⁹ Saydi Núñez, *“Discursos y representaciones sobre mujeres criminales en la prensa porfiriana: entre sensacionalismo y moralización”, Persistencia y cambio. Acercamientos a la historia de las mujeres en México*, El Colegio de México, México, 2008, p. 122.

La idea de que existía un mayor riesgo de morir bajo la asistencia de parteras y el discurso médico sobre la necesidad para conservar la vida al interior de una institución comenzó a tener mayor presencia a una década de haberse inaugurado el Hospital. En 1870, Juan Ma. Rodríguez⁸⁰ cuestionó que fueran los médicos los que acudieran a las casas de las parturientas ya que en su opinión, eran ellas las que tendrían que buscar a los médicos por ser quienes solicitaban la asistencia médica. Además, desde el proyecto de creación del Hospital se pensó en un espacio cerrado, como puede verse en dos de los artículos del reglamento interno:

Artículo IV. Todos los empleados del Establecimiento están obligados a guardar el más completo sigilo, y el que falte a este sagrado deber, por ese mismo hecho será destituido, y su destitución se publicará por todos los periódicos.

Artículo V. Ninguna Autoridad tendrá derecho de llamar a los empleados a que declaren sobre lo que pase en el interior de la Casa de Maternidad, ni ésta podrá ser registrada ni cateada en ningún caso.

Artículo VI. La circunstancia de haber estado alguna mujer en el Establecimiento, no podrá servir de prueba legal contra ella⁸¹.

2.2.3 La Maternidad al inaugurarse el Hospital General de México

En 1905 se inauguró el Hospital General de México (HGM), un proyecto impulsado por el Gobierno de Porfirio Díaz como parte de su aspiración para modernizar al país. Posterior a su apertura, las actividades del Hospital de Maternidad e Infancia se trasladaron al HGM⁸². Al momento de la inauguración, la institución contaba con un pabellón exclusivo para la

⁸⁰ Juan Ma. Rodríguez (1828- 1894) “fue profesor de la Clínica de Obstetricia en la Escuela Nacional de Medicina, varias veces presidente de la Academia Nacional de Medicina, y también director de la Casa de Maternidad; representó una de las máximas autoridades en el arte de los partos en el siglo 19th. Frida Gorbach, *El monstruo, objeto imposible. Un estudio sobre teratología mexicana*, Siglo XIX, México, 2008, p. 35.

⁸¹ Manuel Soriano, “Historia de la Medicina en México...”, *op. cit.*, p. 88.

⁸² Varios Hospitales, por ejemplo el de San Andrés, cesaron actividades para trasladarse también al Hospital General de México. Xóchitl Martínez, *El hospital de San Andrés...*, *op. cit.*

maternidad; para su construcción se tomó en cuenta el modelo de Tarnier que consistía en separar a parturientas y puérperas enfermas y sanas⁸³.

Una vez que comenzó a funcionar el HGM, el Hospital de Maternidad e Infancia fungió como «Oficina de Admisión» llamada frecuentemente Consultorio⁸⁴, a cargo de médicos especialistas quienes determinaban si los enfermos requerían atención en el HGM y de ser así, ellos mismos estipulaban el tipo de traslado y el departamento o sala en el que tendría que ser alojados⁸⁵.

2.3 Instrumentos médicos para parir

La medicina científica se caracterizó por la elaboración de diagnósticos «objetivos» a partir del estudio anatómico del cuerpo con el uso de instrumentos. En su discurso, los médicos expresaron haber encontrado en los artefactos una posibilidad para «acceder a los secretos de la naturaleza»⁸⁶ y componer lo que consideraron «errores» de la misma. En la práctica, los instrumentos médicos encarnaron un conjunto de ideologías que constituyeron la base de su creación⁸⁷.

⁸³ Mercedes Alanís, *El hospital de maternidad...*, *op. cit.*

⁸⁴ AHSS, Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios/Hospital General, leg. 2, exp. 31.

⁸⁵ Existían cuatro tipos de traslados: «1º El de los infecciosos, que serán recogidos de sus habitaciones por medio de coches especiales y conducidos en ellos al Hospital, en donde se desinfectarán el carruaje y las ropas inmediatamente después de su llegada; 2º El de los enfermos no infecciosos que tienen que ser transportados de su lecho al Hospital. Este servicio se hará también por medio de un coche especial que conducirá directamente al enfermo; 3º El de las enfermas venéreo- sifilíticas que remitirá al Hospital la Inspección de Sanidad. Estas serán conducidas en ómnibus o en un coche de tranvías cerrado con persianas; 4º El del resto de los enfermos que van al Consultorio y a quienes los médicos especialistas declaran que deben ser admitidos en el Establecimiento. Estos serán conducidos en un furgón especial habilitado de ambulancia y en el que se utilizarán para el transporte de los enfermos, o bancos para los que puedan ir sentados, o camillas suspendidas para los que necesitan ir acostados. A las horas que marquen los Reglamentos, estos furgones estarán situados en un escape de la vía férrea enfrente del Consultorio». *Ibidem*.

⁸⁶ La creación del Museo de Anatomía Patológica es un ejemplo de la importancia que adquirió el estudio de órganos y tejidos para realizar un diagnóstico.

⁸⁷ Ignacio Casado, *Cultura material y renovación metodológica de la historia*, Contribuciones a las ciencias sociales [en línea], última actualización 2009. <www.eumed.net/rev/cccss/06/icg14.htm> [Consulta: 28 de diciembre, 2017].

Respecto al espacio geográfico, «Casa» y «hospital» representaron dos paradigmas completamente diferentes⁸⁸ en el que estuvieron involucrados distintos instrumentos. Antes de que los partos se atendieron en hospital, la atención médica de un parto en casa requería:

Pomada de belladona, una pluma de ave, agua fría y agua caliente; vinagre y álcali; un hilo de seda encerado para ligar el cordón del ombligo; lienzos suaves para curar éste; una vasija para bañar a la criatura; una mesa o cama con una zalea, y una almohada, que esté cerca, si posible es, de una ventana: luego que el niño nace se colocará allí envolviéndole en lienzos suaves y calientes⁸⁹.

Los Hospitales de Maternidad hicieron posible la creación, el resguardo y la difusión de instrumentos médicos para la atención del parto. En este sentido, Hospital e instrumentos se convirtieron en una pareja indisoluble. En México, cuando la Maternidad se abrió gracias a la iniciativa de la Emperatriz Carlota se solicitó a París la adquisición de instrumentos, aparatos y modelos anatómicos considerados «objetos indispensables»⁹⁰ para que médicos y parteras tituladas «siguiesen los cursos de partos»⁹¹.

Después de que el arsenal médico para atender el parto podía encontrarse incluso en la casa de la misma parturienta, con el tiempo se requirieron instrumentos específicos que en muchas ocasiones sólo se podían encontrar en el Hospital de Maternidad. Por ejemplo, en 1870 Olvera relata que fue llamado a ver a una parturienta y que después de varios intentos con los fórceps y varias horas en trabajo de parto y pedir la opinión de otros dos médicos, acordaron que era mejor realizar una craniotomía, sin embargo, ninguno de los tres médicos contaba con un cefalotribo y debido a que era muy noche tuvieron que esperar a la mañana siguiente para solicitarlo en la Maternidad. La mujer murió minutos antes de que los médicos regresaran a verla⁹². La atención del «parto feliz»⁹³ comenzó a depender de

⁸⁸ Tania McIntosh, *A Social History of Maternity and Childbirth: Key Themes of Maternity Care*. Routledge. Londres/Nueva York, 2012.

⁸⁹ Abundio Acebes, *Medicina maternal o guía de las madres: para cuidar en su preñez y cuidar a sus hijos durante la primera infancia*, México, Antigua Imprenta de Dionisio Rodríguez, 1877, p. 17

⁹⁰ Manuel Soriano, "Historia de la Medicina en México...", *op. cit.*, p. 84.

⁹¹ Aparte de instrumentos y aparatos también se solicitó la compra de libros y tratados médicos relacionados con el arte de los partos. *Ibidem*.

⁹² José Olvera, "Observación de una luxación del sacro que fue causa de distocia. Muerte de la madre y del feto", *El Observador Médico*, México, núm. 8, tomo I, 1870, pp. 125- 127.

⁹³ En el siglo XIX así se etiquetaba a un parto sin complicaciones. Véase capítulo 3.

instrumental médico y esta necesidad fue más evidente cuando se trataba de un parto quirúrgico. A pesar de que se llegaron a realizar cesáreas en el domicilio de las parturientas, con el tiempo, el material básico que se enlistaba para un procedimiento de este tipo se volvió más difícil de adquirir y/o conseguir para una práctica privada: un bisturí convexo fuerte, un bisturí recto de botón, una sonda acanalada, pinzas, tenaculums, agujas e hilo para las ligaduras, agujas planas de sutura, cordonetes e hilo metálico para las suturas, tiras de diaquilón gomado de 27 mm de ancho y largas, hilas, planchuelas, compresas, esponjas finas, agua caliente y fría, bebidas anti- espasmódicas, cloroformo, y a parte, aquel material para dar auxilio al niño si naciere asfixiado. Muchos de estos instrumentos e insumos se concentraban sólo en los hospitales.

2.3.1 Instrumentos médicos en México

La importación de instrumentos de Europa hacia México inició con la enseñanza de la medicina en la Escuela Nacional de Medicina en 1833, siendo muy notoria a partir de la década de los sesentas del siglo XIX⁹⁴. Los instrumentos médicos llegaron de Europa al puerto de Veracruz y a finales del siglo, Estados Unidos se agregó a la importación de instrumentos, los cuales tenían su punto de llegada a Tampico. La construcción del ferrocarril durante el Gobierno de Porfirio Díaz en 1880 facilitó la importación de muebles, equipos y materiales médicos⁹⁵. En 1882, el presupuesto solicitado por el Dr. Capetillo para las cátedras de clínica de obstetricia y obstetricia teórica significó más de la mitad (el 53%) del total solicitado por doce cátedras (12. 508 francos franceses)⁹⁶, lo que refleja la necesidad que tuvo el uso de instrumentos en el arte de partear.

⁹⁴ Laura Cházaro, "Los esfigmógrafos: de Francia a México, de la clínica al instituto", *Débats* [el línea], última actualización: 2007. <<http://nuevomundo.revues.org/3092#bibliography>> [Consulta: 20 de enero, 201].

⁹⁵ Martha Díaz de Kuri, *El nacimiento de una profesión. La odontología en el siglo XIX en México*, FCE/UNAM, México, 2012, 189 pp.

⁹⁶ Laura Cházaro, "Recorriendo el cuerpo y el territorio nacional: instrumentos, medidas y política a fines del siglo XIX en México", *Memoria Social*, núm. 27, vol. 13, 2009, pp. 101- 119.

De acuerdo con Cházaro⁹⁷, los instrumentos llegaron a México con instrucciones redactadas en otros idiomas, comprados en francos o en dólares y una vez arribados al país, debían ser adoptados a las prácticas y teorías locales. Algunos tuvieron que ser reinventados o modificados *in situ*, mostrando su gran capacidad de adaptarse y ser usados en lugares heterogéneos, extraños y distantes, muchos se volvieron parte indispensable del ejercicio clínico y otros no se echaron a andar y se abandonaron como cosas inútiles.

Por su parte, Campos⁹⁸ afirma que los exorbitantes precios y las dificultades para la adquisición de instrumentos médicos del extranjero propiciaron la fabricación local de material sencillo por parte de artesanos mexicanos y que era imposible construir artículos más sofisticados por hallarse en una escala más alta de perfeccionamiento técnico, sin embargo, considero que esta fabricación local respondió más al interés por responder a necesidades médicas locales que surgieron desde una ideología mexicana alrededor del parto y de su atención. En este sentido existían artesanos mexicanos no sólo capaces de reproducir los modelos construidos en el extranjero con su «toque» nacional, sino también para elaborar modelos nuevos. En esta adaptación y creación de instrumentos los médicos corporeizaron elementos culturales que respondían al estilo de pensamiento⁹⁹ de la época.

2.3.2 Las «manos de hierro»: Los fórceps

Los instrumentos en la atención médica del parto que cuentan con la mayor cantidad de estudios historiográficos han sido los fórceps. La invención de los fórceps obstétricos se atribuye a Peter Chamberlain en 1588. Seguro de que su reputación y sus ingresos económicos dependían de este instrumento, Chamberlain mantuvo en secreto su invento durante tres generaciones:

Cuando iba a atender un parto, lo llevaba consigo en una caja cuidadosamente cerrada a doble llave. Se aseguraba de que nadie presenciara la aplicación de su

⁹⁷ *Ibidem*, p. 64.

⁹⁸ María del Socorro Campos, *La colaboración médico- artesano en México y Cuba (1850- 1910). El caso del instrumental médico*, Tesis de Maestría, UNAM/Facultad de Filosofía y Letras, México, 2005.

⁹⁹ Ludwik Fleck, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, Alianza Editorial, Madrid, 1986.

aparato: despedía a cuantos estaban en el cuarto de la parturienta, y a ésta le vendaba los ojos. Cerraba cuidadosamente la estancia y distraía la atención de los que se esperaban afuera mediante ruidos producidos con toda clase de objetos, como platos, cazuelas y otros enseres. Después, al regresar a su casa, depositaba la caja que contenía el precioso invento, herméticamente cerrada, en un escondite que había construido especialmente para este fin en el piso, y que luego había disimulado cuidadosamente para que nadie lo pudiera detectar¹⁰⁰.

De acuerdo con González¹⁰¹ los fórceps se dieron a conocer públicamente por un holandés que se los compró al último de los Chamberlain por una gran suma de dinero. En la historiografía sobre la atención del parto se ha afirmado que los fórceps fueron la «llave de entrada» de los médicos al cuarto de las parturientas¹⁰², sin embargo, parteros con gran prestigio estuvieron en contra de su uso, como es el caso de William Hunter, considerado uno de los médicos- parteros más importantes en Europa a mediados del siglo XVIII y quien fuera un gran opositor del uso de fórceps. Hunter consideraba una verdadera lástima que hayan sido inventados pues para él, por cada mujer que se salvaba se mataban veinte¹⁰³.

En México también existieron médicos que se opusieron al uso de los fórceps, sin embargo, estos instrumentos fueron ganando aceptación en la medida en que representaba una mejor opción para salvar la vida de la madre en comparación con procedimientos que terminaban con la vida del feto como fue la embriotomía¹⁰⁴. El uso de los fórceps implicó la necesidad de aplicar cloroformo para que las mujeres pudieran soportar el dolor que implicaba la introducción del instrumento lo que frecuentemente causaba edema del canal vaginal por la constante manipulación, calambres y desgarros del perineo¹⁰⁵.

¹⁰⁰ Francisco González, *Partir es morir un poco*, UNAM, México, 1996, p. 119.

¹⁰¹ *Ibidem*.

¹⁰² Ornella Moscucci, *The science of woman...*, *op. cit.*

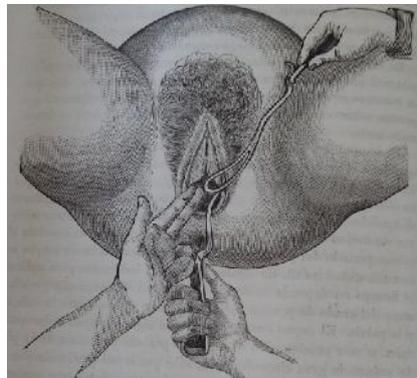
¹⁰³ Adrian Wilson sostiene que Hunter, a diferencia de los médicos que atendían partos en el Hotel-Dieu de París, tenía la oportunidad de asistir a los partos en los domicilios y sólo intervenía si se presentaban complicaciones; el parto en realidad era atendido por las parteras y esto le permitió a Hunter observar y aprender las distintas maneras en las que las parteras asistían en el parto, horrorizándose del sufrimiento de las mujeres y de procedimientos que realizaban los médicos, como el caso de la craniotomía. Véase, Adrian Wilson, "William Hunter and the varieties...", *op. cit.*

¹⁰⁴ Véase capítulo 4.

¹⁰⁵ Manuel Gutiérrez, "¿Cuál es el mejor tratamiento en los casos de parto en posición occipito-posterior?", *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 2, tomo II, México, 1897, pp. 41-52.

Había distintos diseños de fórceps (Figura 1). Independientemente del diseño de las «pinzas», éstas reprodujeron el uso que los médicos hacían de sus cuerpos, para ser más específicos de una parte de su cuerpo como fueron las manos; no fue en balde que las mismas mujeres identificaron a los fórceps como las «manos de hierro». Al ser las manos en donde se depositaba la principal habilidad de los parteros era de esperarse que los fórceps se consideraran como uno de los instrumentos más importantes en el «armario médico» para el ejercicio de la obstetricia¹⁰⁶.

Figura 1. «Introducción de las cucharas del fórceps»



Fuente: F. de P. Campa, *Tratado completo de obstetricia*, España, 1878.

Los fórceps no fueron los únicos instrumentos que emularon el uso de los cuerpos de los médicos¹⁰⁷, por ejemplo, en la discusión que prevalecía sobre si utilizar o no los fórceps en los casos en los que la posición del feto fuera pélvica o también llamada «de asiento», los médicos que se posicionaban en contra de su uso argumentaban que:

Por pocos esfuerzo que sea menester emplear, las cucharas [de los fórceps] machacarían bien pronto los huesos de las caderas. La extremidad libre de las mismas aplastaría y desgarraría las vísceras abdominales, matando irremediabilmente al feto.

¹⁰⁶ Miguel Sierra y Villegas, *Breves consideraciones sobre la aplicación del fórceps*, Tesis para el Examen Profesional de Medicina y Cirujía, Escuela de Medicina de México, México, 1873.

¹⁰⁷ Para una discusión más amplia sobre la construcción de artefactos y su relación con las funciones del cuerpo véase Braun Lundy, *Breathing race into the machine. The surprising career of the spirometer from plantation to genetics*, Universidad de Minessota, Londres, 1999.

Por otra parte, los **ganchos romos ó los dedos** reemplazarán ventajosamente a este instrumento¹⁰⁸.

Como se deja ver en la cita anterior, los ganchos romos y los dedos eran elementos intercambiables con los que se obtenía el mismo resultado: extraer al feto y evitar dañar las partes maternas y fetales.

2.3.3 El pelvómetro

De acuerdo con Laura Cházaro¹⁰⁹ «medir» es un acto complicado que involucra no sólo a los aparatos de medición, sino también los sentidos y experiencias de quien mide y de quienes son medidos. La medición, afirma la investigadora, no es un acto neutro, ésta «supone un complejo acomodo entre sujetos, aparatos y objetos»¹¹⁰. El pelvómetro fue el instrumento de medición por excelencia que los médicos mexicanos utilizaron para estudiar y manipular las pelvis de las mujeres para que pudieran procrear.

Aunque en México se importaron pelvímetros construidos en el extranjero¹¹¹, algunos médicos mexicanos diseñaron y elaboraron este tipo de instrumentos de forma local. Tal fue el caso de Fernando Zárraga quien en 1896 diseñó un pelvómetro interno (Figura 1) que después fue construido por iniciativa de Paz Dávalos¹¹², siendo estudiante de partería. El pelvómetro consistía en:

Una barra graduada y terminada por una bolita que debe apoyar sobre el promontorio sirve para medir el conjugado inferior y un pasador que desliza marca la medida de este diámetro, una excéntrica fija este pasador, y acto continuo una barra acanalada que va fija al pasado y que arrastra un medio círculo

¹⁰⁸ Luis Troconis, "Breves conceptos sobre las aplicaciones del fórceps en la extremidad pélvica", *Gaceta Médica de México*, núm. 21, tomo XXXII, México, 1895, p. 475. Las negrillas son mías.

¹⁰⁹ Laura Cházaro, "Los instrumentos matemáticos en la Nueva España: circulación, usos y transformaciones de la medición", *Gaceta de la Real Sociedad Matemática Española*, núm. 4, vol. 14, 2011, pp. 739- 752.

¹¹⁰ *Ibidem*.

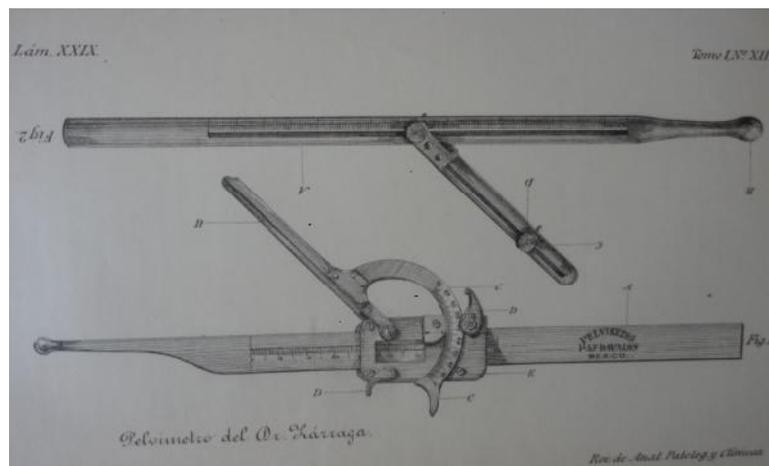
¹¹¹ Por ejemplo, cuando se inauguró la Maternidad con Carlota se solicitaron a París la compra de un intra-pelvómetro de Madame Bowin y uno de Van Huevel. Manuel Soriano, "Historia de la Medicina en México...", *op. cit*, p. 90.

¹¹² Paz Dávalos fue una de las parteras con título que perteneció a la Sociedad «Pedro Escobedo». Véase apartado de «Parteras examinadas» en el capítulo 1.

graduado que se fija también por una excéntrica indica el valor de la inclinación del pubis, y un tornillo que debe deslizar en la canaladura fija su longitud (...) Al retirar el instrumento van fijas las dos dimensiones y el valor del ángulo; basta llevar el instrumento sobre un cartón y trazar una línea entre el botón de la barra y el tornillo de la acanalada para tener el valor del conjugado superior¹¹³.

Una vez que este primer diseño de pelvómetro se utilizó en la práctica, Zárraga reportó que uno de sus bordes lastimaba las partes blandas de las parturientas, además, el médico encontró dificultades para medir la distancia entre el promontorio y el borde inferior de la sínfisis del pubis. Con esta experiencia, Zárraga elaboró y construyó un nuevo diseño de pelvómetro (Figura 2) que se utilizó y distribuyó en la ciudad de México y en varios Estados del país.

Figura 2. «Pelvómetro interno»



Fuente: Fernando Zárraga, “La pelvimetría”, *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 13, tomo I, México, 1896, p. 48.

Gracias al pelvómetro interno¹¹⁴ los médicos mexicanos midieron las dimensiones de la pelvis en mujeres vivas. Sin este instrumento, el cadáver era «el único libro» que los

¹¹³ Fernando Zárraga, “La pelvimetría”, *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 13, tomo I, México, 1896, pp. 447-449.

¹¹⁴ Los médicos realizaron mensuraciones internas y externas de la pelvis, aisladamente o en combinación, sin embargo, frecuentemente se reportaban diferencias entre una y otra. Para cualquiera de las dos mediciones se requería de instrumentos; aquí me enfoco en la interna porque era más frecuente entre los

médicos podían consultar «porque solo allí podía[n] ver directamente lo que había en realidad»¹¹⁵. El pelvómetro interno confirmó «objetivamente» estas diferencias. Los médicos más reconocidos de la época venían insistiendo en que las pelvis de las mexicanas eran diferentes al de las mujeres extranjeras¹¹⁶. Juan María Rodríguez fue uno de los primeros parteros que estuvieron interesados en estudiar las pelvis mexicanas¹¹⁷; él describió lo que denominó «pelvis acorazadas»¹¹⁸, un tipo de pelvis que, según Rodríguez, era común entre las mujeres mexicanas y que se caracterizaba por unos diámetros más reducidos en comparación con las pelvis de las extranjeras y por una sínfisis pubiana con mayor altura e inclinación que provocaba la disminución de la distancia entre el vértice del arco del pubis y la punta del cóccix¹¹⁹. Esta constitución de pelvis no necesariamente se traducían en un parto complicado pero sí podía explicar algunos partos distócicos.

Como se afirmó en líneas anteriores, el uso del pelvómetro interno permitió realizar mediciones para establecer el «hecho científico» de que las mujeres mexicanas presentaban una constitución biológica específica¹²⁰ lo que constituyó un argumento importante para que los médicos afirmaran que intervenir en el canal pelviano implicaba habilidades distintas a las europeas.

médicos mexicanos por considerarse más fidedigna. Véase, Ignacio Capetillo, "Consideraciones acerca del valor diagnóstico de la pelvimetría externa", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XIV, 1879, pp. 3- 7.

¹¹⁵ Florencio Flores, *Ligeros apuntes de pelvimetría comparada*, Tesis para el examen general en Medicina, Cirujía y Obstetricia, Escuela de Medicina de México, México, 1881.

¹¹⁶ Los médicos consideraban otras diferencias anatómicas y fisiológicas entre mujeres mexicanas y extranjeras, por ejemplo, los entuertos, que son contracciones uterinas que se presentan después del parto y que los médicos mexicanos afirmaban que eran más comunes entre las mexicanas. Véase también Ortega Aniceto, "Entuertos", *Gaceta Médica de México*, núm. 8, tomo III, 1867, pp. 115- 124.

¹¹⁷ Duque de Estrada fue otro de los médicos que publicó sus observaciones sobre las pelvis mexicanas. Véase: Juan Duque de Estrada, *Estudios obstétricos del profesor Doctor D. Juan Duque Estrada publicados de 1897 a 1919*, Imprenta Murguía S.A., México, 1955.

¹¹⁸ Difiero con Oliva López quien sostiene que para los médicos mexicanos este «abarroamiento» implicó considerar las pelvis mexicanas como anormales. En la mayoría de los textos médicos que consulté se hacía alusión a las diferencias de las pelvis de las mujeres mexicanas, sobre todo en el tamaño de la sínfisis del pubis, pero dado que era poco común que se presentaran complicaciones en el parto, la anatomía de las pelvis mexicanas no necesariamente se asociaban con un parto difícil, a menos que presentara diámetros extremadamente disminuidos. Véase, Oliva López, *De la Costilla de Adán al útero de Eva: El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*, UNAM, México, 2007.

¹¹⁹ Juan Rodríguez, *Breves apuntes sobre la Obstetricia en México*, Tesis como candidato para la plaza de adjunto a la Cátedra de Clínica de Obstetricia de la Escuela de Medicina, Centro de Investigaciones Dr. José Lara, México, 1869.

¹²⁰ Se profundizará sobre la medición de las pelvis mexicanas en el capítulo 3.

2.4 Inmobiliario

En este apartado centro la atención en un objeto del inmobiliario de la atención del parto usado en la segunda mitad del siglo XIX en México, el artefacto- mueble sobre el cual se colocaba el cuerpo femenino para parir. Planteo que es a través de la descalificación de las otras formas de atender el parto, asociadas con la miseria, el riesgo de muerte o complicación, con la ignorancia y por tanto, con el retraso social, que se logró instaurar como natural la práctica médica obstétrica y con ello el uso de la cama de parto y la posición horizontal.

2.4.1 De la silla a la cama de parto

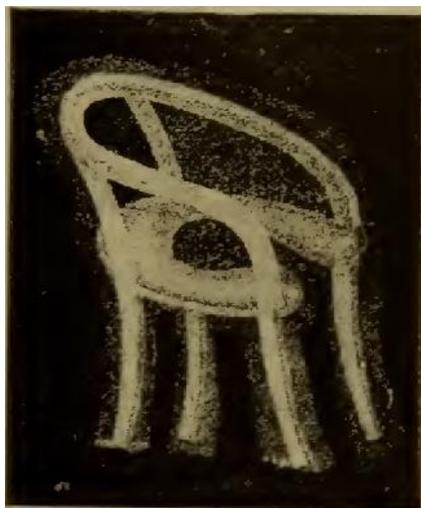
La «silla de parto» o «silla obstétrica» fue un «mueble muy usado» en tiempos de la Colonia y su uso se extendió a la atención médica del parto: «era ésta un fuerte sillón de brazos con el asiento perforado y todo forrado con badana o cuero acolchonado»¹²¹ (ver figura 3).

Indudable que la silla, realizando una postura cómoda para las parturientas, inauguró una era de adelanto para la obstetricia, y esto lo prueba que haya sido aceptada por los pueblos civilizados antiguos y por los salvajes actuales. Inútil me parece insistir sobre las distintas modificaciones que este mueble ha sufrido bajo la influencia y de la moda; pues se comprende que se haya hecho de báscula y más o menos acojinado para la absoluta comodidad de la paciente¹²².

¹²¹ Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, op. cit. p. 101.

¹²² Fermín Viniegra, *Algunas observaciones...*, op. cit., p. 16.

Figura 3. «Silla para el parto»



Fuente: Nicolás León, “La historia de la obstetricia en México”, *Secretaría de Instrucción Pública*, México, 1910, p. 322; véase también: “Necrología. El Doctor José Ferrer Espejo”, en: *Gaceta Médica de México*, tomo XVI, 1881, p. 101.

La aceptación que este artefacto tuvo en la práctica médica mexicana llevó a algunos médicos, entre ellos al famoso Sr. Torres, a crear un modelo de silla de partear cuyo uso se extendió a otros estados del país. Sin embargo, para principios del siglo XIX su uso se desmedicalizó tal vez por haberse incorporado a la práctica de atención de las parteras no examinadas de clase media.

Se tolera hoy, como hace un siglo o más, á un regular número de mujeres y de algunos hombres que con amuletos y la memorable *silla de partear* ganan la vida en los barrios y en los pueblos y ciudades todas de la República¹²³.

Desde 1838, el médico Villette proscribía la silla de partos argumentando que traía como consecuencias pérdidas uterinas, prolapso de útero y rupturas del perineo. Años después, en 1858, Torres la vuelve a recomendar en su *Manual de partos* cuando la mujer fuera asmática o nerviosa, cuando tuviera los diámetros estrechos y cuando dejaran de haber contracciones, ya que en esa postura el feto haría presión para introducir la cabeza en el

¹²³ Juan María Rodríguez, “Embriotomía y evolución artificial (procedimiento de Scanzoni). Muerte de la madre”, *Gaceta Médica de México*, núm. 21, tomo V, México, 1870, pp. 333-338. El subrayado es mío.

segmento inferior del útero¹²⁴. León consignó que el mismo Dr. Torres «sancionó y preconizó la silla de parir»¹²⁵. Los médicos mexicanos, sobre todo en la segunda mitad del siglo XIX, estuvieron en contra del uso de la silla de parir por considerarla incómoda y antihigiénica, pero sobre todo por asociarla con la falta de racionalidad en las mujeres que parían sentadas o en cuclillas, así como con la ignorancia de quienes las atendían.

La cama, en general, es un objeto que ha acompañado al ser humano a lo largo de su historia¹²⁶. La cama de hospital implica recursos, espacios, equipo y personas para la atención del paciente. En los registros revisados no se localizaron imágenes sobre la cama de hospital u obstétrica en el siglo XIX en México, sin embargo, la descripción de Manuel Barreiro sobre las camas del Hospital de Maternidad aporta elementos para su análisis:

La cama, que deberá ser de fierro, se someterá a un lavado con agua pura o una solución ligeramente antiséptica. Para simplificar estos lavados se han adoptado diversos modelos de camas, entre los cuales figuran la cama de Tarnier y la cama usada en la Maternidad de Kiva, constituida por un simple bastidor de fierro que soporta una red de alambre, sobre la cual está colocado un ligero colchón que se cambia a cada enferma. Las mesas de noche, difíciles de desinfectar cuando son de madera, se limpian fácilmente si son de fierro y de paredes de lámina.

Los colchones de lana deben ser proscritos y sustituidos por jergones llenos de paja, heno o acate, que se destruye por el fuego cuando ya han servido a una enferma; los lienzos de la cama, las fundas del colchón y demás accesorios deben ser pasados por la estufa de desinfección, antes de ser utilizados de nuevo¹²⁷.

La cama de parto reprodujo la idea médica de cómo la mujer «debería» parir: en una postura horizontal, que para la época se consideraba sinónimo de «civilización» y «racionalidad»:

¹²⁴ Francisco Flores, *Historia de la medicina en México...*, op. cit.

¹²⁵ Nicolás León, *La historia de la obstetricia...*, op. cit., p. 266.

¹²⁶ Guillermo Fajardo y Germán Fajardo, "Historia de la cama de hospital. Investigación en diversos lugares y tiempos", *Gaceta Médica de México*, núm. 3, vol. 146, México, 2010, pp. 219-224.

¹²⁷ Manuel Barreiro, *Profilaxia de las enfermedades puerperales y proyecto de Maternidad*, Tesis de grado, México, 1889, p.93.

La posición que se da a la mujer durante el parto, no es indiferente a sus resultados; diré más, tiene una influencia manifiesta sobre su marcha, y sobre sus consecuencias; por cuya razón, las naciones han adoptado la que según su índole y civilización, les garantizaba mejor sus intereses sociales. En tal concepto, llama desde luego la atención, que en nuestra sociedad subsista una costumbre que es causa de graves inconvenientes; y cuya sola existencia desmiente la civilización y adelanto que debe esperarse de una ciudad de su categoría [...] y solo en pocos, en muy pocos casos, se ve que las mujeres toman para este acto supremo, la única posición aceptable por ser la sola racional, la posición horizontal; y estas se dice que paren acostadas¹²⁸.

En este sentido, la cama de hospital se incorporó a la práctica médica bajo la idea de contribuir a crear una población mexicana civilizada. Al mismo tiempo, esta postura permitía ocultar el rostro de la mujer a la mirada del partero, con lo cual se consideraba que «cuadraba más con respetar debidamente el pudor de la mujer»¹²⁹. Como afirma Cházaro¹³⁰, la autoridad «científica» que las operaciones obstétricas adquirieron no sólo dependió del ajuste entre los conceptos médicos y sus instrumentos sino también de «cómo se sintonizaron con la dimensión política - pública- del orden médico».

El material metálico con el cual fueron fabricadas las estructuras de las camas, así como los otros muebles del cuarto de la parturienta y los colchones debían ser fáciles de lavar, un requisito que corresponde con la importancia que para el siglo XIX cobró la higiene y la asepsia¹³¹.

¹²⁸ Nicolás León, *“La historia de la obstetricia...”*, *op. cit.*, p. 142.

¹²⁹ Fermín Viniegra, *Algunas observaciones...*, *op. cit.* Para profundizar sobre la posición ginecológica véase el capítulo 3.

¹³⁰ Laura Cházaro, *“Pariendo instrumentos médicos...”* *op. cit.*, p. 29.

¹³¹ Para profundizar sobre este aspecto se puede revisar: Claudia Agostoni, “Introducción”, en: Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar, Enfermedad y sociedad en México siglos XIX y XX*, UNAM/BUAP, México, 2008, pp. 5- 32.

2.4.2 La mesa portátil ginecológica

Existe el antecedente ya desde el siglo XVII en Francia¹³² y Alemania¹³³ del diseño, fabricación y uso de mesas portátiles y armables las cuales no fueron de autoría médica como sí lo fue la «Mesa portátil ginecológica» del mexicano Dr. Demetrio Mejía (Figura 4). Esto hace una diferencia importante en los implementos que la conforman y en la justificación basada en razones de comodidad, higiene, facilidad para acceder a los instrumentos y demás objetos necesarios para realizar procedimientos quirúrgicos. Es un objeto que recoge el pensamiento médico de la época. Nada mejor que las palabras del propio autor para describir este objeto:

El colchón que lleva encima tiene ligera inclinación hacia el operador; su forro de hule sin bastas facilita su desinfección. Ofrecen, tanto la mesa como el colchón, una concavidad ligera hacia la parte anterior. La almohada, baja y pequeña, está adecuada para el uso en personas cloroformadas. Hacia la parte anterior, un hule fijo a los lados, recogidos abajo en forma de embudo, asegura el fácil escurrimiento de los líquidos, sangre, etc. Fíjase este hule en las partes laterales de la mesa y el embudo en una varilla que se desprende del delantero de la mesa y que puede quitarse a voluntad. Un cubo o vasija cualquiera recibe los líquidos, sin que el operador se estorbe ni se moje. En los dos ángulos anteriores, lleva las muletas, cuyo objeto es recibir las piernas del operado, descansando en los huecos poplíteos, aseguradas con una correa ancha sin presión. Hacia el ángulo anterior derecho (respecto al operador) lleva en un lado otro tallo que contorneando la muleta derecha, asciende oblicuamente para recibir una pequeña pieza transversal, cilíndrica, perforada, susceptible de dejar pasar las cánulas de irrigación dirigiendo el agua al punto más conveniente. En el ángulo posterior izquierdo (siempre respecto al operador) adáptase una varilla vertical, alta, compuesta de dos piezas; sustentáculo de los irrigadores, admite cómodamente hasta seis. La mesa lleva en el canto

¹³² Abraham Bosse, "L'Accouchement (El encuentro)", Museo Des Beaux-Arts, Paris, 1633.

¹³³ Justine Siegemundin, "Famous German midwife in her *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter* (The Court Midwife), 1690", citado en: Harold Speert, *Iconographia Gyniatrixica; a pictorial history of gynecology and obstetrics* (1973- 05- 03), 1980, p. 267.

posterior un cajón enteramente oculto. Tirando de él, admite en su interior todas las piezas y aun la almohada. Yo le agrego, además, los instrumentos que voy á usar y los útiles del cloroformo evitando de cargarlos conmigo¹³⁴.

En la figura 3 se aprecia una mesa rectangular de cuatro patas, fabricada con madera. El material de su fabricación le confirió características como peso, diseño y apariencia. Cabe señalar que la madera era el material que frecuentemente se utilizaba para la elaboración de instrumentos obstétricos, tal es el caso del pelvómetro de Zárraga¹³⁵. De igual forma, deduzco que resultaba accesible la obtención de materiales de origen vegetal como materia prima, así como la habilidad para su manejo¹³⁶.

La altura y el tamaño de la mesa están pensados para la postura corporal de los médicos de pie para operar, incluso, en palabras de Demetrio Mejía, los eximía de sufrir por días los efectos de una posición incómoda que habrían de mantener «más allá de los límites de la tolerancia». Esto puede explicar porqué este objeto se etiquetó como mesa y no como cama de operaciones. En una mesa se exponen los objetos de estudios para ser explorados, examinados, manipulados en los experimentos, a diferencia de la relación que se establece en la cama entre la parturienta y quien la atiende. La cama se utiliza para recostar el cuerpo, la mesa para intervenirlo.

Las mesa de Mejía cuenta con aditamentos específicos que responden a las técnicas médicas de la época: el colchón sobre el cual se coloca la paciente en posición supina, la almohada en caso de requerir cloroformo para anestesarla, las muletas en los ángulos anteriores para recibir las piernas de la operada y así darle la posición que más conviene para la intervención quirúrgica acompañadas de unas correas para sujetar las extremidades inferiores. Para el control y manejo de líquidos y secreciones: el tallo posterior para soportar los irrigadores con los cuales se realizan procedimientos como los lavados vaginales de agua caliente para acelerar la dilatación del cuello uterino; el hule que forma un embudo para facilitar la caída de los líquidos de desecho, como la sangre o el agua de

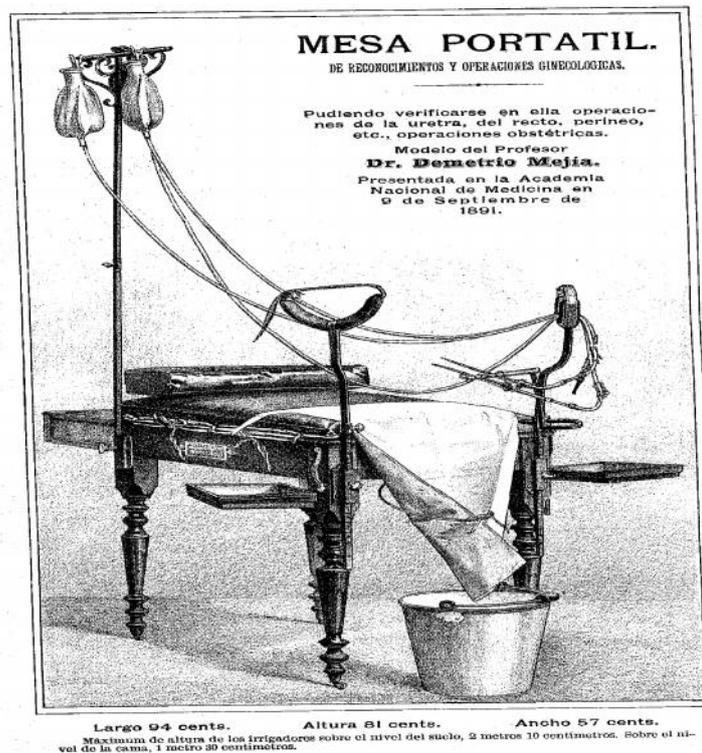
¹³⁴ Demetrio Mejía, "Mesa portátil", *Gaceta Médica de México*, núm. 19, tomo XXVI, México, 1891, pp. 385-387.

¹³⁵ Fernando Zárraga, *op. cit.*

¹³⁶ Un ejemplo de esto es la camilla mexicana para trasladar enfermos presentada ante la Asociación Nacional de Medicina de México por el Dr. Ricardo Ortega, en 1894. Ricardo Ortega, "Camilla Mexicana", *Gaceta Médica de México*, núm. 18, tomo XXXI, México, 1894, pp. 421- 422.

los irrigadores, en una cubeta. Para los otros artefactos de uso frecuente en los procedimientos médicos: el cajón oculto en el canto posterior que tiene la capacidad de almacenar los instrumentos, el aparato del cloroformo y la almohada; las cubetas de fierro esmaltado, giratorias, donde se depositan y desinfectan los instrumentos, donde el ayudante los lava. Para el manejo y movimiento de la misma mesa se disponía de cuatro agarraderas y carretillas (ruedas) en las patas delanteras.

Figura 4. «Mesa Portátil en el siglo XIX»



Fuente: Demetrio Mejía, "Mesa portátil", *Gaceta Médica de México*, núm. 19, tomo XXVI, México, 1891, pp. 385- 387.

A diferencia de otros instrumentos, la mesa ginecológica no se crea para enfrentar una complicación. Con este objeto se materializó el papel que desde el pensamiento médico se esperaba de las mujeres en las operaciones obstétricas: mujeres sujetadas, limitadas de movimiento, sobre todo porque algunos médicos se quejaban de que las mujeres levantaban la pelvis inconscientemente al ser atendidas en posición horizontal y ni las

recomendaciones del partero ni las amenazas de nadie las mantenía quietas¹³⁷. Las «muletas» y las correas de la mesa de Mejía tenían el propósito de inmovilizar el cuerpo de las mujeres y, además, de prescindir de los dos ayudantes que en una cama común se requerían para mantener flexionadas las piernas de la mujer.

Con estas características no fue nada extraño que Demetrio Mejía recibiera felicitaciones y una gran aceptación cuando presentó su artefacto ante los integrantes de la Asociación Médica quienes pidieron que se registrara «la propiedad de dicho aparato, bajo el punto de vista científico»¹³⁸.

¹³⁷ Fermín Viniegra, *Algunas observaciones...*, *op. cit.*, p. 17.

¹³⁸ Demetrio Mejía, "Mesa portátil", *op. cit.*, p. 387.

Capítulo 3.

Prácticas médicas en la atención del parto feliz

Capítulo 3.

Prácticas médicas en la atención del parto feliz

En un inicio costó mucho trabajo que la atención de partos fuera considerada como disciplina de la medicina. Si seguimos la línea de León Olivé¹, quien afirma que la distinción entre lo que se considera ciencia y pseudociencia radica en ceñirse a la tradiciones, entendiéndolas como «sistemas en los que han prevalecido las prácticas de aceptar creencias y de hacer cosas sobre la base de procedimientos confiables epistémicamente»², para que la atención de partos pudiera ser reconocida como práctica médica- científica, los médicos parteros tuvieron que desarrollar teorías, conceptos, métodos y técnicas que estuvieran apegados a los estándares de la tradición científica de la época³, determinando qué problemas eran legítimos de estudiar, cómo estudiarlos y cómo resolverlos.

Desde el paradigma positivista, las normas son incorpóreas, universalmente aplicables y constituidas *a priori*⁴; un enfoque en las prácticas científicas considera que las estructuras normativas del conocimiento científico se originan y desarrollan a partir de normas y valores⁵ que surgen en la interacción de los actores en un tiempo y contexto determinado.

En este capítulo me centro en reflexionar sobre el desarrollo de normas que guiaron el surgimiento, la modificación y/o reproducción de prácticas que conformaron la atención del parto por parte de médicos y parteras tituladas en México en el siglo XIX.

¹ León Olivé, *El bien, el mal y la razón: Facetas de las ciencias y la tecnología*, Paidós/ UNAM, México, 2000.

² *Ibidem*.

³ Para Esteban y Martínez las tradiciones científicas «son el resultado de la articulación de acciones y actividades humanas que tienen lugar en tiempos y contextos específicos». Véase, José Esteban y Sergio Martínez, "Introducción", en: José Esteban y Sergio Martínez (comps.), *Normas y prácticas en la ciencia*, UNAM, México, pp. 5- 17.

⁴ Huang Xiang, Dos acercamientos al problema del origen de la normatividad, en José Esteban y Sergio Martínez (comp.), *Normas y prácticas en la ciencia*, UNAM/ Instituto de Investigaciones Filosóficas, México, 2008, p. 35- 60.

⁵ Los valores involucrados en la normatividad de las prácticas médicas en la atención del parto se abordan en el capítulo 4.

Organizo este capítulo en dos apartados. En el primero analizo cómo es que en el siglo XIX se dieron dos cambios importantes, por un lado las leyes de la física constituyeron el referente para explicar los fenómenos de la naturaleza incluyendo el acto de parir. Un segundo cambio tiene que ver con una manera distinta de concebir la noción de «riesgo». Estos cambios definieron la manera de entender el parto delimitando las posibilidades para aceptar, rechazar o modificar las prácticas médicas en torno al parto. Con la intención de identificar las estructuras normativas que guiaron las acciones médicas, en el segundo apartado analizo algunas de estas prácticas que fueron comunes para la segunda mitad del siglo XIX.

3.1 Las leyes de la física en el parto

Acorde con Anson Rabinbach⁶ la distinción propuesta por Descartes entre máquina animal y ser humano dejó de ser significativa para el siglo XIX y fue sustituida por la metáfora de «motor humano» acogida por las leyes de la termodinámica. Para los físicos y fisiólogos de la época, el cuerpo humano y la máquina industrial eran dos motores que podían convertir la energía en trabajo mecánico. Como cualquier motor, la fuerza del cuerpo podía debilitarse y entonces limitar su progreso y productividad. La fatiga fue señalada como la principal causa que agotaba esa fuerza y por tanto habría que estudiarse y eliminarse; en este sentido, la fatiga se asoció con la modernidad y «fuerza de trabajo» se convirtió en un concepto significativo para la época⁷.

Las nociones de «motor humano» y «fuerza de trabajo» tuvieron enormes implicaciones en el orden del mundo social y científico. A través de la noción de «fuerza de trabajo» se explicaron los movimientos de los planetas, las fuerzas de la naturaleza y el funcionamiento del cuerpo humano⁸. Desde este marco conceptual también se explicó el

⁶ Anson Rabinbach, *The Human Motor. Energy, fatigue and the origins of Modernity*, Universidad de California, EEUU, 1990.

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ibid*.

proceso del nacimiento⁹. El «cuerpo mujer- motor» se pensó como una especie de matrioska que contenía, al menos, otro motor: el útero.

Así como la fatiga impedía al «cuerpo mujer- motor» convertir la energía en trabajo mecánico, el útero podía literalmente «fatigarse» y dificultar el nacimiento. No es raro encontrar en la literatura médica mexicana de mediados del siglo XIX el calificativo de «útero perezoso» para referirse a un útero cuyo músculo presentaba una limitada fuerza de contracción al momento del parto. Cuando el útero se agotaba después del nacimiento los médicos recomendaban dejarlo reposar un par de horas antes de que volviera a trabajar para expulsar la placenta¹⁰.

Paulatinamente, la denominación de «útero perezoso» se fue reemplazando por «atonía uterina», un cambio que denotó cómo fue que la pereza, asociada con una convicción religiosa, se fue sustituyendo por el término de fatiga, un concepto que sincronizaba más con el pensamiento científico operante para la época¹¹. Una matriz de interpretación moral- religiosa se transformó en científico- materialista¹².

El uso de sustancias como el cuernecillo de centeno y después la oxitocina dotó a los médicos de tecnologías para intervenir en el útero sin fatigarlo o en su caso, para «devolverle su energía»¹³ como lo afirmó Juan María Rodríguez:

el cuernecillo de centeno y su sucedáneo [el zihuatlpatle], nuestra planta regional, que empleados a tiempo y convenientemente devuelven la energía al útero fatigado por lo largo, lo penoso o lo rápido del trabajo¹⁴.

Si la fatiga del obrero comprometía al individuo y a la comunidad¹⁵, la fatiga del útero, al poner en peligro la vida de la madre, del feto y de la sociedad también ponía en riesgo la

⁹ En las narrativas médicas explícitamente se afirmó que «los principios más esenciales del arte de los partos están tomados de las leyes de la mecánica». Juan Rodríguez, “El cuernecillo de centeno y el zihuatlpatle”, *Gaceta Médica de México*, núm. 13, tomo IX, México, 1869, pp. 196- 200.

¹⁰ Francisco de P. Carral, *El tiempo como indicación de intervenir en obstetricia*. Escuela Nacional de Medicina de México, México, 1895.

¹¹ Anson Rabinbach, *The Human Motor...*, *op. cit.*

¹² Diego Roldán, “Discursos alrededor del cuerpo, la máquina, la energía y la fatiga: hibridaciones culturales en la Argentina fin-de-siècle. História, Ciências, Saúde”, *Manguinhos*, núm. 3, vol. 17, 2010, p. 643- 661.

¹³ Véase Juan Rodríguez, “El cuernecillo de centeno...” , *op. cit.*

¹⁴ *Ibidem*, p. 197.

¹⁵ Diego Roldán, “Discursos alrededor del cuerpo...” , *op. cit.*

producción de ciudadanos. Precisamente la fatiga del útero fue una de las principales situaciones que los médicos y las parteras tituladas recriminaron a las parteras no examinadas.

La fuerza del útero se interpretó desde las leyes de la termodinámica como producto de mecanismos físicos, químicos y mecánicos. A diferencia de otro tipo de entrenamientos sistemáticos y continuados que requerían de la ascesis y del sacrificio¹⁶, el uso de la anestesia jugó un papel fundamental para aseverar que la fuerza del útero era independiente de la voluntad de la madre¹⁷. De esta manera, paulatinamente se fueron consolidando términos que hoy en día siguen vigentes en la práctica médica como son: «trabajo de parto», para referirse al proceso que comienza con la dilatación cervical y se acompaña con contracciones hasta el momento del nacimiento; o «mecanismo de trabajo de parto» para explicar la serie de movimientos que el feto realiza para pasar por el canal de parto.

A pesar de los argumentos científicos, el trabajo del útero dependía en gran medida de las características de las mujeres, así, el «relajamiento» de este órgano y de las paredes abdominales que causaban las presentaciones viciosas se presentaba con mayor frecuencia en mujeres de clase alta que llevaban una vida ociosa; ellas también eran más propensas a presentar neurastenias que modificaban los reflejos y hacían más lento el dinamismo de trabajo de parto¹⁸.

Los úteros de las mujeres de clase media y baja, acostumbradas al trabajo, se fatigaban menos y sus complicaciones tenían otras causas relacionadas precisamente con sus actividades laborales. El médico Adolfo Patrón, señaló que en comparación con las estadísticas presentadas por reconocidos parteros extranjeros, como Pinard y Dubois, la presentación de tronco era muy frecuente en mujeres proletarias debido al tipo de trabajo al que se dedicaban las mujeres pobres - costura, bordado, elaboración de cigarrillos o de chocolate, entre otros-, que las obligaba a mantener por varias horas una postura que provocaba una presión sobre el vientre de la mujer, evitando que el feto se acomodara de

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ El uso de la anestesia en el parto comprobó que las contracciones del útero eran independientes del dolor y de la voluntad de la madre. Véase capítulo 4.

¹⁸ Fermín Viniestra, *Algunas observaciones sobre el parto en cuclillas. Escuela Nacional de Medicina de México*, Imprenta de Francisco Cosío, núm. 6, México, 1895.

manera longitudinal¹⁹. Las nociones de «fuerza» y «trabajo» también se aplicaron para médicos y parteras tituladas:

Una marca sensible, y por muchos días indeleble de la potencia muscular desarrollada, se manifiesta por los dolores que invadiendo las manos, antebrazos, brazos y tronco del operador, le hacen elevarse a la suposición del estado deplorable en que ella habrá dejado a la madre, y muchas veces al feto.

La generación y aplicación de la fuerza con el mínimo desgaste contribuyó a la creación de instrumentos y artefactos médicos que reprodujeron las funciones del cuerpo²⁰; por ejemplo, la fuerza manual que se requería para aplicar por varias horas inyecciones intravaginales con agua tibia para forzar la dilatación del cérvix²¹ o para disminuir riesgos de infección puerperal llevó a incluir en la cama ginecológica portátil²² un conjunto de accesorios para reproducir el trabajo de los médicos y parteras.

3.2 Diagnóstico de embarazo

Antes de que los médicos se legitimaran como los expertos para encargarse del embarazo y parto, eran las mujeres quienes diagnosticaban su propio embarazo tomando como referencia la supresión de la menstruación. Una vez que tenían certeza de estar embarazadas ellas llamaban a los médicos incluso varios meses después de haber corroborado su gestación. Al mismo tiempo que los médicos se fueron incorporando a la atención del parto, la detección de la preñez se fue depositando en el gremio médico.

¹⁹ De acuerdo con Patrón muchas de estas complicaciones disminuyeron con el establecimiento de molinos de vapor.

²⁰ Para una discusión más amplia sobre la construcción de artefactos y su relación con las funciones del cuerpo véase Braun Lundy, *Breathing race into the machine. The surprising career of the spirometer from plantation to genetics*, Universidad de Minnesota, Londres, 1999.

²¹ Procedimiento conocido como Kiwisch modificado o reformado y que fue una propuesta de d'Eguisier pero que en México se realizaba siguiendo algunas variaciones propuestas por Juan María Rodríguez. Ignacio Capetillo, "Eclampsia puerperal- parto provocado por el procedimiento de Kiwisch, modificado por varios médicos mexicanos.- muerte de la madre y del producto.- autopsia. Por los Sres. Ortega(A) y Rodríguez", *Gaceta Médica de México*, núm. 17, tomo XV, México, 1870, pp. 277- 282.

²² Véase el apartado de cama ginecológica en el capítulo 2.

La certeza de que una mujer estuviera embarazada representó un gran reto para los médicos del siglo XIX. Aunque era más difícil diagnosticarlo en los primeros tres a cuatro meses, se registraron casos en que aún los médicos más experimentados confundieron un embarazo a término con un quiste o un tumor²³. El principal medio para establecer un diagnóstico de embarazo fue a través del examen clínico que incluía la búsqueda de signos de embarazo de dos tipos, probables y de certeza²⁴. Entre los primeros se incluían cambios en los pechos, vómitos, antojos, caprichos y supresión de la menstruación²⁵; muchos de estos signos se obtenían a través del interrogatorio. La detección de los signos de certeza forzosamente implicaba la exploración física que les permitía a los médicos identificar partes fetales a través de la palpación manual pero sobre todo, la auscultación de ruidos cardiacos. La auscultación obstetricial, como la denominaban los tocólogos, le denominaban «inmediata» si se «empleaba la oreja sola» directamente sobre el abdomen de la parturienta, o «mediata» si se utilizaba el estetoscopio. El método más recomendable era este último «primero por *decencia*, y segundo, por *conveniencia*» ya que, en palabras de Juan María Rodríguez:

El estetoscopio refuerza los latidos del corazón fetal, y aumenta a la vez la facultad auditiva merced a que el observador no se ve precisado a inclinar la cabeza tanto como cuando lo aplica directamente. Con el estetoscopio, por último, se puede seguir de manera, por decirlo así, matemática, el sentido de la mayor transmisión; computar el número de los latidos, apreciar su intensidad, timbre y ritmo, y si existe o no soplo concomitante isócrono fugaz o permanente; particularidades todas de la más alta significación clínica²⁶.

La certeza del diagnóstico de embarazo y de la valoración fetal utilizando el estetoscopio se supeditó al funcionamiento de este instrumento. La confianza que se depositó en los instrumentos médicos implicó que la veracidad sobre lo que sucedía en los cuerpos

²³ Manuel Domínguez, "Reflexiones sobre un error de diagnóstico en un caso de embarazo", *Gaceta Médica de México*, núm. 11, tomo VI, México, 1871, pp. 189- 199.

²⁴ Andrea Vicente, *Los secretos de alcoba revelados por la prueba de embarazo. Clínica y experimentación en la Ginecología en México (1870- 1950)*, Tesis de licenciatura, ENAH, México, 2016.

²⁵ Abundio Acebes, *Medicina maternal o guía de las madres: para cuidar en su preñez y cuidar a sus hijos durante la primera infancia*, México, Antigua Imprenta de Dionisio Rodríguez, 1877.

²⁶ Juan María Rodríguez, *Guía Clínica del Arte de los Partos*, Tercera edición, Imprenta de Francisco Díaz de León, Calle de Lerdo, núm. 2, México, 1885, p. 73.

gestantes se trasladara de las mujeres a los parteros y a los mismos instrumentos. Así, Juan María Rodríguez alentaba a los médicos a darle mayor importancia a los datos que se obtenían a través de la exploración que a la información que las mismas mujeres pudieran «suministrar»:

Podrá suceder que con la mejor intención, pero preocupada con la halagueña idea de ser madre, una mujer convierta sus esperanzas en un hecho real, consumado; exagerará entonces sus sensaciones ilusorias, y las pintará de tal modo, que logrará preocupar al médico más malicioso y precavido. Pero podrá suceder también que la mujer tenga interés, necesidad imprescindible de ocultar su estado; en estas circunstancias no sólo no revelará lo que realmente sintiere, sino que aún alegará las razones más satisfactorias para probar que el hecho no es posible²⁷.

Con o sin la identificación de signos de certeza, los médicos cometían graves errores. Por ejemplo, Manuel Domínguez²⁸ narra un caso en el que habiendo diagnosticado y dado seguimiento a lo que ellos consideraron un embarazo, cuatro médicos quedaron en ridículo cuando llegó el momento del parto y la mujer sólo expulsó líquidos y gases; el mismo Domínguez hace referencias a otras experiencias en donde los médicos eran llamados para atender el parto cuando meses antes ellos mismos habían afirmado que no había preñez. En estos casos, los médicos se sentían que podían ser engañados ya no sólo por las mujeres, como se hizo referencia en el capítulo 1, también por sus cuerpos biológicos: «la persuasión de que la naturaleza es a veces tan caprichosa, gusta tanto en ocasiones de rodearse del misterio, que hace perder entre sus nieblas la luz de las más clara inteligencia»²⁹.

De acuerdo con Andrea Vicente³⁰ los errores en la detección de embarazo trastocaron la reputación de los médicos y provocó que fueran ellos los más interesados en encontrar una manera certera de diagnosticar el embarazo. A este interés, afirma Vicente, se sumaron los esposos, padres y hermanos de la parturienta debido a que un diagnóstico de preñez, acertado o erróneo, traía consigo importantes consecuencias sociales. Mientras que una simple sospecha de embarazo fuera del matrimonio perjudicaba la reputación y honra de las

²⁷ Manuel Domínguez, "Reflexiones sobre un error...", *op. cit.*, p. 198.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibid.*, p. 196.

³⁰ Andrea Vicente, *Los secretos de alcoba revelados...*, *op. cit.*

mujeres de clase alta y la de sus familias y además se podía «hacer a un hombre responsable de lo que no había hecho»³¹, un falso diagnóstico en una mujer casada generaba un escenario desconsolador al «esperar en vano lo que no iba a llegar»³². Ambas situaciones causaba graves dificultades:

Recuerdo con este motivo un aborto simulado que tuve ocasión de observar hace algún tiempo, y en el que la interesada, aprovechando su enfermedad mensual, colocó en orina teñida con sangre, un cuerpo formado con carne de puerco, obra hecha realmente con ingenio, y que siento no haber conservado, pero la misma persona fingió un acceso de locura para adquirirlo con el objeto de librarse al menos del ridículo³³.

Una vez que los médicos tenían la certeza de un embarazo, el diagnóstico obstétrico también incluía calcular la «edad de la preñez y la época del parto»³⁴. El tiempo de gestación pasó a ser un indicador médico para poder normar y entonces manipular³⁵.

3.3 Produciendo cuerpos para parir

A lo largo de la tesis se ha sostenido que las prácticas médicas son prácticas científicas pero por su naturaleza y su intención, también son prácticas corporales que en términos de Elsa Muñiz se definen como:

un sistema dinámico y complejo constituido por sujetos, acciones, representaciones del mundo y de creencias que tienen esos sujetos, quienes interactúan con los objetos y con otros sujetos que constituyen el mundo. Las *prácticas corporales* se conciben a partir de los usos intencionales, individuales y

³¹ Genaro Alcorta, "Diagnóstico del aborto.- Su importancia legal", *Gaceta Médica de México*, tomo XVII, núm. 2, 1882, p. 23.

³² *Ibidem.*, p. 23.

³³ *Ibid.*, p. 24.

³⁴ Aunque no había una manera precisa de conocer estos datos, Juan María Rodríguez recomendaba contar nueve meses solares o diez lunares desde la última menstruación y el parto tendría lugar entre los 270 y 280 días. Juan María Rodríguez, *Guía Clínica del Arte de los Partos*, *op. cit.*

³⁵ Como se aborda en el capítulo 4, una vez que la vida del feto comenzó a discutirse en el marco legal, la manipulación del tiempo de gestación fue importante para identificar en qué momento provocar un parto artificial prematuro para evitar procedimientos como la embriotomía.

colectivos del cuerpo (amputaciones, mutilaciones, **modificaciones, transformaciones**, maquillaje - cosmético y ritual-, tatuajes, perforaciones, intervenciones quirúrgicas, tortura, guerras, violencia y muerte); prácticas y disciplinas corporales que se superponen a sus imágenes, **aquéllas que ofrecen variaciones físicas de lo humano** (peso, color de piel, órganos sexuales, color de cabello y de ojos³⁶).

En este sentido, la intervención médica se tradujo en la producción de cuerpos femeninos para parir. Con tal de adquirir las características mínimas necesarias establecidas desde la mirada médica para poder parir, se comenzaron a moldear, transformar y modificar los cuerpos de las mujeres. Cumplir con el mandato social de la maternidad que recayó en las mujeres en el siglo XIX se acompañó a costa de producir fabricar médicamente un cuerpo. Al iniciar el trabajo de parto, la producción del cuerpo implicó que los médicos y las parteras tituladas se volvieran los capataces que vigilaban y evaluaban el trabajo del útero.

3.3.1 Dilatación y borramiento

El trabajo de parto iniciaba cuando el orificio externo del útero comenzaba a dilatar³⁷. Hasta mediados del siglo XIX la unidad de medida para determinar el grado de dilatación era el tamaño de las monedas nacionales de la época. Así, los médicos daban cuenta de una dilatación de «a cuatro reales»³⁸ o «de diez centavos»³⁹. La importancia alrededor de la precisión cada vez más arraigada entre los médicos y que compaginaba con el pensamiento científico de la época, llevó a que el método de analogía de las monedas se sustituyera por una medición en centímetros en donde el 10 se convirtió en la dilatación máxima que tendría que conseguirse para que fuera posible el nacimiento.

³⁶ Elsa Muñiz, "En Busca de la belleza: ¿Perfección o ficción?", en: Javier Eloy y Téllez Anastasia (eds.), *Cuerpo y cultura*, Icaria, España, 2010, pp. 55- 78, p. 61. Las negrillas son mías.

³⁷ Nicolás Franco, *El tacto vaginal durante el trabajo de parto*. Tesis que para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta a cargo de Antonio Rosas, Facultad de Medicina de México, México, 1885.

³⁸ Ver, por ejemplo, Bandera, "Implantación de la placenta en el cuello.- parto de gemelos", *Gaceta Médica de México*, núm. 8, tomo III, México, 1867, pp. 125- 126.

³⁹ Manuel Soriano, "Eclampsia puerperal- parto provocado- adherencia anormal de la placenta. Salvación de la niña- muerte de la madre", *Gaceta Médica de México*, núm. 17, tomo III, México, 1868, pp. 281- 284.

El grado y el tiempo de dilatación del cérvix dependía del trabajo del útero. Un útero fatigado detenía la dilatación y podía producir una hemorragia⁴⁰. Para «dar energía al útero» se emplearon y experimentaron diversas terapéuticas como la administración oral de azúcar, amoníaco, sulfato de quinina y cornezuelo de centeno. De todos, éste último fue al que más recurrieron los médicos⁴¹. Las dificultades para establecer las dosis terapéuticas que evitaran la muerte de la madre y del feto generaron adversarios y partidarios en el uso de estas sustancias⁴². Al final, la mayoría de los médicos mexicanos se inclinaron por recomendarlas sólo hasta después del nacimiento para prevenir hemorragias.

Una manera más segura que el uso de sustancias para estimular el cérvix fue «forzar el paso»⁴³ de manera mecánica introduciendo los dedos uno a uno o a través del uso de unos instrumentos llamados «dilatadores»⁴⁴, también se aplicaron directamente en el cérvix inyecciones de agua tibia y otras sustancias como la belladona. Si estas maniobras no daban resultado o se requería la «evacuación» urgente del útero se recurría al uso de unas «tijeras dobladas hacia un lado en forma de pico de cuervo»⁴⁵ con las que se realizaban «dos o tres incisiones o escarificaciones para obtener un magnífico resultado»⁴⁶. Para realizar estas incisiones también se podía utilizar y bisturí; las tijeras y el bisturí fueron los instrumentos que por excelencia permitieron eliminar cualquier obstáculo para el paso del feto en las partes blandas del canal del parto. Para valorar la dilatación cervical y en general para cualquier otra intervención en los cuerpos de las mujeres pariendo, fue necesario que el tacto vaginal se volviera esencial para la práctica médica.

⁴⁰ Samuel Gaebo, "Medio para acelerar y provocar el parto", *La Escuela de Medicina*, núm. 24, tomo XVII, México, 1902, pp. 553- 560, p. 554.

⁴¹ El cornezuelo de centeno era parecido al zihuatlpatle, una sustancia que las parteras tradicionales habían venido utilizando desde tiempos prehispánicos. Véase Juan Rodríguez, "El cuernecillo de centeno... *op cit.*

⁴² Véase, Acta de la sesión ordinaria verificada el viernes 10 de noviembre de 1905, p. 39- 41.

⁴³ Nicolás Franco, *El tacto vaginal...*, *op. cit.*

⁴⁴ Quiero enfatizar en cómo los dilatadores reprodujeron la función de los dedos, aún en su diseño.

⁴⁵ Juan Rechy, *Indicaciones en la práctica de los partos distócicos*, Tesis para el examen profesional de Medicina, Imprenta de Isidoro Epstein, México, 1874.

⁴⁶ *Ibidem.*

3.3.1.1 «Mirar con la punta del dedo»⁴⁷: el tacto vaginal

El tacto vaginal o «reconocimiento» consistía en introducir «el dedo índice teniendo doblados el resto de los dedos o bien con este dedo y el medio reunidos»⁴⁸. Casadas o solteras, no era fácil que las mujeres o sus familiares accedieran al tacto vaginal. En un país en donde se le rendía gran culto a la virginidad⁴⁹, un tacto vaginal podía traer problemas a las mujeres solteras cuando en un futuro quisieran contraer matrimonio; esta preocupación llevó a algunas familias a solicitar a los médicos un certificado «para que constase que él, para dar salud y acaso la vida, había quitado la virginidad»⁵⁰.

El tacto vaginal podía realizarse con la mujer acostada porque «el dedo penetra[ba] más profundamente la excavación y [se podía] examinar mejor el estado de sus paredes»⁵¹ o con la mujer de pie en el que se apreciaba mejor la movilidad, la situación del útero y la dirección del cuello. Aunque la ilustración corresponde a un texto francés de uso frecuente en Estados Unidos⁵², la figura 1 plasma perfectamente cómo es que los médicos mexicanos llevaban a cabo el tacto vaginal cuando la mujer permanecía de pie: apoyada de espaldas sobre un mueble resistente, abierta de piernas y con el cuerpo ligeramente inclinado⁵³.

Cuando la mujer permanecía de pie se recomendaba que el partero se quedara «arrodillado» delante de ella, o mejor aún, que se sentara «en una de esas sillas bajas, vulgarmente llamadas costureras»⁵⁴; si la mujer se quedaba acostada, el partero permanecía de pie «del lado donde el observador tuviera más habilidades»⁵⁵.

⁴⁷ Nicolás Franco, *El tacto vaginal...*, *op. cit.*

⁴⁸ Ricardo Vértiz, *Estudio acerca de las presentaciones y posiciones del feto*, Tesis para el examen profesional de Medicina y Cirujía, Imprenta de F. Díaz de León y S. White, México, 1871, p. 38.

⁴⁹ Véase Francisco Flores, *El himen en México*. Escuela de Medicina, México, Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1885.

⁵⁰ José Galindo, "Observación de distocia", *El observador médico*, núm. 12, México, 1870, pp. 177- 179... p. 178.

⁵¹ Ricardo Vértiz, *Estudio acerca de las presentaciones...*, *op. cit.*

⁵² Mariana Ríos y Edna Suárez, "De la casa al hospital: Algunas notas sobre la historia del parto", en: Norma Blanquez y Javier Flores (eds.), *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, México, Plaza y Valdés, 2005, pp. 47- 59... p. 47.

⁵³ Juan María Rodríguez, *Guía Clínica del Arte de los Partos... op cit*, p. 92; véase también, Manuel Domínguez, "Reflexiones sobre un error...", *op. cit.*, p. 190.

⁵⁴ Juan María Rodríguez, *Guía Clínica del Arte de los Partos.... op cit.*, p. 92.

⁵⁵ *Ibidem.*

Figura 1. Tacto vaginal en el siglo XIX



Fuente: Mariana Ríos y Edna Suárez, “De la casa al hospital: Algunas notas sobre la historia del parto”, en: Norma Blau y Javier Flores (eds.), *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, México, Plaza y Valdés, 2005, pp. 47- 59... p. 54.

Al realizar un tacto vaginal los médicos tendrían que evitar tocar el clítoris por considerarse innecesario pero sobre todo, por honestidad y decencia⁵⁶. Estas pruebas de caballerosidad y pulcritud⁵⁷ también los obligaban a evitar el contacto cara a cara cuando realizaban el tacto con la mujer de pie, como se puede observar en la figura 1. No obstante, mirar el rostro de la mujer permitía de alguna manera dar sentido de pertenencia a los genitales que se estaban explorando. Como afirma Le Breton⁵⁸, el rostro constituye la parte del cuerpo más individualizada, es la marca de una persona, la más singular. La posición horizontal en obstetricia no sólo se prefirió para ofrecer una mayor comodidad para el obstetra, como comúnmente se pregona. Los médicos encontraron en la posición ginecológica de respetar el pudor pero al mismo tiempo permitió desarticular simbólicamente los genitales del resto del cuerpo de las mujeres:

Llegamos por fin a las posiciones horizontales, de moda hoy y usadas en la práctica moderna, que como se sabe, son la francesa y la inglesa, que, según

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ *Ib.*

⁵⁸ David Le Breton, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2002, p. 43.

Wittcouski, cuadra mejor con la idea de respetar debidamente el pudor de la mujer, pues da la espalda al partero, consiguiendo ocultar su fisonomía⁵⁹.

Así como la exploración a través del tacto vaginal no fue fácil para las mujeres, tampoco fue sencillo para los médicos mirar y tocar cuerpos femeninos. Ríos y Suárez⁶⁰ afirman que «la moral dominante [del siglo XIX] establecía como indebida la exposición del cuerpo de una mujer ante un hombre y viceversa», un planteamiento que puede también leerse en un fragmento del Manual de Carreño:

La mujer que tocase a un hombre no sólo cometería una falta de civilidad, sino que aparecería inmodesta y desenvuelta; pero aun sería mucho más grave y más grosera la falta en que incurriera el hombre que se permitiese tocar a una mujer⁶¹.

El tacto vaginal también fue esencial para la práctica de las parteras tituladas, sin embargo, sería necesario contar con fuentes para saber si ellas tenían las mismas precauciones que los médicos para realizar este procedimiento:

El tacto vaginal combinado con la palpación abdominal, que sin duda es uno de los principales medios de exploración de que dispone una partera para llegar al diagnóstico obstétrico, nos revela la existencia de un embarazo, la presentación del feto y los obstáculos con que suele éste tropezar durante el paso a través del canal genital; nos hace conocer también durante el trabajo las anomalías de los diversos tiempos que constituyen el mecanismo del parto y nos da preciosos datos durante el puerperio, supuesto que nos hace conocer la permeabilidad del cuello y nos pone en aptitud de combatir con oportunidad la infección urinaria⁶².

Independientemente de que el tacto vaginal fuera llevado a cabo por un médico o por una partera titulada, los médicos con más experiencia insistían constantemente en la necesidad

⁵⁹ Fermín Viniegra, *Algunas observaciones...*, *op. cit.*, p. 16.

⁶⁰ Mariana Ríos y Edna Suárez, "De la casa al hospital...", *op. cit.*, p. 53.

⁶¹ Manuel Carreño, *Manual de Carreño. Urbanidad y Buenas Maneras*, Nueva Imagen, México, tercera ed., 2016.

⁶² Dolores Osorio, "Para hacer completa la exploración vaginal y cervical en el puerperio es indispensable el espejo", *El Observador Médico*, núm. 12, tomo V, 1905, pp. 178- 182... p. 179.

de trasladar el sentido de la vista a la yema del dedo índice quien era el que principalmente realizaba el tacto⁶³:

es muy fácil representarse una superficie llena de desigualdades aplicando el dedo en puntos muy limitados; pero si se imita a un ciego que para apreciar la forma de los objetos recorre su superficie con sus manos, y se practica con el dedo, tal cual lo aconseja el Sr. Rodríguez [...] sin que la yema abandone jamás la superficie que se reconoce...⁶⁴

En este sentido, un buen tacto era aquel en el que el médico/partera titulada conseguía «mirar con la punta del dedo»⁶⁵, en caso de no conseguirlo, el práctico quedaba «sumido en la más cruel de las incertidumbres» para remediar con oportunidad el mal que pudiera presentarse al momento del parto⁶⁶.

3.3.1.2 Pelvis mexicanas, pelvis especiales: su mensuración

El rol de la pelvis en el parto ha cambiado a lo largo de los siglos⁶⁷. En el siglo XIX las pelvis se convirtieron en el escenario del diagnóstico y manipulación obstétrica⁶⁸. Desde la mirada médica, la medición de la pelvis era indispensable para «precisar el grado de estrechez» y determinar si pasaría... La pelvis comenzó a estudiarse desde los parámetros de las matemáticas, a nivel internacional y nacional se intentó determinar el promedio de las distancias entre diferentes puntos anatómicos de las pelvis que formaban triángulos y ángulos. Así, los términos como «diámetro conjugado inferior», «diámetro conjugado superior» fueron cada vez de uso más común.

⁶³ Véase Mariana Ríos y Edna Suárez, "De la casa al hospital...", *op. cit.*

⁶⁴ Ricardo Vértiz, *Estudio acerca de las presentaciones...*, *op. cit.* p. 50.

⁶⁵ Nicolás Franco, *El tacto vaginal...*, *op. cit.*, p. 10.

⁶⁶ Juan María Rodríguez, *Guía Clínica del Arte de los Partos...*, *op. cit.*, p. 91.

⁶⁷ Harold Speert, *Iconographia Gyniatrica, A Pictorial History of Gynecology and Obstetrics*, Davis Company, Filadelfia, 1973.

⁶⁸ Laura Cházaro, "Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México", *Dynamis, Acta Hispanica as Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 24, 2004, pp. 27- 51.

Al igual que los cráneos para la población en general⁶⁹, las pelvis constituyeron en obstetricia un parámetro de medición, comparación y jerarquización entre las mujeres mexicanas y entre éstas y las mujeres extranjeras⁷⁰. De acuerdo con Oliva López⁷¹, las medidas de las pelvis de mujeres mexicanas corroboraban la tesis de una raza inferior. Para esta historiadora los vicios en la conformación pélvica rompieron con el principio de la época en que la enfermedad, la lesión o el padecimiento eran resultado de un desequilibrio de la fisiología humana. Las mujeres con pelvis viciosas, sostiene López, aparecían como responsables de los partos distócicos y colocaban al médico como el enmendador del error de la naturaleza.

La medición de la pelvis mexicana no sólo explicó algunas de las complicaciones en el parto sino también determinó las reglas para realizar «el tacto vaginal, la aplicación del espejo, la introducción de la mano y del fórceps en el canal»⁷²

Se ha establecido la pelvis abarrotada, sin embargo, se llegó a la conclusión de que las mexicanas tenían una «pelvis abarrotada normal», que hacía posible el parto. El examen era importante porque entre ésta y una pelvis estrecha y viciosa no había más que un solo paso. Las piezas anatómicas de KC, aseguran, a partir de las observaciones de Duque Estrada, que esta mujer no hizo uso de sus miembros inferiores. La mujer padeció una coxalgia debida a tuberculosis y artritis, que le provocó lesiones que comenzaron en los primeros 4 o 5 años de vida y ya que presenta soldadura de los tres componentes del iliaco (íleon, pubis e isquion) y ésta no se efectúa antes de los 16 años, el proceso patológico duró de diez a doce años. Las dos articulaciones coxo- femorales fueron atacadas al mismo tiempo de tuberculosis, nunca tuvo tratamiento alguno y que pasó el resto de su vida acostada (p. 32).

⁶⁹ Un estudio al respecto se encuentra en Lond Schiebinger, *¿Tiene sexo la mente? Las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna*, Ediciones Cátedra, España, 2004.

⁷⁰ Oliva López, *De la Costilla de Adán al útero de Eva: El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*, UNAM, México, 2007.

⁷¹ *Ibidem*, p. 89.

⁷² Florencio Flores, *Ligeros apuntes de pelvimetría comparada, Tesis para el examen general en Medicina, Cirujía y Obstetricia, Escuela de Medicina de México, México, 1881*, p. 24.

3.4.2 Expulsión

A partir de las leyes de la mecánica⁷³, el nacimiento se concibió como una serie de fenómenos que involucraban tres elementos: el pasajero (feto), el pasaje (las estructuras anatómicas de la madre que incluían la pelvis, la vagina y el periné) y la actividad uterina.

Por mucho tiempo se sostuvo que el feto, no la pelvis o el útero, era quien jugaba el papel activo en el momento del nacimiento al impulsarse a través de los huesos de la madre⁷⁴, sin embargo, la importancia que adquirió el trabajo del útero en el siglo XIX llevó a considerar al feto sólo como un elemento pasivo que se iba acomodando al canal de parto el cual era quien lo obligaba a realizar diversos movimientos para poder nacer:

3.4.2.1 Cuidado del periné

De acuerdo con el pensamiento médico de la época, las mexicanas eran más propensas a los desgarros perineales por dos razones propiamente anatómicas. Una de ellas tenía que ver con considerar que el periné era de un tamaño más corto en comparación con el de las europeas⁷⁵:

Entre Francia y México, los datos estadísticos señalan una diferencia capital de exceso para México. ¿De qué proviene esto? ¿No se sabe acaso sostener aquí el perineo? ¿Se interviene quirúrgicamente con más frecuencia? ¿Miden los fetos dimensiones mayores?... Nada de esto acontece. La razón se encuentra en la disposición anatómica, especial, de la vulva en las mexicanas; la abertura vaginal es demasiado cercana al ano, hasta tal punto que el eje vaginal hace un ángulo muy agudo con el eje cuerpo. En consecuencia, el perineo de la mujer mexicana, está reducido a dimensiones exiguas⁷⁶.

⁷³ Véase Juan Rodríguez, "El cuernecillo de centeno...", *op. cit.*

⁷⁴ Speert Harold, *Iconographia Gyniátrica, A Pictorial History of Gynecology and Obstetrics*, Davis Company, Filadelfia, 1973.

⁷⁵ Archivo Centro Médico, p. 568

⁷⁶ Demetrio Mejía, "Rasgaduras perineales", *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 16, tomo I, México, 1896, p. 599- 600... p. 599.

Una segunda razón se atribuía a «la rara disposición anatómica» de la sínfisis de las pelvis mexicanas que provocaba una mayor extensión en el periné⁷⁷. Aunque estas razones sostuvieron «la necesidad ineludible de cuidar esmeradamente los partos en la mujer mexicana»⁷⁸, las narrativas médicas dejan ver una tercera razón para mantener la integridad del periné:

...no lo dudéis, señores, el secreto de la paz doméstica, las dulzuras del lecho conyugal con sus inefables arrebatos de felicidad y encanto, vinculados están en la conservación de aquella parte íntegra [del piso perineal], que cuando llega a perderse ocasiona sin remedio la ruina y el espanto más completos⁷⁹.

El médico continúa haciendo referencia de un hombre que, dada la *desgracia* que su esposa padeciera un desgarro perineal, terminó en el suicidio

un punto que es el de partida de los accidentes serios que convierten á la mujer en un ser desgraciado, en un objeto despreciable y repugnante para algunos maridos que no atienden á los vínculos del amor conyugal, sino á los deleznable de las cualidades físicas que solo les incita al placer material; de un punto en que comienza esa angustiosa carrera de sufrimientos, terribles cual el desengaño, aterradores cual la muerte, que conmueve a la paz doméstica, que ahoga las delicias y sofoca las santas aspiraciones del matrimonio⁸⁰.

La integridad del periné fue de particular interés para los parteros mexicanos. Para protegerlo, los médicos introducían los dedos índice y medio de la mano derecha en la vagina, siguiendo su pared posterior y con la cara palmar vuelta hacia la anterior⁸¹. Algunas otras prácticas que se utilizaban para facilitar el deslizamiento del producto y evitar posibles desgarros fueron la aplicación de sustancias lubricantes, baños calientes, compresas húmedas; para los mismos fines también se diseñaron algunos instrumentos

⁷⁷ Julián Quintero, *Acomodamiento del feto. Diagnóstico clínico de las presentaciones y posiciones del feto por medio de la palpación abdominal*, Tesis inaugural, Facultad de Medicina de México, México, 1880.

⁷⁸ Demetrio Mejía, "Rasgaduras perineales", *op. cit.*, p. 599.

⁷⁹ Juan María Rodríguez, "¿Qué debe entenderse en Obstetricia por estas palabras: sostener el perineo durante los últimos tiempos del mecanismo del parto", *Gaceta Médica de México*, núm. 12, tomo XXXI, México, 1894, pp. 170-180.

⁸⁰ Juan María Rodríguez, "Parto a término en una primipara de treinta y ocho años de edad, cuya pelvis está acorazada", *Gaceta Médica de México*, núm. 3, tomo VII, México, 1872, pp. 47- 58... p. 56.

⁸¹ Archivo Centro Médico, p. 590.

médicos como la palanca de Roonhuissen o la lámina protectora. El interés por evitar el desgarramiento perineal constituyó las bases para que, con el tiempo, la episiotomía fuera una práctica posible en México.

3.4.3 Alumbramiento

La expulsión de la placenta, también llamada también «parto secundino», *secundinas*, causaba intriga entre los médicos mexicanos. En ese entonces, no se contaba con la tecnología para poder detectar problemas que pudieran ser originados por la placenta. Por ejemplo, en el siglo XVIII, William Hunter, como médico no intervencionista, llegó a causar varias muertes por haber pasado por alto situaciones como placenta acreta que provocaban una infección⁸².

3.5 De prácticas tradicionales a prácticas científicas

En el siglo XIX a la medicina se le conocía como el «arte de curar» y a la atención del parto como el «arte de los partos», ambas frases colocaban a la medicina como una actividad artesanal. Desde el período virreinal, el trabajo artesanal era reconocido, respetado y ligado al prestigio, pericia y eficiencia «al ejercer con maestría un determinado oficio y poseer el dominio absoluto sobre una serie de técnicas para cada etapa del proceso de producción para, finalmente, producir con maestría un objeto»⁸³. Como en la enseñanza de cualquier otro trabajo artesanal⁸⁴, en la medicina se distinguía la figura de un superior que establecía los patrones de ejercicio al mismo tiempo que daba formación.

A partir del México independiente, el impacto económico y político que representaron las industrias conllevó al menosprecio del trabajo artesanal. Se asoció al

⁸² Edward Shorter, The management of normal deliveries and the generation of William Hunter, en: Porter, Roy (ed.), *William Hunter and the eighteenth-century medical world*, Universidad de Cambridge, Londres, 1985, pp. 371- 383.

⁸³ María del Socorro Campos, *La colaboración médico- artesano en México y Cuba (1850- 1910), El caso del instrumental médico*, UNAM/ Facultad de Filosofía y Letras, México, 2005, p. 161.

⁸⁴ Para una discusión más amplia sobre el trabajo artesanal véase: Richard Seneth, *El artesano*, Anagrama, España, 2009.

artesano con la vagancia y la embriaguez y para la segunda mitad del siglo XIX fueron considerados un obstáculo para el progreso del país⁸⁵. Es en esta época, donde surge una discusión sobre si la medicina y especialmente la atención de partos, era un arte o una ciencia. El uso cada vez más frecuente de la palabra «obstetricia» que paulatinamente sustituyó al término «arte de los partos» refleja claramente en lo que se convirtió la atención médica del parto.

Sin embargo, no todas las prácticas médicas surgieron de la nada, muchas de sus prácticas surgieron a partir de las prácticas de las parteras tradicionales. Como se planteó en el capítulo 1, mientras que las parteras tradicionales realizaran la palpación del vientre para reconocer la postura de «la criatura» y la enderezaban si la encontraba mal puesta⁸⁶, los médicos realizaban las maniobras externas para reorientar la posición del feto.

Al analizar las prácticas de las parteras tradicionales⁸⁷ y la de los médicos, estaríamos de acuerdo con Echeverría⁸⁸ en el sentido de que las acciones no pueden darse de manera espontánea si no que son producto de una secuencia de acciones. Echeverría denomina a esta relación «concatenación de acciones». Aunque desde distintas cosmovisiones, las prácticas de las parteras tradicionales y de los médicos y parteras tituladas tenían en común los mismos objetivos: enderezar la posición del feto, controlar una hemorragia, facilitar la expulsión del feto, etc. Las prácticas médicas, en el fondo, tuvieron un origen empírico.

Para que las prácticas tradicionales pudieran ser reconocidas como científicas tenían que ser retomadas por los médicos utilizando instrumentos y artefactos médicos, como afirma Olivé⁸⁹, «para que [los] productos [de una comunidad] sean reconocidos socialmente con ese carácter, requiere el reconocimiento de otras comunidades establecidas y ya aceptadas como científicas».

⁸⁵ María del Socorro Campos, *La colaboración médico- artesano...*, *op. cit.*

⁸⁶ Francisco Flores, *Historia de la Medicina en México desde la época de los Indios hasta la presente*, Secretaría de Fomento, México, tomo I, 1886, p. 115.

⁸⁷ Véase apartado de «parteras» en el capítulo 1.

⁸⁸ Javier Echeverría y Francisco Álvarez, «Hacia un filosofía de las prácticas científicas: de las teorías a las agendas científicas», en: José Esteban y Sergio Martínez (comps.), *Normas y prácticas en la ciencia*, UNAM/Instituto de Investigaciones Filosóficas, México, 2008, pp. 235- 257.

⁸⁹ León Olivé, *El bien, el mal y la razón...*, *op. cit.*, p. 60.

Capítulo 4.

Prácticas médicas en el parto quirúrgico

Capítulo 4.

Prácticas médicas en el parto quirúrgico

Durante las primeras décadas del siglo XIX la noción de operación quirúrgica no necesariamente se relacionó con realizar alguna cirugía sino con hacer uso de cualquier instrumento que no fueran las propias manos¹. Paulatinamente la operación cesárea y la embriotomía constituyeron las dos grandes operaciones quirúrgicas en el campo de la obstetricia.

El capítulo está organizado en dos apartados. En el primero abordo el tema del feto/embrión mexicano y los procedimientos que los parteros mexicanos realizaron para solucionar complicaciones durante el embarazo y parto relacionados con la estrechez pélvica y que involucraban directamente la muerte y extracción del producto de la concepción. Aunque se ha afirmado que la popularidad de la operación cesárea se debió al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, a la prevención de sepsis, al mejor cuidado pre y posoperatorio y al mejoramiento de la anestesia², considero que la aceptación de esta operación en la práctica médica no sólo se debió al «progreso» médico- científico y tecnológico. Para que la cesárea *in vivo* fuera posible fue necesario que se modificara la manera de concebir socialmente la vida del feto. La vida del feto/ embrión constituyó uno de los valores más importantes que se modificó en el siglo XIX³ y que determinó la práctica

¹ En su artículo titulado "Aborto. Hemorragia consecutiva. Tratamiento quirúrgico", Manuel Soriano describe cómo es que 1862 iba en una embarcación a su regreso de Europa y se vio en la necesidad de atender a una mujer alemana por una hemorragia vaginal. Después de diagnosticar un aborto incompleto, el médico narra cómo se las ingenió para extraer la masa que sintió *in útero*: después de intentar sin éxito la extracción manual y al no contar con instrumental médico, solicitó al contraamaestre un alambre con el que formó un gancho que introdujo en la vagina para retirar «la masa enganchada»; a falta de jeringa para administrar una lavativa vaginal, el médico utilizó una tripa y un tubo de fierro. La mujer vivió y años después fue madre de dos niños. Manuel Soriano, "Aborto-hemorragia consecutiva. Tratamiento quirúrgico", *Gaceta Médica de México*, núm. 14, tomo III, México, 1868, pp. 233-235.

² Delgado, "Apuntes para la historia de la operación cesárea en general y en la República Dominicana en particular: su significado en la obstetricia", *Acta Médica Dominicana*, núm. 4, vol. 7, No. 4, 1985, pp. 129-135.

³ Desde una perspectiva praxiológica y de acuerdo con León Olivé, entender la ciencia implica comprender los valores en los que se funda y que son constitutivos de ella. León Olivé, *El bien, el mal y la razón: Facetas de las ciencias y la tecnología*, Paidós/ UNAM, México, 2000, p. 42.

médica al rechazar procedimientos como la embriotomía y abrir posibilidades a otras operaciones como la cesárea.

La segunda parte del capítulo gira alrededor de la práctica de la cesárea, para ello, desarrollo el tema de la anestesia y su uso en la eliminación y control del dolor en el parto. El uso de la anestesia aunado al valor que comenzó a adquirir la vida de feto/embrión, abriendo la posibilidad de realizar la operación cesárea. Mis reflexiones giran alrededor de la cesárea que realiza Juan María Rodríguez en una mujer viva en 1884 ya que, al realizarse por primera ocasión en México, ejemplifica el acercamiento que los médicos tuvieron con esta operación en la práctica lo que permite colocar en el centro de análisis al conocimiento como práctica y no como un conjunto de enunciados registrados en los libros de texto. Además, al constituir una operación excepcional el relato médico es un poco más detallado que en otras operaciones lo que permite dar cuenta varios elementos que formaban parte del hacer médico cotidiano de la época.

4.1 El feto mexicano

En el último tercio del siglo XIX el recién nacido comenzó a ser de gran interés para los médicos mexicanos a partir de recalcar diferencias en la constitución física entre los cuerpos nacionales y los extranjeros. De esta manera, se llevaron a cabo diversas investigaciones para determinar las características que definían a los recién nacidos mexicanos. Uno de estos estudios fue el que realizó Miguel Barragán en 1883 quien tuvo especial interés por abandonar los parámetros establecidos en la literatura extranjera y contar con medidas específicas para los recién nacidos mexicanos, para esto, realizó una serie de observaciones que le permitieron afirmar que el peso promedio en recién nacidos mexicanos era de 3,0 kg y no de 3,5 kg como lo refería la literatura extranjera. Aparte del peso, Barragán también determinó que, a diferencia de los fetos extranjeros que medían en promedio 50 cm, en México la talla variaba entre 45 y 48 cm⁴.

⁴ Barragán se basó en el estudio de 270 niños nacidos en el Hospital de Maternidad (140 niños y 130 niñas), y de 127 recién nacidos registrados en el libro de estadística del archivo de la oficina de los médicos legistas

Pese a que recién nacido mexicano comenzó a ser de interés médico, en la práctica, las complicaciones que se presentaron en el parto y que ponían en peligro la vida de la madre se resolvían aún «a costa del sacrificio del feto»⁵. Es así que el partero estaba autorizado para provocar el aborto o para realizar un procedimiento denominado «embriotomía» con tal de salvar la vida de la madre y sin que la ley lo considerara culpable⁶. En los siguientes párrafos se describe este procedimiento.

4.1.1 La embriotomía

Un gran número de patologías en los embarazos avanzados⁷ y en las complicaciones en el parto atribuidas a estrecheces pélvicas y que no se podían solucionar con el uso de los fórceps se resolvían a través de la embriotomía⁸; este procedimiento se definía como «el conjunto de operaciones vulnerantes que tienen por objeto disminuir el volumen del producto de concepción, para hacer fácil su paso a través de la hilera pélvica»⁹. La embriotomía se realizó comúnmente cuando el feto se encontraba ya muerto en el vientre de la madre, sin embargo, también se practicó en el feto vivo cuando se consideró que estaba en peligro la vida de la madre, lo que conducía a la «criatura»¹⁰ a una muerte segura:

- 67 niños y 60 niñas-. Miguel Barragán, *Ligeros apuntes sobre el infanticidio en México*, Tesis para el examen de Medicina, Cirujía y Obstetricia, Escuela Nacional de Medicina, México, 1883.

⁵ Jesús Tajonar, *La embriotomía y la operación cesárea*. Tesis inaugural que para el examen de Medicina, Cirujía y Obstetricia, Facultad de Medicina de México, México, 1884.

⁶ *Ibidem*.

⁷ En los embarazos de pocas semanas de gestación los médicos preferían provocar el aborto, el cual era necesario y justificable por las siguientes razones: 1. por estrechez pélvica menor a cincuenta y cinco milímetros; 2. cuando existían tumores que no pudieran ser «quitados ni desalojados» y que obstruyeran el paso del feto; 3. en los vómitos incoercibles; 4. en la retroversión uterina; 5. en las hemorragias graves, y 6. cuando la vida de la madre estuviera comprometida y sólo la pudiera salvar la interrupción del embarazo. Alberto López, *Algunas observaciones a la práctica obstétrica moderna*, Imprenta y Litografía Díaz de León, México, 1897.

⁸ Por ejemplo, una opción de tratamiento para los vómitos excesivos durante el embarazo fue la práctica del aborto o en un embarazo avanzado, la embriotomía.

⁹ Luis Bejarano, *Algunas consideraciones sobre la embriotomía*, Tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Facultad de Medicina de México, México, 1899.

¹⁰ Como se especificó en la nota 40 del capítulo 1, utilizo entrecomillado para tener en cuenta que el término «criatura» corresponde a la perspectiva judeo- cristiana que otorga «un estatuto de persona humana nacida» al feto y/o embrión. Daniel Hernández, Javier Flores y Laura Echavarría, "Sin pecado

El feto no se considera al hacer la embriotomía (como lo manifiestan la mayor parte de los autores), sino como un voluminoso cuerpo extraño, que es preciso a toda costa extraer del organismo materno por los graves perjuicios que en él ocasiona. Su extracción debe hacerse, como dice Blot, como la de un pólipo, la de un tumor fibroso, etc., esto es, dividiéndolo de manera que salga fácilmente¹¹.

La manipulación del feto para poderse extraer del cuerpo de la madre por vía vaginal no fue una práctica exclusiva de los médicos de la época. Los mismos parteros mexicanos reconocían que la embriotomía se practicó desde tiempos de Hipócrates y que con el tiempo se fue perfeccionando; en el siglo XVII su uso adquirió gran auge a partir de la divulgación de las maniobras internas y externas¹². Las parteras mexicanas tradicionales también recurrían a la embriotomía pero únicamente cuando el feto estuviera muerto¹³.

Las prácticas y los instrumentos para mutilar y extraer al feto respondieron a una manera particular de concebir la vida del feto. Para «desembarazar» a la mujer, los médicos del siglo XIX contaban con todo un arsenal de instrumentos y maniobras para desarticular los brazos o piernas del tórax del feto, cortar la columna vertebral (raquiometría), extraer las vísceras (evisceración), entre otros. De todo el cuerpo, la cabeza era la parte fetal que causaba más dificultades para extraerse. Apenas un siglo antes, la cabeza del feto había sido considerada una de las partes más importantes del feto por ser el lugar donde se asentaba el alma y, por tanto, la región donde se recibía el bautismo¹⁴.

Al ser el polo cefálico el mayor reto, la literatura médica mexicana dedicó un gran número de páginas para brindar alternativas con la intención de reducir su tamaño a través

concebido. Sida y embarazo en el libro de sexto de ciencias naturales", *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 16, núm. 49, 2011, pp. 471- 488.

¹¹ Agustín Chacón, *Ligero estudio comparativo de los principales procedimientos de embriotomía*. Tesis presentada al Jurado Calificador en el examen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia. Facultad de Medicina de México, México, 1883, pp. 16- 17.

¹² Luis Bejarano, *Algunas consideraciones...*, *op. cit.*

¹³ Nicolás León, "La historia de la obstetricia en México", *Secretaría de Instrucción Pública*, México, 1910.

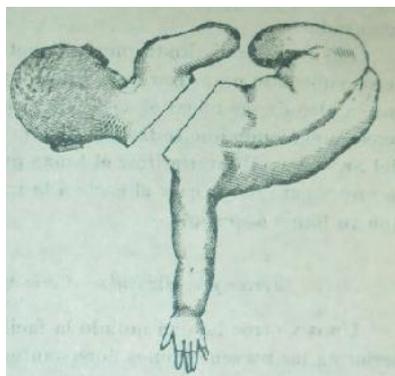
¹⁴ De acuerdo con Manuel Cangiamila el bautismo tenía que realizarse en la cabeza y en caso de que se tratara de un «monstruo» con varias cabezas se instruía a las parteras para bautizar a cada una de ellas. Ignacio Segura, *Aviso saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación*, Imprenta de la calle la Palma, México, 1775.

de su perforación o su ruptura¹⁵. A diferencia de los médicos europeos quienes realizaban comúnmente la degollación¹⁶ (figura 3), los médicos mexicanos se aseguraban de dejar una parte del cuerpo del feto unida a su cabeza a través de un corte biaxilar, un corte del cuello al segmento inferior de la axila o un corte del cuello al segmento superior de la misma (figuras 1 y 2).

Figura 1. « Corte colo- axilar inferior del Profesor Zárraga»



Figura 2. « Corte colo- axilar superior del Profesor Zárraga»

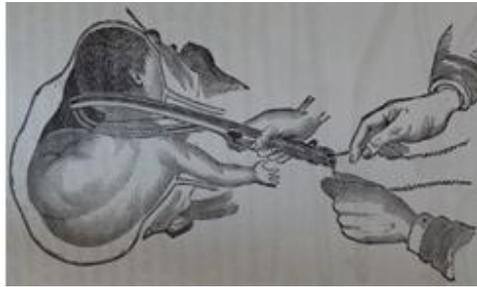


Fuente: Fernando Zárraga, “Embriomotía- Procedimientos mexicanos”, *La Escuela de Medicina*, núm. 10, t. XIII, México, 1895, pp. 211- 215.

¹⁵ Los escritos médicos describen procedimientos específicos para extraer la cabeza como la craniotomía, la cefalotripsia y al cranioclasia. Véase, Juan Chávez, *De algún recurso para proteger las partes maternas en la operación de la embriología*, Tesis para el examen de Medicina, Cirujía y Obstetricia, Escuela Nacional de Medicina, México, 1898.

¹⁶ Fernando Zárraga, “Embriomotía- Procedimientos mexicanos”, *La Escuela de Medicina*, núm. 10, tomo XIII, México, 1895, pp. 211- 215.

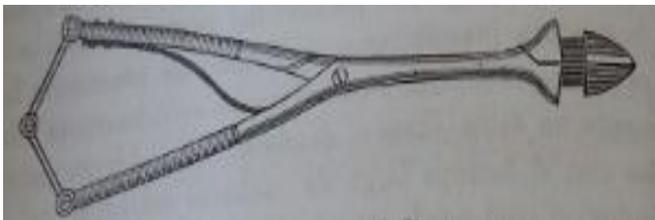
Figura 3. «Embriotomía realizada por parteros extranjeros»



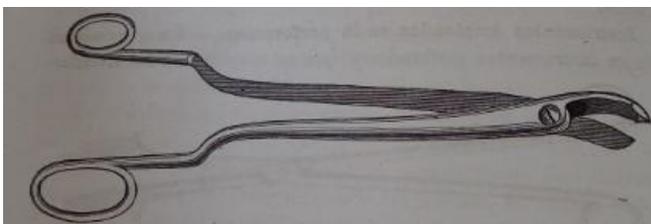
Fuente: Guillermo Thompson, “Ciencia y arte de los partos”, *Administración de la Revista Médica y Cirugía Prácticas*, Madrid, 1884, p. 472.

Para fragmentar y reducir las partes del feto «a verdadera papilla»¹⁷, los médicos nacionales y extranjeros diseñaron y construyeron diversos instrumentos (figura 4) como los «*tira-cabeza*», los cefalotribos, los embriotomos, entre otros; como afirmó Chacón «los instrumentos que se han inventado [para la embriotomía] son tantos, que es imposible conocerlos todos»¹⁸.

Figura 4. «Algunos instrumentos utilizados en las embriotomías»



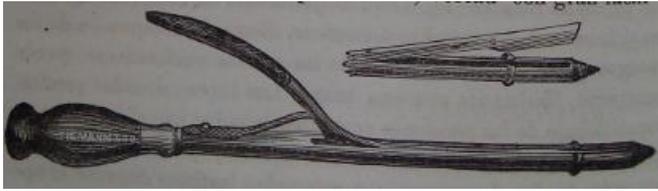
Perforador de Simpson



Tijeras para craniotomía de Hodge

¹⁷ Juan Chávez, *De algún recurso para proteger...*, op. cit. p. 14.

¹⁸ Agustín Chacón, *Ligero estudio comparativo...*, op. cit.



Perforador de Thomas.

Fuente: F. de P. Campa, *Tratado completo de obstetricia*, España, 1878, p. 450.

La importancia que tenía la integridad de la madre sobre la del feto influyó en que la embriotomía fuera más frecuente que la sinfisiotomía, operación que también se llegó a practicar en casos de estrechez pélvica y que consistía en separar los huesos del pubis de la madre para ampliar sus diámetros:

Hecha la incisión supra y prepúbica, tomada la altura de la sínfisis, y fija la corredera en el punto debido, se coloca el sinfiseótomo a caballo sobre la articulación, inmediatamente sobre el lugar del cartílago interpúbico; entonces, con un golpe vigoroso sobre el mango, se divide en un sólo tiempo y sin peligro alguno la sínfisis[...] La herida cutánea es reunida con catgut, y curada con gasa y algodón biclorurados: inyecciones de la misma solución, primero al dos, y después, sucesivamente, al tres y al cuatromilavo son practicadas en la vagina, tres veces por día. Los huesos son simplemente afrontados por un vendaje de cuerpo, sin necesidad de aparato alguno¹⁹.

Manuel Gutiérrez²⁰, uno de los médicos mexicanos a favor de practicar la sinfisiotomía afirmaba que, de acuerdo con su experiencia y con las estadísticas extranjeras, este procedimiento podía salvar la vida de las madres y de sus hijos, evitando la muerte del feto a través de la embriotomía y la de la madre por medio de la operación cesárea. Sin embargo, la mayoría de los parteros mexicanos y extranjeros estuvieron en contra de la escisión del pubis. A pesar de que la embriotomía y la sinfisiotomía compartieron las mismas indicaciones, los médicos mexicanos se inclinaron por la primera cuidando de que «las partes maternas no corrieran ningún peligro de ser heridas o contundidas»²¹. La

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Manuel Gutiérrez, "Sinfiseotomía", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXIX, México, 1893, p. 17.

²¹ Agustín Chacón, *Ligero estudio comparativo...*, op. cit., p. 35.

protección de la integridad de los genitales de la madre era tan importante que en 1898 Juan Chávez propuso «un aparato protector de la partes maternas» compuesta por una manguera de dos capas que se introducía en el canal vaginal²².

Aunque la embriotomía fue una práctica aceptada entre los médicos mexicanos para salvar la vida de la madre ante complicaciones en el parto, el procedimiento comenzó a cuestionarse en el último tercio del siglo XIX desde la perspectiva médico- legal.

4.1.2 Reconocimiento legal de la vida del feto/ recién nacido

A finales del siglo XIX los médicos mexicanos comenzaron a proclamarse defensores de la vida ya no solo de la madre sino también del producto de la concepción. Esta defensa se acompañó de la creación de una serie de normas y leyes mexicanas. En su compendio de Medicina Legal, Hidalgo y Ruiz abogaron por la vida del feto y consideraron que el aborto era necesario únicamente cuando la madre no tuviera esperanza de salvación. En caso de que ambas vidas estuvieran comprometidas, no había duda de salvar a la madre por medio de la embriotomía ya que, como se ha discutido, para muchos médicos la vida de la madre era más cara y más valiosa que la del niño pues, retomando un cuestionamiento de Tajonar y Cardoso²³ «¿Cómo [se podría] cortar el árbol para obtener el fruto?».

Para 1892, López Hermosa²⁴ abogaba por sustituir la embriotomía por la cesárea y presentó una propuesta a los artículos 569 y 570 del Código Civil vigente para la época apelando al reconocimiento de los «intereses legales del feto». Así, propuso castigar el aborto a partir de reconocer la viabilidad del feto:

Artículo 569. Se llama aborto en derecho penal y **se considera punible**, a la extracción o expulsión provocada del producto de la concepción **antes de la época de la viabilidad del feto**, sea cual fuere el medio empleado y siempre que haya deliberada intención de conseguirlo.

²² Juan Chávez, *De algún recurso para proteger...*, *op. cit.*

²³ Jesús Tajonar, *La embriotomía y la operación...*, *op. cit.*

²⁴ Alberto López, *Algunas observaciones a la práctica...*, *op. cit.*

Se da el nombre de parto prematuro artificial a la extracción o a la expulsión provocada del engendro, **a partir de la época de la viabilidad del feto**; y se considera como operación lícita que la ciencia reclama y la ley ampara, cuando de no efectuarse corran peligro de morir por la continuación del embarazo la madre, el hijo o ambos, a juicio del médico que la asista y previa consulta con peritos autorizados²⁵.

La relevancia que comenzó a adquirir la vida de los niños fue un fenómeno mundial. En México la Escuela de medicina rechazó la embriotomía en feto vivo en 1897²⁶, pero unas décadas antes, en 1872, se había dictado en Inglaterra una ley de protección de los niños en la primera infancia; en Alemania ya existía una ley similar desde 1874 y ese mismo año en Francia se promulgó la Ley Roussel²⁷.

La importancia de salvar la vida del feto y no sólo la de la madre se materializó con la creación y la difusión de incubadoras²⁸, un ejemplo más de cómo los instrumentos han contribuido a transformar la práctica médica. En México, aún no existía la Pediatría como especialidad médica y no fue sino hasta 1897 en que en la Sección de Obstetricia de la *Gaceta Médica* se publicó por primera vez un artículo enfocado al recién nacido. Antes de crearse la pediatría, el tema que más principalmente preocupaba a los médicos era la oftalmia purulenta en los recién nacidos, un problema médico que se discutía en las Secciones de Oftalmología y de Higiene, pero no en las de Obstetricia y Ginecología.

Dar un valor social a la vida del feto llevó a la necesidad de definir en qué momento inicia y termina la vida fetal en comparación con la del recién nacido. En la mayoría de los escritos médicos «feto» y «recién nacido» se utilizaron de manera indistinta, incluso «feto» y «embrión» eran sinónimos en algunas narrativas. Al feto/recién nacido se le reconocían dos tipos de vidas: la que tenía dentro del útero materno y que cesaba al poco tiempo de haber salido de él y la vida independiente, que se adquiría y conservaba sin necesidad de la

²⁵ *Ibidem*. Las negrillas son mías.

²⁶ De acuerdo con Luis Bejarano, el 1o de diciembre de 1897 la Escuela Médica Mexicana rechazó en lo absoluto la embriotomía en feto vivo. Luis Bejarano, *Algunas consideraciones...*, *op. cit.*

²⁷ Véase, XII Congreso Internacional de Medicina, "Protección de la primera infancia", *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 19, tomo II, México, 1897, pp. 638- 644.

²⁸ Hasta antes de su creación se llegó a registrar una mortalidad de 30 por 100 de los niños extraídos vivos. Jesús Tajonar, *La embriotomía y la operación...*, *op. cit.*; véase también Alberto López, *Algunas observaciones a la práctica...*, *op cit.*

vida de la madre a través de la respiración. Después de varias discusiones locales se determinó que un ser humano se consideraba «ser recién nacido» sólo mientras tuviera un órgano exclusivo de esta etapa de la vida: el cordón umbilical, cuando lo perdía se convertía en infante.

La discusión y defensa de la vida del feto/recién nacido que se adquiría con la respiración, se engarzó con la definición de ciudadano. Así, para que el niño adquiriera derechos jurídicos tendría que nacer 180 días (6 meses) después de haberse efectuado el matrimonio, tener figura humana y haber vivido 24 horas naturales²⁹.

Una vez que se realizaron modificaciones al código civil se estableció una sanción de nueve años de prisión al médico, partera, comadrón o boticario que cometiera infanticidio. De acuerdo con el artículo 581 del Código Penal el infanticidio se definía como «la muerte causada a un infante en el momento de su nacimiento, o dentro de las setenta y dos horas siguientes»³⁰. Si se trataba de un niño ilegítimo se imputaban cuatro años de cárcel para la madre y si fuera legítimo hasta ocho. Al mismo tiempo que la vida del feto/recién nacido dejó de ser un asunto privado para volverse público se abrieron también las posibilidades para una operación que asegurara la vida de la madre y su hijo(a): la cesárea.

4.2 Cirugía y parto

Hasta antes de 1833 la formación médica en México estuvo separada de los estudios de cirugía³¹. Antes de esta fusión, los cirujanos tenían muy mala reputación ya que en la atención del parto eran llamados sólo para resolver situaciones graves cuyo final frecuentemente terminaba con la muerte de la madre y/o del feto. Gracias a la aparición y desarrollo de la anestesia para el manejo del dolor en el parto, no sólo desde una mirada

²⁹ Luis Hidalgo y Gustavo Ruíz, *Compendio de Medicina Legal Arreglado a la Legislación del Distrito Federal*, tomo I, Imprenta de Ignacio Escalante, México, 1877, p. 488.

³⁰ Miguel Barragán, *Ligeros apuntes sobre el infanticidio...*, *op. cit.*, p.11.

³¹ Como se especificó en la introducción y en el capítulo 1, la medicina y la cirugía conformaron una sola disciplina cuando se crea el Establecimiento de Ciencias Médicas en 1833. Roberto Uribe, "La cirugía mexicana en Ginecología y Obstetricia durante el siglo XIX", *Cirugía y Cirujanos*, vol. 75, núm. 2, 2007, pp. 139-144, p. 140.

técnica sino también ideológica, fue posible que los médicos realizaran un conjunto de intervenciones en los cuerpos pariendo. Paulatinamente, la atención médica del parto no pudo pensarse fuera del campo de la cirugía, un ámbito que tuvo gran auge gracias a la aparición de la anestesia.

4.2.1 Anestesia

La anestesia representó uno de los grandes descubrimientos del siglo XIX³² que dio origen a una especialidad y a la creación de un nuevo rol médico: el anestesiólogo. El origen de la palabra se remonta a 1847 cuando Simpson atendió el parto de la esposa de un colega suministrando con éxito cloroformo y bautizando a la niña como «Anaesthesia»³³.

Hasta antes de la aparición de la anestesia, el significado cultural del dolor había estado atravesada por los estatutos de la doctrina cristiana. Suprimir el dolor era una forma de ir en contra de una espiritualidad del sufrimiento que se fomentó a partir de la figura de Jesucristo, idea que comenzó a cambiar durante la Ilustración gracias al descubrimiento de los nervios a mediados del siglo XVII por Albrecht von Haller. Fueron también importantes los estudios sobre el funcionamiento del cerebro de Robert Whytt en Edimburgo y el trabajo de Charles Bell y de Magendie en 1810. Con esos experimentos se pensó que, con excepción de la circulación y la respiración, todas las funciones del cuerpo dependían del cerebro³⁴.

Para 1847, el anestésico más utilizado en el área médica era el éter, sin embargo, los cirujanos no lograban explicarse porque en ocasiones no funcionaba como se esperaba. John Snow, a partir de demostrar que los efectos del éter dependían de la temperatura a la que se administraba, diseñó un aparato para controlar la temperatura y cuantificar el éter

³² Stephanie Snow, *Blessed Days of Anesthesia, How Anesthetics Changed the World*, Oxford University Press, Nueva York, 2008.

³³ Ricardo Arencibia, "Operación Cesárea: Recuento Histórico", *Revista de Salud Pública*, núm. 2, vol. 4, 2002, pp. 170- 185.

³⁴ Para un análisis sobre el descubrimiento de la circulación y la respiración y la construcción de ciudades véase Richard Sennett, *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*, Alianza Editorial, España, 1994.

inhalado³⁵. El éter tenía otros inconvenientes: olor desagradable, irritación en boca y nariz y otras reacciones adversas en los pacientes al inicio de la anestesia. En ese mismo año, el británico James Young Simpson, junto con sus asistentes James Mathews Ducan y Thomas Keith, encontraron un sustituto del éter: el cloroformo³⁶. La supresión del dolor a través del uso de estas dos sustancias se extendió rápidamente a nivel mundial; el éter se difundió de Estados Unidos al resto de Europa, especialmente a Inglaterra, y el cloroformo se distribuyó en sentido inverso³⁷.

En México, la anestesia comenzó a utilizarse tempranamente en comparación con otros países en América Latina³⁸. Aunque en 1878, Pablo Martínez del Río se adjudicó la primicia de haber sido él quien introdujo y aplicó éter sulfúrico y posteriormente el cloroformo como anestésicos en México³⁹, existen documentos que respaldan que el primer médico mexicano en utilizar éter fue José Matilde Sansores el 04 de junio de 1847 en la Ciudad de Mérida, Yucatán⁴⁰. En la Ciudad de México fue Ramón Alfaro quien a principios de 1852 comunicó por primera vez a la Academia de Medicina de México diversas experiencias con el uso de éter y cloroformo⁴¹.

Al igual que en diversos países europeos, en México surgieron diversas controversias entre los médicos mexicanos alrededor de la utilización de la anestesia en el parto. A

³⁵ John Simpson tomó como base un aparato diseñado por Julius Jeffreys en 1842 destinado para inhalar aire caliente en casos de bronquitis; el constructor fue Daniel Ferguson, el mismo al que acudió Simpson para construir su aparato inhalador de éter.

³⁶ En 1847 el químico David Waldie había sugerido probar el cloroformo como anestésico pero antes de poder probarlo sufrió quemaduras en su laboratorio. Además, el francés Pierre Flourens (1794- 1867), ya había realizado experimentos utilizando cloroformo en animales y había determinado que era letal para los pacientes. Véase, Stephanie Snow, *Blessed Days of Anesthesia...*, *op. cit.*

³⁷ Por esta razón, decían los médicos mexicanos, en Estados Unidos se utilizaba más el éter que el cloroformo.

³⁸ En Antioquia, Colombia, las disputas sobre la aceptación de la anestesia surgieron a finales del siglo XIX y todavía en 1941 prevalecían ciertas reservas en la utilización de anestésicos para atenuar los dolores de parto. Libia Restrepo, *Médicos y comadronas...*, *op. cit.*

Otro referente es España en donde era poco común utilizar anestesia en el parto en la segunda mitad del siglo XIX. Avelino Franco, Julián Álvarez y Joaquín Cortés, *Historia de la Anestesia en España 1847- 1940*, Ediciones Arán, España, 2005.

³⁹ Martínez del Río, "La anestesia en la práctica de la obstetricia", *Gaceta Médica de México*, núm. 24, tomo XIII, México, 1878, pp. 459- 461.

⁴⁰ Carlos Saénz, "¿Es la primera anestesia por inhalación administrada en Yucatán, la primera en la República Mexicana?", *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 8, México, 1985, pp. 151- 154.

⁴¹ Véase también, Manuel Marrón, "Historia de la anestesia gineco- obstétrica en México", *Revista Anestesiología*, vol. 36, núm. 3, 2013, pp. 212- 218; Silvestres Sánchez, "Ramón Alfaro y la anestesia mexicana", *Gaceta Médica de México*, vol. 143, núm. 6, 2007, pp. 525- 529.

diferencia de Inglaterra donde el centro de la disputa se encontraba en los preceptos cristianos, en México se argumentaba que la anestesia predisponía a las hemorragias postparto y que por esa razón sólo debía recomendarse en partos distócicos, cuando se requería el uso de instrumentos o cuando se necesitara realizar alguna maniobra manual. Además de las hemorragias, también se creía que el uso de la anestesia detenía el trabajo de parto, es decir, dolor y contracción constituían un mismo fenómeno. La utilización del cloroformo demostró que se trataban de fenómenos distintos.

Aunque hubieron parteros que utilizaron una mezcla de alcohol, éter y cloroformo⁴², el anestésico que más se utilizó en México, tanto en cirugías como en la atención del parto, fue el cloroformo⁴³. Éste se definía como un «líquido incoloro, oleaginoso, de olor suave de éter, sabor picante y después fresco, que se obtiene por la acción de hipocloritos y en particular por el de cal sobre el alcohol»⁴⁴.

Una gran inquietud para los médicos fue tratar de explicar por qué el cloroformo tardaba más tiempo en hacer efecto en México en comparación con otros países de Europa. Esta diferencia se intentó explicar afirmando que la altura de la Ciudad de México hacía más volátil al cloroformo, sin embargo, no entendían porque este mismo fenómeno también se presentaba en localidades del país a nivel del mar⁴⁵. Para tratar de disminuir el problema de la volatilidad se atribuyó una gran importancia a la calidad del anestésico. Habían al menos tres maneras de reconocer la calidad del cloroformo puro: 1. unas gotas sobre la mano debía volatilizarse violentamente produciendo un olor agradable; 2. al evaporarse en

⁴² Después del descubrimiento del cloroformo en 1847, en Gran Bretaña y en la mayor parte de Europa fueron contados los médicos que siguieron utilizando el éter como anestésico. Véase, Stephanie Snow, *Blessed Days of Anesthesia...*, *op. cit.*

⁴³ En 1889, Semeleder resalta la preferencia por el cloroformo que tienen los médicos mexicanos en comparación con naciones como Inglaterra o Estados Unidos en donde se prefería el éter. También fue común en México, anestesiar con una mezcla de alcohol, éter y cloroformo. "Sesión del 19 de Diciembre de 1888", *Gaceta Médica de México*, núm. 4, tomo XXIV, México, 1889, pp. 64- 72.

⁴⁴ Lorenzo Ortega, *De la anestesia y su aplicación en el parto*, Tesis de grado, Escuela de Medicina, México, 1869.

⁴⁵ Para fines del siglo XIX, en México circulaban tres tipos de cloroformo: uno corriente con un costo de \$1.75 cs. libra con una presentación en envase transparente; el francés puro con un costo entre \$2 y \$3 libras, en envase transparente o en frascos azules o amarillos; y el inglés, que era el más conveniente para utilizarse, proveniente de Edimburgo de la casa Duncan Flockhart & Co., en fiolas cerradas a la lámpara y que se comercializaba en la botica del Profesor Tricio. Este último era de mejor calidad, por tanto, el más recomendable, además por su presentación ya que el cloroformo se descomponía con la luz. "Sesión del 19 de Diciembre de 1888", *op. cit.*

el vidrio de reloj no debía dejar residuos y; 3. mezclándolo con agua no debía tener reacción sobre la tintura de tornasol, ni tampoco precipitarse por el nitrato de plata⁴⁶.

La preocupación por la calidad del cloroformo impulsó diversos experimentos entre los médicos mexicanos, desde recoger observaciones para conocer el tiempo que tardaba en hacer efecto la anestesia, como el que se llevó a cabo en el servicio de mujeres del Hospital de San Andrés⁴⁷, hasta inyectar el anestésico directamente en vasos sanguíneos provocando muchas veces parálisis súbita del corazón⁴⁸. Los resultados de estos experimentos respaldaron la aplicación de inyecciones hipodérmicas de morfina antes de la administración del anestésico o durante la cirugía.

Aunque se utilizaban en menor medida, también se realizaron experimentos con anestésicos locales como éter, cocaína, fenoles, cloreto, cloroformo⁴⁹. La anestesia local se utilizó para procedimientos muy específicos, por ejemplo, las cauterizaciones, intervención que llegó a ser muy frecuente entre los ginecólogos de la época para tratar diversos padecimientos como ovaritis, hepatitis, inflamaciones articulares e incluso, hemorragias puerperales⁵⁰. El anestésico local más utilizado fue una mezcla de hielo con sal marina, como lo describe Demetrio Mejía: se introducían pequeños trozo de hielo en un cilindro de Beadruoche, «o más comúnmente en un fragmento de intestino preparado» de 5 a 6 centímetros de ancho por 20 centímetros de largo, se agregaba sal marina y se ligaba el extremo abierto, posteriormente se aplicaba en forma de espiral en la superficie que se iba a operar, solicitando al ayudante o al mismo enfermo o enferma que sostuviera el cilindro, después de 8 a 12 minutos, se había adormecido la zona y estaba lista para ser intervenida. La utilización de hielo con sal, apareció en 1847 como una alternativa para disminuir los riesgos del cloroformo; el cirujano James Arnott fue pionero y promotor en utilizar esta

⁴⁶ Luis Paver, *Estudio sobre el cloroformo*, Tesis para el examen profesional de Farmacia, Escuela Nacional de Medicina, México, 1870, p. 44.

⁴⁷ "Sesión del 8 de Mayo de 1889", *Gaceta Médica de México*, núm. 15, tomo XXIV, México, 1889, p. 298-299.

⁴⁸ Bandera menciona algunos experimentos en los que, sin quedar claro si fueron realizados en el país o se trataba de una cita de literatura extranjera, murieron perros y conejos después de inyectarles cloroformo directamente en las venas, Barrera, "De las causas de la muerte por el cloroformo", *Gaceta Médica de México*, núm. 3, tomo XXIV, México, 1899, pp. 42- 45.

⁴⁹ Demetrio Mejía, "Cauterización actual revulsiva y anestesia perfecta local", *Gaceta Médica de México*, núm. 2, tomo XXXIV, México, 1897, pp. 58- 66.

⁵⁰ *Ibidem*.

técnica, argumentando que la congelación no sólo era más segura y menos estresante sino también más barata que el cloroformo. Pese a todo, los anestésicos locales no pudieron competir con el éxito del cloroformo⁵¹.

Para reconocer si el/la enfermo(a) estaba por despertar se valoraba el movimiento del reflejo del párpado, excitando la conjuntiva con la extremidad de uno de los dedos que indicaba que la sensibilidad iba a volver y requería la aplicación de más anestésico. Para que los enfermos regresaran al estado de vigilia se utilizaban varios métodos: se flagelaban con una toalla empapada en agua fría⁵², se derramaba alcohol sobre el epigastrio y se extendía por el abdomen, se excitaba la mucosa nasal con amoniaco, se frotaba hielo en la nuca o éste se introducía a través del ano⁵³; también llegaron a emplearse inyecciones de estriquina, cognac y éter⁵⁴.

Como en otros países, en México se presentaron muertes a causa del uso de la anestesia⁵⁵. Aunque no localicé demandas en las que se acusaran directamente a los médicos por un mal uso de la anestesia, las discusiones que los médicos sostenían al interior de las sesiones ordinarias de las asociaciones médicas dejan entrever que en más de una ocasión se enfrentaron a denuncias legales por los casos de muerte sobrevenidos durante la cloroformización⁵⁶, una respuesta diferente a la que se dio en Europa en donde se consideraba una actitud honorable que los médicos quisieran evitar dolor a las personas aunque murieran por causa de la anestesia⁵⁷. Para estos casos legales, en 1872 Juan Rodríguez⁵⁸ proponía que, para comprobar si la muerte era ocasionada por la anestesia, se disolviera en agua el cerebro, hígado, pulmones y la sangre hasta formar una especie de

⁵¹ Stephanie Snow, *Blessed Days of Anesthesia...*, *op. cit.*

⁵² Véase, por ejemplo, "Sesión del 19 de Diciembre de 1888", *op. cit.*

⁵³ Jesús Lemus, *Estudio clínico de la anestesia quirúrgica*, Tesis de grado, Escuela de Medicina, México, 1880.

⁵⁴ José Gómez, "Operación del Porro", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXXIV, México, 1897, pp. 381- 394.

⁵⁵ "Sesión del 26 de Diciembre de 1888", *Gaceta Médica de México*, núm. 4, tomo XXIV, México, 1889, pp.72- 78.

⁵⁶ *Ibidem.*

⁵⁷ En 1847 una mujer llamada Ann Parkinson murió a causa de una cirugía para extirparle un tumor en la pierna. En el juicio se determinó que la causa de la muerte había sido el éter, sin embargo, no se levantaron cargos en contra de los médicos por considerar una actitud honorable el tener la intención de evitar dolor al paciente durante la cirugía. Stephanie Snow, *Blessed Days of Anesthesia...*, *op. cit.*, p. 40.

⁵⁸ Juan María Rodríguez, *Breves consideraciones sobre el cloroformo y sus indicaciones*. Tesis Escuela de Medicina, México, 1872.

papilla que se sometería a una temperatura de 40°; en caso de que hubiera habido una administración excesiva de cloroformo, éste se desprendería en forma de vapor.

A partir de reconocer que el proceso de administración del anestésico era crucial para conseguir el efecto deseado, se diseñaron diversos aparatos para este fin, como fue el de Esmarch⁵⁹; los aparatos permitían la entrada y salida de aire continua, mientras que con la aplicación manual se requería provocar una especie de asfixia para que fuera inhalada la anestesia lo que provocaba muchas veces el cese de la respiración y por consecuencia la muerte. A pesar de que era más seguro administrar la anestesia con ayuda de un aparato, los médicos mexicanos prefirieron su aplicación manual.

4.2.1.1 El dolor y la anestesia en el parto

El dolor es tan antiguo como la humanidad. La palabra en inglés «pain», deriva del latín *poena* que significa «castigo»⁶⁰. Desde la Edad Media, el dolor de parto se consideró como un castigo justo y tener tan sólo la intención para remediarlo fue considerado un acto pecaminoso. A lo largo de la historia se han registrado funestas consecuencias para parturientas o comadronas que llegaron a utilizar tratamientos para mitigar el dolor en el parto⁶¹. Uno de los casos más documentados es el de Agnes Simpson quien fue quemada en la hoguera en Inglaterra en el siglo XVI⁶² y el de Euphanie Macalyane calcinada en Escocia en 1591 durante el reinado de James VI⁶³.

⁵⁹ "Sesión del 19 de Diciembre de 1888", *op. cit.*, De acuerdo con J. Stephanie Snow, para 1848 existían varios aparatos para inhalar anestesia pero hubo una gran resistencia para utilizarlos en gran medida porque los aparatos asustaban a los pacientes. Stephanie Snow, *Blessed Days of Anesthesia...*, *op. cit.*

⁶⁰ La palabra «paciente» también deriva del latín *patior* que se traduce como «el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor». Juan Pérez, David Abejón, José Ortiz y Jesús Pérez, "El dolor y su tratamiento a través de la historia", *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, vol. 12, núm. 6, 2005, pp. 373- 384.

⁶¹ Ángela Ruiz y Jaime Ruiz, "El dolor del parto a través de la historia", en: Alberto Vélez, Leonardo Palacios, Ángela Ruiz y Jaime Ruiz (eds.), *Lecciones de historia del dolor*, Universidad del Rosario, Colombia, 2005, pp. 45- 61.

⁶² María Fuentes, *Mujeres y salud desde el sur, Experiencias y reflexiones desde una perspectiva de género*, Icaria Editorial, España, 2005, p. 325.

⁶³ Ángela Ruiz y Jaime Ruiz, "El dolor del parto...", *op. cit.*

Para el siglo XVIII existían dos corrientes de pensamiento para explicar el origen del dolor: el mesmerismo, el cual partía de la existencia de una energía vital cuya influencia provenía del sol, la luna y los planetas⁶⁴ y la otra basada en los avances de la química moderna⁶⁵. Desde la filosofía puritana que predominaba en países como Inglaterra, a finales del siglo XVIII se afirmaba que los esclavos, los niños e incluso los animales eran incapaces de experimentar dolor⁶⁶. Para el siglo XIX, el origen del dolor en México comenzó a explicarse a través del desarrollo del sistema nervioso; en este sentido, las mujeres de clase alta sentían más dolor que las de clase baja por considerarse que tenían un sistema nervioso más desarrollado⁶⁷.

Basándose en literatura extranjera, los médicos mexicanos afirmaban que había tres clases de dolores de parto que sí dependían de la fisiología uterina: primeros dolores o preparadores, los cuales eran soportados por las mujeres; segundo o dilatadores, que las hacían sufrir mucho y; terceros o expulsivos que eran desgarradores. La anestesia tenía que empezarse durante la segunda parte del período de dilatación y continuarla sin interrupción hasta la expulsión⁶⁸.

Actualmente el uso de cloroformo en el parto se atribuye al británico James Young Simpson cuando atendió a la Reina Victoria en el nacimiento de su séptimo hijo en abril de 1853. A partir de este evento y contradiciendo el precepto cristiano de «parir con dolor», muchas mujeres - principalmente de clase social alta-, comenzaron a pedir dejar de sentir dolor al parir⁶⁹. En México, el uso de la anestesia fue relativamente bien aceptada por los médicos mexicanos; su uso estaba indicado en mujeres nerviosas o indóciles que, «sin hacer caso alguno de las prevenciones del partero que las exhorta[ba] a estarse quieta», eran

⁶⁴ Gustavo Lazos, "El mesmerismo y la bioelectricidad del sistema nervioso central", *Archivos de Neurociencia*, núm. 4, vol. 13, 2008, pp. 252- 254.

⁶⁵ Juan Pérez, et al., "El dolor y su tratamiento...", *op. cit.*

⁶⁶ En diversas culturas occidentales las mujeres cultivadas no sólo eran propensas a sentir mayor dolor en el parto sino también a presentar dolores menstruales. Véase, Javier Moscoso, *Historial cultural del dolor*, México, Taurus, 2011, p. 387.

⁶⁷ Como se afirmó en el capítulo 3, otras causas distintas a las fisiológicas que hacían más vulnerables al dolor a las mujeres de clase alta era el ocio.

⁶⁸ Juan Pujol, *Analgesia obstétrica y asepsia puerperal*, Tesis de la Facultad de Medicina de México, México, Imprenta y litografía de Juan Flores, 1888.

⁶⁹ Stephanie Snow, *Blessed Days of Anesthesia...*, *op. cit.*

sordas a sus amonestaciones⁷⁰. Algunas indicaciones médicas fueron: contracciones irregulares, rigidez o contracción espasmódica del cuello uterino, eclampsia, histeria, partos manuales (versión externa, fórceps), casos de «encasquillamiento» de la placenta o adherencias anormales de la misma⁷¹; las indicaciones en las que obligatoriamente se utilizaba la anestesia eran en las llamadas grandes operaciones como la cesárea y la embriotomía, porque al mismo tiempo que permitía maniobrar al médico disminuía el temor de las mujeres que se sometían a estas operaciones. En México, al igual que en Inglaterra⁷², la anestesia también se llegó a utilizar en aquellos partos en los que, sin complicación alguna, fue solicitado por las mismas mujeres⁷³.

En caso de aplicar cloroformo en mujeres «histéricas»⁷⁴, los médicos recomendaban tomar extremas precauciones porque provocaba efectos impredecibles. En ellas, decían los médicos, el inicio de la anestesia se caracterizaba por el miedo que las hacía llorar y suplicar más que aquellas mujeres que no eran histéricas; durante la siguiente etapa hablaban mucho, reían y cantaban, reflejando el carácter voluble de las histéricas. El último período de la anestesia era normal, excepto cuando la histeria era de forma convulsiva lo que podría provocar trastornos intelectuales o incluso la muerte⁷⁵.

Como se mencionó en párrafos anteriores, a diferencia de lo que se ha documentado en países europeos, los médicos mexicanos no estaban en contra del uso de la anestesia por preceptos religiosos, sino por razones esencialmente fisiológicas. Ellos consideraban que dolor y contracción constituían un mismo fenómeno, por tanto, al eliminar el dolor se creía que también se provocaba una disminución en la fuerza del útero para expulsar a la «criatura». El dolor no sólo producía contracciones sino que también cumplía con la función de proteger el perineo porque obligaba a las mujeres a regular el esfuerzo al

⁷⁰ Gonzalo Páez, *Breve estudio acerca de la acción del cloroformo sobre la mujer en trabajo de parto y sus indicaciones*, Tesis Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, 1886.

⁷¹ Lorenzo Ortega, *De la anestesia y su aplicación...*, *op. cit.*

⁷² Stephanie Snow, *Blessed Days of Anesthesia...*, *op. cit.*

⁷³ Había médicos ortodoxos en la utilización de la anestesia, como Juan María Rodríguez, que sólo la utilizaban en partos artificiales. Lorenzo Ortega, *De la anestesia y su aplicación...*, *op. cit.*

⁷⁴ Para profundizar sobre la histeria en México véase, Frida Gorbach, "Los caprichos de la histeria: cuadros para una identidad", *Historia y Grafías*, núm. 31, 2008, pp. 77- 101; Frida Gorbach, "From the uterus to the brain: Images of histeria in nineteenth- century", *Feminist Review*, núm. 79, pp. 83- 99.

⁷⁵ Juan Pujol, *Analgesia obstétrica...*, *op. cit.*

momento de la expulsión⁷⁶. Conforme se fue incorporando la anestesia en la práctica de los médicos mexicanos «demostraron» que dolor y contracción eran dos fenómenos distintos.

Aunque algunos médicos, entre ellos Juan María Rodríguez, se resistían a utilizar el cloroformo de manera sistemática por asociarlo con hemorragias durante el puerperio, otros comenzaron a encontrarle beneficios después del parto para disminuir la pérdida sanguínea. Los médicos defensores de la anestesia también argumentaron que al no haber dolor en el parto las mujeres no terminaban tan agotadas y podían recuperarse mejor. Un argumento más para recurrir a la anestesia de no tan poca relevancia consistía en que, al evitar sufrimiento y una mala experiencia en el parto, las mujeres no se opondrían al contacto sexual para quedar nuevamente embarazadas, situación que beneficiaba a toda la sociedad⁷⁷.

Con relación en la manera de administrar el cloroformo había controversias. Algunos médicos lo hacían inhalando en pequeñas cantidades y otros aspirando en una sola dosis fuerte; esta última considerada de mayor riesgo. La mayoría de los médicos siguieron el ejemplo de Martínez del Río quien particularmente recomendaba la «media anestesia», también llamada «anestesia a la Reina» o «cloroformo a la inglesa», que consistía en suavizar los dolores de parto con una inhalación ligera y moderada de cloroformo sin llevar a la pérdida de la consciencia. Para Martínez del Río el mejor método de aplicación consistía en hacer que la misma parturienta se aplicara un pañuelo con cloroformo en el momento de la contracción uterina, de esta manera, las mujeres tenían una participación activa en el uso de la anestesia. Aunque los médicos mexicanos difícilmente llegaron a la anestesia al grado quirúrgico, se llegó a reportar una mujer que permaneció dormida hasta por seis horas sin que hubiera efectos secundarios en la madre o el infante. Este hecho en particular proporcionó argumentos para considerar que el parto podría tener lugar sin la participación del cerebro, por lo que podría llevar a la mujer a un estado inconsciente, comatoso y aún así, lograrse el nacimiento.

Al igual que en la anestesia quirúrgica, el uso de aparatos para la aplicación de la anestesia en el parto fue poco común porque aparte de atemorizar a las mujeres,

⁷⁶ Benito Soriano, *Breve estudio sobre el empleo del cloroformo en partos naturales*, Tesis Escuela de Medicina, México, 1884.

⁷⁷ Lorenzo Ortega, *De la anestesia y su aplicación...*, *op. cit.*

imposibilitaba ver sus facies y esparcía abundantes vapores a la habitación que afectaba a los mismos médicos⁷⁸. Cuando la anestesia se aplicaba de manera manual se utilizaba «un lienzo plegado en varios dobleces, sobre la superficie del cual vierte cierta cantidad de cloroformo y (...) en seguida se aproxima[ba] lentamente a las narices del enfermo»; la aplicación más común que describen los médicos es utilizando un pañuelo extendido en el cual era colocada en el centro una esponja de cuatro o cinco centímetros la cual se sostenía con alfileres a las puntas del pañuelo, formando una especie de embudo que se sostenía entre los índices y los pulgares de la mano⁷⁹.

4.3 La cesárea

La palabra cesárea deriva del verbo latino «caedere» y se traduce como «cortar». Aún hoy en día prevalecen disputas sobre quien utilizó por primera vez el término⁸⁰, algunos lo atribuyen a los franceses Francois Rousset (1530- 1603), Jacques Guillameau (1550- 1613) y Theophile Raynaud en 1637⁸¹. Tampoco se conoce con certeza su origen. Por más de un siglo han circulado, por lo menos, tres teorías⁸²: la más popular remite al nacimiento de Cayo Julio César (101- 44 A.C.), la segunda retoma la *Lex Regia*, una ley romana en la que se ordenaba realizar la operación post-mortem para salvar al feto que bajo los Césares fue promulgada por el soberano romano Numa Pompilio (siglo XVII A.C.) y; la tercera señala que esta operación surgió en la Edad Media bajo la influencia del Cristianismo. De todas las teorías esta última es a la que se le ha atribuido mayor credibilidad⁸³.

⁷⁸ Juan Pujol, *Analgesia obstétrica...*, *op. cit.*

⁷⁹ Jesús Lemus, *Estudio clínico de la anestesia quirúrgica*, *op. cit.*

⁸⁰ Ricardo Arencibia, "Operación Cesárea...", *op. cit.*

⁸¹ *Ibidem.*

⁸² Delgado, "Apuntes para la historia...", *op. cit.*

⁸³ La primera se cree poco probable por que la madre de Julio César vivió y tuvo más embarazos después de su nacimiento, algo muy raro ante las escasas posibilidades que se tenían para sobrevivir a la operación. La segunda teoría pierde credibilidad al considerar que era una época en la que no había interés de salvar al feto por no considerarse humano.

4.3.1 De práctica religiosa a práctica médica

Bajo la influencia del Cristianismo se incrementaron las referencias en los ámbitos médico, literario y teológico que sobre la operación cesárea comenzaron a aparecer a partir de la Baja Edad Media⁸⁴. Entre estos escritos resalta «Etimologías», un texto en el que se habla de la relación entre César y *cesárea*, cuyo nombre se debe a que nació del vientre de su madre. Por referencia de los textos que existen desde esta época se sabe que, en caso de una complicación en el parto, no era interés para la iglesia católica salvar la vida de la «criatura», sino su bautismo. Más que la muerte corporal, la preocupación principal se depositó en la muerte espiritual, principal razón por la cual la cesárea se realizaba siempre post- mortem.

El interés por la cesárea post- mortem se remonta a 1745 cuando el párroco italiano Don Francisco Manuel Cangiamila escribió el texto «Embriología Sacra, ó del oficio de los Sacerdotes, Médicos y Superiores acerca de la salud eterna de los Niños encerrados en el útero». En su texto, el párroco puso especial énfasis en el desarrollo y alma del feto. Bajo la influencia de este texto, cuatro años después de publicarse este libro, el rey Carlos III de España emitió una orden en la que se obligaba a los eclesiásticos practicar la cesárea post-mortem para salvar la vida espiritual de los infantes.

En 1772 y a petición del franciscano fray Joseph Manuel Rodríguez, el virrey Bucareli extendió la orden de la cesárea post-mortem para la Nueva España⁸⁵. El mismo franciscano fue el encargado de traducir la obra de Cangiamila al español bajo el título «La caridad del sacerdote para con los niños encerrados en el vientre de sus madres difuntas, Y documentos de utilidad de su práctica»⁸⁶. Con tal de obligar el cumplimiento de esta orden, Bucareli determinó una multa de quinientos pesos a los médicos, padres, maridos o

⁸⁴ Aunque se afirma que la cesárea apareció durante el Cristianismo, paradójicamente no hay textos bíblicos que hablen de la operación. Los nacimientos prodigiosos en la biblia responden a embarazos que tienen lugar tras procesos de esterilidad o nacimientos como el de Jesucristo que fueron concebidos sin mediación de una relación sexual. Irene González, “La cesárea”, *Revista de Iconografía Medieval*, núm. 10, vol. V, 2013, pp. 1- 15.

⁸⁵ Una descripción más detallada de esto se encuentra en Juan Ruiz, Notas introductorias..., *op cit.*, pp. 201-248.

⁸⁶ El texto se editó en tres ocasiones: 1773, 1799 y 1818.

parientes de las difuntas que se rehusaran a realizar la operación y a quienes se opusieran o tardaran en solicitar auxilio para llevarla a cabo⁸⁷. Por su parte, el arzobispo Núñez de Peralta calificó de pecado mortal sepultar a las mujeres sin haberles realizado la operación cesárea y alentaba la necesidad de castigarse como homicidio para los opositores. A manera de premio, se concederían ochenta días de indulgencia a la persona que la ejecutara o dieran noticias a los curas para que se encargaran de la operación.

La importancia del bautismo llevó a establecer que en caso de no estar presente algún cirujano, la responsabilidad de la cesárea recaía en el sacerdote, la partera o cualquier otro feligrés. A las parteras se les recomendaba llevar siempre consigo una navaja por si hubiera necesidad de ejecutarla⁸⁸ y a los sacerdotes se les insistía tener a la mano un «librito pequeño» publicado por Fray Joseph Manuel Rodríguez en el que se explicaba el modo de llevarla a cabo: empezar la incisión con la mano siniestra, cuatro dedos arriba del ombligo y desviado del mismo (originalmente las incisiones para la cesárea se realizaban en uno de los costados), hasta la parte superior del pubis, cortar tegumentos, músculos, peritoneo e introducir sobre éste un dedo para introducir una tijera y poder hacer más grande la herida, el útero se cortaría suavemente con la hoja de un chuchillo y entonces aparecería la «criatura» envuelta de las secundinas, la cual se rompería con la mano o con algún instrumento y una vez descubierta, se bautizaría en el mismo instante si se consideraba con riesgo de morir, en caso contrario, se le administraba el bautismo estando fuera de la madre. Con estas mismas indicaciones se insistía a los párrocos instruir a cualquier devoto de la iglesia católica por si tuvieran necesidad de realizarla.

Quienes realizaran la operación cesárea tendrían doble premio: ser padre espiritual de la «criatura» al proporcionar el sacramento del bautismo⁸⁹ y ser madre corporal de quien lo diera a luz de manera artificial, independientemente de que muriera el infante, como pasaba regularmente.

Así como había instrucciones sobre cómo realizar la cesárea, también existían indicaciones para realizar el bautismo. Debía utilizarse agua pura y realizarse en la cabeza

⁸⁷ Juan María Rodríguez, "Memorándum de la operación cesárea", *Gaceta Médica de México*, núm. 15, tomo XIX, México, 1884, pp. 329- 348; Juan María Rodríguez, *Breves consideraciones sobre el cloroformo...*, op. cit,

⁸⁸ Ignacio Segura, *Aviso saludables a las parteras...*, op. cit.

⁸⁹ El parentesco espiritual con la «criatura» se extendía a los padres a través del bautismo. *Ibidem*.

de la «criatura» por ser ahí donde se ubicaba el alma⁹⁰. Una «monstruosidad»⁹¹ que impidiera el reconocimiento de la cabeza no era digno de bautizarse por considerarse un cuerpo sin alma. Si hubiera duda entre figura humana y monstruosidad el bautismo tenía que realizarse de la siguiente manera:

si un monstruo tiene una, o dos almas, debe proceder de este modo: si el monstruo tiene muchas cabezas, y muchos pechos, tendrá tantas almas, y por consiguiente deberá bautizarse en cada una de las cabezas, diciendo en cada una: *yo te bautizo... si eres persona humana, yo te bautizo*⁹².

En caso de que la parturienta muriera aun cuando su hijo hubiera nacido con vida, era necesario abrir a la mujer antes de ser sepultada por si acaso hubiera otra «criatura» que pudiera necesitar el socorro del bautismo⁹³. Aunque era mejor bautizar a la «criatura» estando aún con vida, lo más común es que el feto ya estuviera muerto cuando se realizaba la cesárea post- mortem⁹⁴. El texto de Manuel Rodríguez incluía recomendaciones por si por error se hubiera dado por muerta a la parturienta cuando aún estuviera con vida: se cosería el útero con una cuerda de guitarra utilizando una sutura «que llamaban las mujeres» sujete, dejando la punta final por fuera para que se retirara a los cuatro o cinco días; la herida externa se curaría como cualquier úlcera simple, colocando ungüentos o bálsamos hasta que la naturaleza formara una cicatriz.

Durante el siglo XIX los médicos mexicanos reportaron realizar el bautismo en el parto y en las operaciones cesáreas. Desde la necesidad por salvar el alma del feto, los cirujanos contaban con una jeringa especial para aquellos casos en que, ante el riesgo de morir el feto dentro del útero, se pudiera bautizar cuando aún estuviera con vida (ver figura 5).

⁹⁰ Véase el apartado de embriotomía para reconocer la importancia del polo fetal para la práctica médica.

⁹¹ Para un acercamiento sobre la teratología en el siglo XIX véase, Frida Gorbach, *El monstruo, objeto imposible. Un estudio sobre teratología mexicana*, Siglo XIX, México, 2008.

⁹² Ignacio Segura, *Aviso saludables a las parteras...*, *op. cit.*

⁹³ *Ibidem.*

⁹⁴ En algunos artículos de la *Gaceta Médica de México*, los médicos reportaban un gran asombro cuando en la cesárea *post- mortem* realizaban una incisión sobre el vientre de la mujer y encontraban signos de vida en el feto.

Figura 5. «Jeringa para bautizar por encargo de Mauriceau»



Fuente: Roberto Uribe. *La invención de la mujer. Nacimiento de una escuela médica*. México, FCE, p. 38.

Paulatinamente la cesárea comenzó a dejar de ser una práctica religiosa para tener una connotación médica para salvar, primero, la vida de la madre. Sin embargo, tuvo que pasar mucho tiempo para que fuera completamente aceptada esta operación, aun cuando se tuvieran técnicamente los aparatos e insumos para llevarla a cabo, tuvo que transformarse la noción de vida del feto/recién nacido para que la cesárea se realizara en mujeres vivas.

4.3.2 Primera cesárea en México

Aunque el procedimiento de la cesárea se atribuye a médicos alemanes o franceses, la primera cesárea que se practicó en mujeres vivas se adjudicó al obispo Pablo de Mérida, en España en el siglo XIII⁹⁵. La primera cesárea *in vivo* reportada en la ciudad de México fue realizada por Juan María Rodríguez en el Hospital de San Andrés el 12 de marzo de 1884⁹⁶. El nombre de la mujer era Josefa Martínez, de diecisiete años de edad, originaria de Pachuca, huérfana y sorda de nacimiento. El embarazo había sido consecuencia de una violación. Aunque Eufemia, la mujer que se encargó desde niña de Josefa, la llevó a la Casa de Maternidad, no fue de interés médico y fue rechazada por tener pocos meses de

⁹⁵ Delgado, "Apuntes para la historia...", *op. cit.*

⁹⁶ Esta operación se reportó como la primera cesárea realizada en una mujer viva en México, sin embargo, después de la muerte de Juan María Rodríguez, se publicó la nota de un médico de Filadelfia el Dr. Robert Harris dirigida al mismo Rodríguez, donde le notificaba que habían realizado la primera operación cesárea en mujer viva en México en la localidad de Monterrey en 1877. Los médicos que la practicaron habían sido extranjeros. La cesárea se realizó por una distocia de sacro y la paciente fue la única que sobrevivió de la operación. "La primera cesárea en México de la Revista Extranjera Prensa Americana", *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 7, tomo II, México, 1897, pp. 275- 276.

embarazo. Al final de la gestación, Josefa ingresó a la Maternidad en trabajo de parto, auxiliada por dos de sus vecinas. El médico que la examinó reportó que Josefa tenía retraso mental, la calificó como «idiota»⁹⁷ y la describió con un cuerpo «deformado»:

[...] cara proporcionalmente grande y un cráneo relativamente pequeño[...] cabello hirsuto y desaliñado; piel bronceada picada de viruelas; frente ruin echada atrás[...] ojos pequeños, hundidos, convergentes como los del japonés; vaga, inexpresiva, estúpida mirada; nariz chata[...]aquella horrible cabeza de presícola, sobre puesta en el tronco, arriba entre dos senos voluminosos[...] miembros superiores, proporcionalmente cortos, delgados, desviados y garras más bien que manos⁹⁸.

Josefa había sufrido raquitismo en la infancia lo que le había provocado una estrechez pélvica grave que hacía imposible un parto vaginal o artificial. Con las medidas que presentaba su pelvis, ninguna literatura médica de la época podía contradecir la decisión de realizar otro procedimiento diferente al de la cesárea.

La decisión de realizar la primera cesárea *in vivo* estuvo a cargo de Juan María Rodríguez, el partero mexicano al que aún hoy en día se le reconoce como fundador de la escuela mexicana en el campo de la obstetricia. Aunque solicitó la opinión de sus colegas, Rodríguez constituía una autoridad como partero y él mismo dejó claro que, ante la falta de un padre de la «criatura» y ante las facultades mentales de Josefa, él tenía el derecho para tomar decisiones y responsabilizarse de realizar la operación cesárea. Una vez que Rodríguez determinó como tratamiento la cesárea⁹⁹, vinieron otra serie de decisiones que

⁹⁷ El mismo médico especifica lo que entiende por este término: seres que jamás han manifestado facultades mentales y afectivas; seres que «hágase lo que se hiciera, nada puede sacarles de ese estado, nadie puede darles inteligencia ni razón», Juan María Rodríguez, *Breves consideraciones sobre el cloroformo...*, *op. cit.*

⁹⁸ *Ibidem*, p. 330.

⁹⁹ Pongo esta afirmación entre comillas puesto que considero que aunque Juan María Rodríguez representó una autoridad para la época, su decisión aparentemente individual involucraba otros elementos, desde contar con el equipo, el instrumental, el recurso humano, el dinero para solventar una operación de este tipo, el entorno, etc. Para profundizar sobre cómo los logros científicos no son productos individuales sino colectivos véase, Bruno Latour, *Pasteur. Una ciencia, un estilo, un siglo*, Siglo veintiuno, México, 1995.

dan cuenta cómo las prácticas se constituyen en la interrelación entre actores y entornos¹⁰⁰.
Veamos algunas de ellas:

a. El lugar para realizar la operación

La narrativa médica específica que para realizar esta operación se consideró como primera opción la Casa de Maternidad, sin embargo, al final se realizó en el Hospital de San Andrés por estar mejor equipado. El espacio donde se llevó a cabo la operación fue de gran importancia ya que determinó la manera de resolver situaciones emergentes y delineó el comportamiento de cada uno de los agentes involucrados. Como afirma Jean Lave¹⁰¹, los agentes no se comportan de la misma manera en espacios diferentes ya que la actividad es situacionalmente específica; en este sentido cada uno de los elementos que conformaron la práctica de la cesárea hubiera tenido un papel distinto de haberse llevado a cabo en la Casa de Maternidad. En el Hospital de San Andrés se pusieron en juego cuestiones médicas pero también políticas.

Si partimos de una noción de espacio más allá de una estructura física, una vez que se tomó la decisión de que fuera en el Hospital de San Andrés, los agentes - médicos, la misma Josefa, los instrumentos- fueron elementos constitutivos del escenario final. Como menciona Milton Santos, el espacio se compone de la configuración territorial pero también de las relaciones sociales¹⁰².

¹⁰⁰ Jean Lave, *Cognición y desarrollo humano*, Paidós, México, 1991.

¹⁰¹ *Ibidem*.

¹⁰² Para Milton Santos el espacio «está formado por un conjunto indisoluble, solidario y también contradictorio, de sistemas de objetos y sistemas de acciones, no considerados aisladamente, sino como el contexto único en el que se realiza la historia». Milton Santos, *La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción*, Editorial Ariel, Barcelona, 2000, p. 54.

b. El equipo y material

El espacio, los instrumentos, los médicos e incluso la existencia de las parteras no examinadas fueron necesarios para que los médicos pudieran legitimar su práctica. La importancia de contar con un espacio bien equipado refleja la importancia que para ese entonces ya tenían los instrumentos médicos. Como se mencionó en el capítulo 2, apenas veinte años atrás, en 1861, los médicos registraron haber realizado operaciones complicadas en la habitación de la parturienta y utilizando herramientas que encontraron en la misma casa¹⁰³. Una operación quirúrgica de la magnitud de una cesárea requería de una gran cantidad de material e insumos indispensables, como se especificaba en la literatura de la época:

un escalpelo, un bisturí, dos pares de tijeras unas rectas y otras dobladas en ángulo, una sonda acanalada larga, unas pinzas de ligar arterias, media docena de pinzas de compresión de Koeberlé, agujas de sutura, un porta- agujas de mango largo, porta- esponjas, todo perfectamente limpio y esponjas nuevas humedecidas en una disolución fenicada al 2 por 100. Los instrumentos y el alambre de plata para las suturas deben sumergirse en una disolución idéntica, hasta el momento de usarlos. Si se emplean ligaduras de seda, deben ser fenicadas. Es necesario colocar una vasija con agua tibia fenicada al alcance del operador, seda protectora, gasa antiséptica, algodón boratado o perfectamente limpio y un vendaje abdominal ancho¹⁰⁴.

Cada uno de los instrumentos e insumos interactuaron activamente con los médicos involucrados directamente en la operación.

¹⁰³ En 1870, Juan Cabral narra cómo utilizó la herramienta de carpintería del taller del esposo de una parturienta para arreglar una complicación de luxación de cadera de una recién nacida. Juan Cabral, "Embarazo gemelar.- parto manual.- hemorragia.- salvación de la madre y de los dos niños por el Sr. Rodríguez", *Gaceta Médica de México*, núm. 11, tomo V, 1870, pp. 174- 176.

¹⁰⁴ Guillermo Thompson, "Ciencia y arte de los partos", *Administración de la Revista Médica y Cirugía Prácticas*, Madrid, 1884, p. 476.

c. Participantes

En la primera cesárea realizada en mujer viva participaron directamente quince médicos: Juan María Rodríguez, Barrueco, Ricardo Vértiz, Ignacio Capetillo, Lavista, Licéaga, Andrade, Ortega, Fonseca, Olivares, Agustín Chacón, Vázquez Legorreta y Hurtado, y los alumnos Jesús Castañeda y Martínez del Campo¹⁰⁵. Además del grupo médico de élite, se contó con la presencia de más de cuarenta espectadores. El reporte médico no deja entrever los criterios específicos para extender la invitación, sin embargo, no hay duda que cada uno de ellos ocupaban puestos académicos y administrativos de gran importancia, muchos de ellos habían sido o serían directores de la Casa de Maternidad y profesores de la cátedra de obstetricia en la Escuela de Medicina. En este sentido, en ese momento la primera operación cesárea, como muchas de las prácticas médicas, estableció y/o fortaleció relaciones sociales y políticas.

Como era de esperarse, esta primera cesárea en una mujer viva fue todo un evento médico y social. El reporte de Juan María Rodríguez no incluye detalles sobre el procedimiento. De acuerdo con los «Manuales operatorios» de la época se recomendaba realizar la operación en cuatro tiempos: 1o. La incisión de la pared abdominal, 2o. La incisión del útero y extracción del feto, 3o. La extracción de la placenta, detención de la hemorragia y limpieza de cavidad peritoneal. 4o. Oclusión y cura de la herida abdominal¹⁰⁶.

A diferencia de la teoría, los elementos constitutivos en la práctica toman una agencia que no es predecible. En esta primera cesárea la única eventualidad que se reportó fue una hemorragia de la arteria ovárica atribuida a la limitada fuerza del instrumento de Cintrat

¹⁰⁵ En algunas cesáreas que se realizaron posterior a la que realizó Juan María Rodríguez también llegaron a participar parteras tituladas, como el caso que reportó Fernando Zárraga en la que participó la profesora en obstetricia Rita del Castillo, la misma que había estado a cargo de la parturienta antes de llamar al médico por haber determinado una estrechez pélvica. De acuerdo con la literatura médica que se llegó a utilizar como referencia en la Escuela de Medicina, en las cesáreas se requería «una matrona práctica en volver a la vida a las criaturas recién nacidas y cuyo cometido es recibir la que se extrae». Para ese entonces, ya aparecían escritos médicos donde se apelaba a que el cuidado del recién nacido estuviera a cargo de los médicos y no de las parteras. Véase, Guillermo Thompson, "Ciencia y arte de los partos", *op. cit.*; Fernando Zárraga, "Operación cesárea seguida de la extirpación de la matriz practicada con éxito para la madre y el hijo", *La Medicina Científica*, núm. 4, vol. 4, 1904, pp. 26- 28; Luis Troconis, "Algo sobre el tratamiento de la asfíxia neonatorum", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXXIV, México, 1897, pp. 473- 479.

¹⁰⁶ Guillermo Thompson, "Ciencia y arte de los partos", *op. cit.*

cuya función era constreñir el muñón después de retirar el útero. Fue una situación inesperada que el instrumento de Cintrat no funcionara correctamente - habrá también que pensar en la posibilidades de que los médicos no lo supieran utilizar o no tuvieran la habilidad para manejarlo-. Esta «falla» en el instrumento de Cintrat deja ver cómo la resolución de problemas depende de la interrelación de sus elementos constitutivos. En este caso, el problema se resolvió utilizando catgut para ligar la arteria y el ligamento derecho. El catgut fue un elemento sumamente importante para la operación cesárea. Cuando se pensó en las cesáreas *in vivo* había importante avances en el uso de la anestesia y en las técnicas quirúrgicas que podían hacer posible la operación, sin embargo, un gran problema técnico y de insumo que aún no estaba resuelto era encontrar un material de sutura que pudiera mantener unidos los bordes de las incisiones de los órganos. Durante mucho tiempo se probaron distintos materiales, incluso el mismo catgut había sido ya utilizado y desechado por su ineficacia¹⁰⁷. Una vez que el catgut «probó» su capacidad para los fines que se le requería fue un elemento indispensable para realizar una cesárea.

Josefa murió días después de la operación. La muerte fue atribuida a su débil constitución y su pelvis pasó a ser propiedad del museo particular del mismo Juan María Rodríguez y años después se trasladó al Departamento de Teratología del Museo Nacional. En 1901, Duque de Estrada la describió con un peso apenas de 115 gramos, sacro pequeño y angosto. La hija de Josefa, con rasgos físicos «*aparentemente*» normales, fue trasladada al Hospital de Niños Expósitos después de rechazar la solicitud de custodia de Eufemia Ortega, la mujer que cuidó desde la niñez a Josefa. Antes de su traslado, fue bautizada, o mejor dicho, registrada con el nombre de «Nonnata Porro Rodríguez». El primer apellido se atribuyó al médico que fomentó la cesárea en mujeres vivas a nivel mundial y el segundo apellido del médico que practicó la operación. Manuel Cangiamila, un siglo antes había manifestado que quien realizara la operación cesárea se convertiría en padre espiritual y madre corporal. Dieciséis años después, en 1900, Duque de Estrada reportó que la joven se

¹⁰⁷ Aristeo Calderón, *Paralelo entre la operación cesárea, la operación de Porro y la embriotomía*, Tesis para el examen profesional de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Escuela de Medicina de México, México, 1891.

encontraba asilada en el Hospicio de Pobres con un desarrollo regular y sin haber heredado ninguno de los defectos físicos de la madre¹⁰⁸.

Se ha interpretado el evento de esta primera cesárea como una oportunidad de los médicos para experimentar, particularmente en población femenina indígena, las técnicas con las que se pudiera hacer frente a los obstáculos de la naturaleza¹⁰⁹. Sin embargo, aunque Juan María Rodríguez tenía una opinión favorable de la operación cesárea, él era uno de los médicos que la contraindicaba por considerarla altamente letal; es el mismo Rodríguez quien expresó que Josefa tenía tan pocas posibilidades de sobrevivir dada la «diminuta, más que pequeña pelvis», que la cesárea era la única opción para salvar al menos al infante. Sin duda, los médicos aludieron a un sentido de inferioridad hacia Josefa. Al discutir sobre la opción de realizar la operación cesárea, consideraban inferior la condición física y mental de Josefa, incluso su condición de mujer, basta recordar cómo el médico que la recibió en la Maternidad la describió como un «bulto cubierto por un camisón». Los médicos, representados por Juan María Rodríguez, decidieron intentar salvar la vida de Josefa y la del infante a través de la cesárea por considerarla «pese a sus características» un individuo de la especie humana. El «sentido de humanidad» que manifestaron explícitamente los médicos también filtró la decisión de retirar o no el útero a Josefa, « ¿Quién me autoriza a mutilarla, a inhabilitarla para mientras viva (si es que ha de sobrevivir a la operación) de poder ser otra vez madre?», se preguntaba Rodríguez ante la posibilidad de que Josefa viviera y volviera a encontrarse en un peligro similar cuando se embarazara de nuevo. No dudo de que Josefa haya constituido un sujeto de aprendizaje y que gracias a esta operación se probó la eficacia de determinados instrumentos como el constrictor de Cintrat u otros instrumentos que eran de uso común en el extranjero pero que por primera vez se utilizaron en el país.

La cesárea que Juan María Rodríguez llevó a cabo en Josefa tuvo una gran difusión pero no representó gran influencia para que esta operación fuera considerada dentro de las primeras opciones terapéutica ya que los médicos continuaban alegando un alto índice de

¹⁰⁸ Juan Duque de Estrada, *Contribución al estudio de las deformaciones pélvicas en México*, Tip. y Lit, "La Europea" de J. Aguilar Vera y Compañía (S. en C.), México, 1901.

¹⁰⁹ Oliva López, *De la Costilla de Adán al útero de Eva: El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*, UNAM, México, 2007.

mortalidad materna¹¹⁰ aún cuando se llegaron a reportar casos donde la madre y el feto habían logrado vivir¹¹¹. Con base en un escrito de José Gómez se puede pensar que los médicos estaban más abiertos a realizar la operación cesárea cuando el feto ya había muerto:

Había, por consiguiente, que tomar una determinación eficaz que pusiera término feliz a tantas complicaciones existiendo la indicación urgente de intervenir. ¿Qué medios podrían emplearse con buenos resultados? La operación cesárea fue el recurso que pareció más apropiado para combatir aquel estado de cosas y llenar la indicación de terminar el parto salvando a la paciente, la única por quien habría que preocuparse, pues el niño había muerto. Existía, en efecto, la indicación absoluta para esta operación...¹¹²

En este sentido, a finales del siglo XIX los parteros mexicanos continuaron prefiriendo la utilización de fórceps, el parto prematuro artificial y, en caso de que el feto hubiera muerto, la embriotomía para resolver complicaciones en el parto.

4.3.2.1 La operación de Porro

Después de varios experimentos en los que comprobó que conejas preñadas podían vivir sin útero, Porro de Pavía (1842–1902) realizó la primera operación cesárea *in vivo* en Julia Cavallini, en 1876. Como ya se mencionó, la hemorragia en el útero era una de las principales complicaciones de la cesárea, así que la propuesta de Porro fue realizar una histerectomía total y, en muchos casos también la ovariectomía, después de la cesárea. Eliminar el órgano que producía el peligro, en este caso el útero, comulgó con la noción de cuerpo visto como máquina al que se puede quitar, poner o modificar cada una de sus

¹¹⁰ La mortalidad materna a nivel mundial por la cesárea continuó siendo muy alta hasta principios del siglo XX. De acuerdo con Delgado, «en Gran Bretaña e Irlanda en el año 1865, la tasa de mortalidad por cesárea alcanzó al 85% de los casos. En París, de 1786 a 1876 no se realizó ni un sólo con éxito». Delgado, "Apuntes para la historia...", *op. cit.* p. 331.

¹¹¹ Como menciona Aristeo Calderón, hasta 1891 no se contaban «datos estadísticos rigurosamente científicos» para saber la mortalidad en México por causa de la cesárea. Aristeo Calderón, *Paralelo entre la operación cesárea...*, *op. cit.*

¹¹² José Gómez, "Operación del Porro", *op. cit.*, p. 388.

partes. Además, «amputar» el útero, en algunos casos como el de Josefa, se consideró una práctica humanitaria porque el médico podría evitar una complicación en un siguiente embarazo que pudiera poner nuevamente en riesgo la vida de la madre.

Por su parte, los adversarios de la operación de Porro consideraban al útero como un órgano esencial de la mujer. Ya Hipócrates y sus discípulos estaban plenamente convencidos de que todas las enfermedades de las mujeres tenían su origen en el útero. Mientras que la esterilidad era vista como el mal absoluto, el parto constituía la mejor prueba de salud en las mujeres. De acuerdo con Platón, el cuerpo y el alma del ser humano estaba organizado de la siguiente manera: «en la cabeza se alojaba la parte racional e inmortal del alma; el pecho abrigaba el alma irascible; el vientre estaba ocupado por el deseo concupiscente». El útero, al estar alejado del alma racional y de los pensamientos nobles era «algo vivo poseído por el deseo de concebir hijos que sometía a la hembra»¹¹³.

Para los parteros mexicanos la «mutilación del útero» constituía un gran problema moral¹¹⁴ que mantuvo divididas las opiniones de los médicos. Algunos de ellos consideraban que la paz del matrimonio se basaba frecuentemente en la función procreadora de este órgano¹¹⁵, argumento válido sobre todo para las mujeres casadas. Para quienes se dedicaban a la prostitución también era importante conservar el útero porque la amputación, decían los médicos, podía incrementar sus «perversos instintos» al saberse exentas de un posible embarazo. A nivel mundial, el apogeo de la operación de Porro tuvo lugar en los siguientes cuatro años después de haberse realizado por primera vez¹¹⁶, en México, las cesáreas seguidas de la «amputación útero- ovárica» fueron casos excepcionales¹¹⁷.

¹¹³ Yvonne Kniebiehler, *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*, Ediciones Nueva Visión SAIC, Argentina, 2000, p. 15.

¹¹⁴ Manuel Gutiérrez, "Dictamen de la Comisión de Obstetricia sobre la Memoria del Sr. Dr. D. José Gómez", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXXIV, México, 1897, pp. 394- 401.

¹¹⁵ En Alemania, los parteros reaccionarios a la operación de Porro reconocían que esta operación contenía la hemorragia pero convertía a las mujeres en «no mujeres». Aristeo Calderón, *Paralelo entre la operación cesárea...*, *op. cit.*

¹¹⁶ *Ibidem.*

¹¹⁷ José Gómez, "Operación del Porro", *op. cit.*

Consideraciones finales

El conocimiento médico- científico ha sido y continua siendo una práctica. Durante el desarrollo de esta tesis he intentado cuestionar lo que comúnmente parece familiar, natural y arbitrario: parir en hospitales, bajo la mirada médica y con el uso de determinados instrumentos. A este distanciamiento Viktor Sholovsky le llama «ostranenie»¹. Como se especificó en la introducción, para «desnaturalizar» lo que se ha dado por hecho he recurrido la categoría de «práctica».

Como se abordó en el primer capítulo, el siglo XIX fue el escenario de una serie de cambios en el papel social de las mujeres. Si bien se fortaleció la noción de maternidad como mandato social, la incorporación de las mujeres al trabajo asalariado y a la educación les permitió incursionar en espacios públicos que habían sido exclusivos de los varones. Estos cambios orillaron a las mujeres a establecer nuevas negociaciones para ejercer su rol de madre. Como parturientas, las mujeres acudieron por voluntad propia a los médicos y a las parteras tituladas para ser auxiliadas en sus partos, ya sea por representar el último recurso para solucionar alguna complicación o por el interés de tener un parto en condiciones médicas de la época, es decir, utilizando anestesia y/o instrumentos como los fórceps.

En este siglo también se presentaron cambios importantes para las mujeres que se dedicaron a atender partos. La figura de la partera tradicional que históricamente había prevalecido desde antes de la conquista española coexistió con otros actores que comenzaron a atender partos: parteras aficionadas, parteras tituladas y médicos parteros. La aparición en escena de estas figuras convirtió al parto en una arena de lucha de saberes y de prácticas. La presencia de estos actores dieron origen a dos grupos de personas que auxiliaron a las parturientas. En un grupo se encontraban las parteras tradicionales y «aficionadas» con una diversidad de prácticas, por el otro, un grupo más homogéneo conformado por parteras examinadas y por los médicos. El primer grupo era descalificado

¹ Peter Burke, *Historial social del conocimiento. De Gutenberg a Diderot*, Paidós Orígenes, España, 2002, p. 12.

por el segundo bajo los argumentos de pobreza, suciedad e ignorancia². En este capítulo he intentado recalcar la participación activa de las mujeres en el parto. Como parturientas decidiendo cómo, dónde y con quién querer parir; como parteras, examinadas o no, defendieron su práctica y su derecho de dedicarse al arte de los partos. Dediqué especial atención a las parteras examinadas ya que me pareció relevante reconocerles su valiosa presencia en el siglo XIX, como mujeres que recibían una educación universitaria y que contaban con un campo laboral con mejores condiciones que las que se ofrecían para las mujeres asalariadas.

Como parte del reconocimiento de la participación de las mujeres, se sustenta que algunas prácticas de las parteras tradicionales y «aficionadas» fueron adoptadas y adaptadas por las parteras tituladas y por los médicos, entonces adquirieron el carácter de «científicas». Al reconocer este planteamiento se puede afirmar que todo aquel que estuvo involucrado en los partos en el siglo XIX, hayan sido hombres o mujeres de cualquier clase o grupo social, contribuyeron de alguna manera a la conformación de las prácticas médicas de atención del parto; aquí también se incluyen a las mismas parturientas quienes, en su mayoría, ya sea por necesidad o por sentido de pertenencia a una clase social alta, estuvieron de acuerdo en que la mirada médica interviniera sus cuerpos para poder parir.

Como se profundizó en el capítulo 2, la atención del parto en la segunda mitad del siglo XIX tuvo un nuevo escenario: el hospital. La creación de una institución hospitalaria para que las mujeres pudieran parir fue de gran relevancia ya que materializó la praxis del conocimiento médico científico de la época y las relaciones de poder que invisten una institución de este tipo³. Al mismo tiempo que favoreció la consolidación de la obstetricia, la atención hospitalaria del parto contribuyó a masculinizar el ejercicio de la partería. El hecho de que el Hospital de Maternidad constituyera un espacio donde las parteras se formaron y ejercieron profesionalmente otorgó legitimidad pero también obligó a quienes la ejercían a acatarse a las normas institucionales. Los médicos, pero particularmente las parteras profesionales tuvieron que aprender a moverse en estos espacios masculinos.

² Anne Staples, "El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico", en: Julia Tuñón (comp.), *Normativas decimonónicas y feminidad en México*, El Colegio de México, México, 1989, pp. 185- 226.

³ Judith Butler, *Cuerpos que importan*, Argentina, Paidós, 2002.

Aunque estas mujeres se las ingeniaron para realizar maniobras consideradas exclusivas para los médicos, finalmente estuvieron obligadas a obedecer reglas y normas médicas.

El Hospital de Maternidad favoreció el uso de instrumentos en la atención del parto. La intervención de instrumentos en la práctica implicó transformar la enseñanza de la medicina. El médico debía adquirir una serie de habilidades y destrezas para aprender a usarlos y con ellos resolver los problemas que enfrentaba. Como afirma Laura Cházaro⁴, al poner el peso de la precisión en los instrumentos por encima de los sujetos, convirtieron el problema de corrección de medidas en una cuestión material, independiente del quién y cómo se utiliza, así, se considera al instrumento, en sí mismo, como productor de fenómenos.

Los instrumentos y artefactos médicos materializaron normas y valores de la cultura mexicana de la época. Muchos de los instrumentos médicos reprodujeron la manera como el cuerpo de los médicos funcionó en la atención de partos. Se mostró el ejemplo de los fórceps como los instrumentos que por excelencia han constituido un ícono en el ramo obstetricia. Los fórceps emularon una parte del cuerpo fundamental para los parteros: sus manos. Dialógicamente el uso de este instrumento modificó los cuerpos de los mismos médicos; es decir, gracias a los fórceps se crearon cuerpos para partear. Cuerpos «a la carta» porque con los distintos modelos de fórceps se podían construir «manos de hierro» largas, cortas, curvas, con la punta roma, etc. Considerar que para las mujeres de la época los fórceps no eran sólo «pinzas o cucharas» ajenas a la anatomía de los médicos puede explicar porqué algunas parturientas aceptaron e incluso solicitaron ser auxiliadas con fórceps en el parto, aún cuando no fueran necesarios.

Como se ejemplificó con la mesa ginecológica, el mobiliario para parir se relacionó de forma insistente con la clase social de la población que los empleaba. A partir de las descripciones, los calificativos y los argumentos «científicos», se legitimó la postura horizontal para parir y el uso de la mesa obstétrica apelando a la autoridad social y política del gremio médico. Más allá de las facilidades o dificultades que representaba para la

⁴ Véase Laura Cházaro, "Los instrumentos matemáticos en la Nueva España: circulación, usos y transformaciones de la medición", *Gaceta de la Real Sociedad Matemática Española*, núm. 4, vol. 14, 2011, pp. 739- 752.

práctica obstétrica en boga que la mujer adoptara una posición libre para parir⁵, la posición ginecológica materializó el papel que para la mirada médica tenía y/o se esperaba de las mujeres en el parto: una actitud pasiva para ser intervenida. La idea de una limitada participación de la mujer en el trabajo de parto se fortaleció al comprobar que se podía efectuar el nacimiento estando o no la mujer consciente. Al mismo tiempo, la posición ginecológica, con o sin mesa ginecológica, permitió a los médicos apearse a las buenas conductas que se exigía a los varones de la época: evitar el contacto visual con las mujeres.

A partir de la discusión del capítulo 2 se afirma que la noción de instrumento médico no se agota afirmando que éstos se han inventado para cubrir necesidades prácticas y urgentes de los médicos; tampoco afirmando que son creaciones para reparar los defectos de la naturaleza o extensiones de las manos de los médicos. Los instrumentos médicos constituyen una copia del uso y de las funciones del cuerpo de un momento histórico determinado y materializan el estilo de pensamiento de la época.

En relación al capítulo 3, las leyes de la física se aplicaron al proceso del nacimiento. La noción de «fuerza» se retomó para entender y controlar el papel sobre todo el útero al momento de la expulsión. Junto con las leyes de la física, la atención del parto se acompañó con una determinada manera de concebir el riesgo, en este caso en particular, el riesgo a que se complique el parto, el riesgo de que la madre o el feto pierda la vida. La mirada médica reproducida a través de los médicos y las parteras tituladas entraron en escena porque politizaron los riesgos de parir con las parteras tradicionales y aficionadas. De acuerdo con Evandro Agazzi⁶, es precisamente la técnica concebida como «una tensión continua hacia la eliminación del riesgo» lo que implica el despliegue de un conjunto de procedimientos, en este caso de prácticas médicas, para conseguir un fin. La solución que la mirada médica ofreció para poder «fugarse»⁷ de los riesgos vinculados con la atención del parto con parteras no examinadas implicó que el arte de partear se convirtiera en un conjunto de prácticas corporales que involucraron técnicas.

⁵ Lugones refiere que la posición horizontal para parir, ha generado dificultades para que las mujeres identifiquen posturas “instintivas” en el parto. Miguel Lugones y Marieta Ramírez, *El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura, Policlínico Universitario*, La Habana, 2011.

⁶ Evandro Agazzi, *El bien, el mal y la ciencia. Las dimensiones éticas de la empresa científico- tecnológica*. Tecnos, Ediciones, España, 1996, p. 263.

⁷ *Ibidem*.

Sin embargo, al mismo tiempo que la medicina científica «eliminó» los riesgos que se relacionaron con la atención no médica también se generaron nuevos riesgos de parto; riesgos que, en términos de Ulrich Beck⁸ son «soportables», es decir, riesgos que son admisibles no sólo para las madres y los médicos, sino para la sociedad en general. Cada parto se consideró potencialmente en riesgo de complicarse y ante tal situación se difundió la idea de intervenir cuerpos «por si acaso». Como diría Esposito⁹, ante la posibilidad de riesgo, la medicina científica se anticipa a lo que todavía no sucede. Por tanto, prevalece la lógica de preservar la vida a través de prácticas científicas y corporales encaminadas a la destrucción de la propia vida:

La vida puede ser conservada sólo si se aferra en el pliegue de una inexorable anticipación que la prejuzga culpable aun antes de que cada uno de sus actos pueda ser juzgado...para conservarla [la vida], es necesario introducir en ella algo que por lo menos en un punto la niegue hasta suprimirla¹⁰.

En este sentido, los «riesgos soportables» a los que se refiere Beck no necesariamente se restringieron a una clase social, sino que atravesaron la manera de concebir el parto de toda una sociedad contemporánea. Así, la mirada y el contacto físico entre médicos y cuerpos femeninos abrieron la posibilidad de construir saberes en torno a los mismos; un saber que partió del cuerpo de la mujer y retorno a él transformándolo. Con el tiempo, esta mirada colocó a los médicos en una posición en la que resultaron saber más sobre esos cuerpos que las mismas mujeres que los habitaban¹¹.

A la intervención de los cuerpos de las mujeres pariendo se incorporó el desarrollo de la cirugía. Como puede verse en el capítulo 4, la cesárea existía desde antes del cristianismo pero sólo como un procedimiento post- mortem. Es en el siglo XIX cuando socialmente fue posible el nacimiento por vía abdominal estando la mujer aún con vida. Más allá de las afirmaciones en torno a que la cesárea en mujeres vivas se atribuyó a los avances de la cirugía y la tecnología, ésta fue posible gracias a que comenzó a darse un valor social a la vida del feto; un vida que se vinculó directamente con los derechos ciudadanos. Con la

⁸ Ulrich Beck, *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Paidós, España, 2006.

⁹ Roberto Esposito, *Inmunitas. Protección y negación de la vida*, Buenos Aires, Amorrortu Editoriales, 2005.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ Arturo Rico, *Las fronteras del cuerpo. Crítica de la corporeidad*, México, Joaquín Mortiz, 1990, p. 36.

discusión alrededor de la cesárea quise ejemplificar cómo es que las prácticas médicas están en gran medida determinadas por las normas y valores sociales, muchos de los cuales, no son conscientes para los actores que participan en la construcción de esas prácticas.

Antes de cerrar este trabajo de tesis, quiero dedicar un par de líneas para profundizar sobre algunos retos metodológicos que implica considerar la noción de «práctica» como eje analítico en un trabajo historiográfico. El primero de ellos tiene que ver con el enorme reto para localizar fuentes directas de las voces de las mujeres, tanto de parturientas como de parteras. Después de una exhaustiva y prolongada búsqueda en archivos históricos, mi suerte fue la misma que aquella que han tenido otras historiadoras con el mismo propósito¹². La escasez de fuentes sobre las mujeres me llevó seriamente a cuestionarme si ellas no dejaron ninguna huella o sí lo hicieron por qué razón no se conservaron. Aún con estas dificultades, no estoy del todo de acuerdo con la afirmación de que «las pocas experiencias de las mujeres como médicas y pacientes están ausentes» y por tanto que es «imposible dar cuenta de la relación entre las mujeres y sus relaciones con los médicos en las instituciones médicas»¹³. Considero que una parte de las voces de las mujeres y su participación en la práctica pueden encontrarse entre líneas de las narrativas médicas.

El desafío para desarrollar esta tesis no sólo estuvo en localizar las voces de las mujeres; un estudio histórico en sí mismo siempre tiene el reto y en muchas ocasiones la limitación, de depender de las fuentes disponibles en los acervos. Si partiéramos de un enfoque «teoreticista» donde se considera que el conocimiento meramente son discursos y textos, bastaría con analizar las narrativas de los médicos tal y como se encuentran en las revistas y en las tesis. En una investigación como la que aquí presento, se planteó el reto de desentrañar la práctica a partir de las narrativas de los médicos y de la representación de la materialidad que dejaron de los instrumentos y los artefactos médicos; una práctica que frecuentemente está implícita en los esos escritos médicos. A diferencia de un estudio contemporáneo en donde se tiene la posibilidad de preguntar directamente a los agentes

¹² Particularmente puedo identificar la tesis doctoral en curso que está desarrollando Lidia Barajas en el Programa de Filosofía de la Ciencias en la UNAM sobre las histerectomías en el siglo XIX.

¹³ Oliva López, *La profesionalización de la gineco- obstetricia y las representaciones técnico- médicas del cuerpo femenino en la medicina de la Ciudad de México (1850- 1900)*, Tesis doctoral, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2004.

involucrados en la práctica sobre sus planes y objetivos, un estudio histórico puede quedarse con varias interrogantes. Aún con todos estos retos, el estudio de las prácticas desde la historiografía tiene la ventaja de poder acercarse a la normatividad y a los valores que se materializan en esas prácticas. Es por ello que me sumo a la demanda de Sergio Martínez¹⁴ para pensar en la necesidad de incorporar en todos los niveles educativos pero sobre todo en aquellos relacionados directamente con la formación de recursos humanos en salud, un programa educativo sobre Historia de la ciencia desde el reconocimiento de las prácticas científicas, ya que esto:

- a) Ayudaría a entender la naturaleza de la ciencia como una empresa cultural compleja que lleva a situar la educación profesional en un contexto cultural más amplio.
- b) Permitiría una mejor comprensión de los métodos y los conceptos científicos y la manera en cómo éstos están asociados con fines y valores que se mantienen relativamente estables a lo largo de grandes períodos de tiempo.
- c) Ayudaría a ver las conexiones entre temas, problemas y disciplinas que suelen quedar ocultos en los libros de texto que generalmente son la base de la educación. La historia de la ciencia ayuda a entender el carácter inter - o multidisciplinario de los problemas científicos, y por lo tanto contribuye a fomentar el interés de los estudiantes para tratar de entender el carácter disciplinario de la ciencia a través de sus problemas.
- d) Situaría los conceptos de una disciplina como parte de un panorama más amplio, lo que ayuda a que los estudiantes puedan pensar en diferentes maneras de formular problemas en una disciplina particular.

La incorporación de la Historia de la ciencia en un lugar central en el currículo, afirma Martínez¹⁵, contribuiría a formar profesionales mejor capacitados para reconocer las posibilidades de la ciencia y para criticar o modificar las instituciones de una sociedad. Así, planteo la relevancia de la Historia de la Ciencia desde las prácticas obstétricas en los

¹⁴ Sergio Martínez, "El papel de la Historia y de las prácticas científicas en la educación", *Éndoxa: Series Filosóficas*, núm. 14, 2001, pp. 289- 306.

¹⁵ *Ibidem*.

currículos de los profesionales de la salud especializados en la atención del parto (enfermería, medicina, partería) para pensar el parto en un contexto cultural complejo.

Finalmente, con este estudio espero poder atender al interés personal de asumir la responsabilidad moral y ética que tenemos como investigadores/as de participar en la difusión de una imagen de la construcción social de la ciencia con el fin de que se reconozcan sus alcances y sus limitaciones¹⁶. Con esta investigación también me uno al reclamo académico de contar con trabajos empíricos que abonen a reconocer el carácter histórico de la ciencia pero que además permitan entender su complejidad. Al mismo tiempo, apuesto a que se convierta en una herramienta teórica- empírica para quienes participan activamente en movimientos sociales que demandan una práctica médica de la atención del parto distinta a la que hoy en día prevalece en los hospitales ya que, como afirma Ian Hacking¹⁷, una tesis sobre la construcción social del conocimiento permite reconocer que un determinado conocimiento puede ser de otra manera.

¹⁶ León Olivé, *El bien, el mal y la razón: Facetas de las ciencias y la tecnología*, Paidós/ UNAM, México, 2000, p. 15.

¹⁷ Ian Hacking, *¿La construcción social de qué?*, Paidós Ibérica, España, 2001, p. 20

Bibliografía

A

- Acebes Abundio, *Medicina maternal o guía de las madres: para cuidar en su preñez y cuidar a sus hijos durante la primera infancia*, México, Antigua Imprenta de Dionisio Rodríguez, 1877.
- “Acta de la sesión ordinaria verificada el viernes 18 de septiembre de 1903”, *El Observador Médico*, Segunda época, núm. 19, tomo III, México, 1903.
- “Acta de la sesión ordinaria verificada el viernes 26 de agosto de 1904”, *El Observador Médico*, Segunda época, 1904, pp. 344- 347.
- “Acta de la sesión ordinaria verificada al viernes 27 de abril de 1906”, *El Observador Médico*, Segunda época, tomo VI, septiembre 15, 1906, pp. 107- 108.
- AFEMyA, *Reglamento del Hospital de Maternidad, remitido por la Dirección de Beneficencia Pública*, leg. 147, exp. 47, fs. 1- 21, 1881.
- Agazzi Evandro, *El bien, el mal y la ciencia. Las dimensiones éticas de la empresa científico- tecnológica*, Tecnos Ediciones, España, 1996, p. 263.
- Agostoni Claudia, “Introducción”, en: Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar, Enfermedad y sociedad en México siglos XIX y XX*, UNAM/BUAP, México, 2008, pp. 5- 32.
- _____, “Médicos y parteras en la Ciudad de México durante el porfiriato”, en: Gabriela Cano y Georgette Valenzuela (coords.), *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, México, UNAM/PUEG, 2001, pp. 71- 95.
- _____, “Médicos científicos y médicos ilícitos en la Ciudad de México durante el Porfiriato”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol. 19, 1999, pp. 13- 31.
- Alcorta Genaro, "Diagnóstico del aborto.- Su importancia legal, *Gaceta Médica de México*, tomo XVII, núm. 2, 1882, p. 23- 25.
- Alanís Mercedes, *El Hospital de Maternidad e Infancia 1861-1905, Los inicios de la medicalización de la obstetricia en la ciudad de México*, Tesis de Maestría, Instituto de Investigaciones Dr. María Luis Mora, 2007.
- _____, “Una cuestión de parteras y médicos en el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México 1861-1905”, *Boletín Mexicano Historia y Filosofía de Medicina*, vol. 12, núm. 2, 2009, pp. 63- 68.
- Alonso Pablo, Ezquerro Olga, Fargues Isabel, García José Ma., Marzo Mercé, Navarra Monserrat, Pardo Jordi, Subirana Mireira y Urrutia Gerard, *Enfermería Basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados*, Ediciones DAE, España, 2004.

Amaral Jaime Arias y Ramos María Guadalupe, *Mujer y Medicina: la historia de Matilde Petra Montoya Lafragua*, *Medicina Interna de México*, núm. 5, vol. 27, 2011, pp. 467-469.

Andara Enrique, *La formación del espacio público en América Latina*, Anuario Grhial, Venezuela, núm. 3, 2009, pp. 17- 38.

Arámburu Domingo, “Introducción de una cáscara de piñón en la laringe, colocándose debajo de las cuerdas bucales, en un niño de año y cuatro meses.- extracción.- Traqueo- laringotomía crico-tiroideana”, *Gaceta Médica de México*, tomo II, núm. 19, México, 1866, pp. 151- 156.

Arrom Silvia, *Las mujeres de la ciudad de México, 1790- 1857*, México, Siglo XXI, 1988.

B

Baeza Manuel Antonio, “Orígenes de la pediatría institucional: el Hospital de Maternidad e Infancia de la Ciudad de México en el siglo XIX”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, núm. 1, vol. 74, 2017, pp. 70- 78.

Bailón Fabiola, “Las garantías individuales frente a los derechos sociales: una discusión porfiriana en torno a la prostitución”, en: Julia Tuñón (comp), *Enjaular los cuerpos, Normativas decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México, 2008, pp. 327- 375.

Bandera, “De las causas de la muerte por el cloroformo”, *Gaceta Médica de México*, núm. 3, tomo XXIV, México, 1899, p. 42- 45.

Barragán Miguel, *Ligeros apuntes sobre el infanticidio en México*. Tesis que para obtener el título de Médico Cirujano, México, UNAM, 1883.

Barreiro Manuel, *Profilaxia de las enfermedades puerperales y proyecto de Maternidad*, Tesis de grado, México, 1889.

Barrera María, “Un caso de versión por maniobras externas (Leído en la Sociedad Médica)”, *Periódico dedicado a las Ciencias Médicas*, núm. 6, tomo XIII, México, 1895, pp. 124- 125.

Bazant Mílada, *Historia de la Educación durante el Porfiriato*, México, El Colegio de México, 2002.

Beck Ulrich, *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Paidós, España, 2006.

Bejarano Luis, *Algunas consideraciones sobre la embriotomía*, Tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Facultad de Medicina de México, México, 1899.

- Belli Laura, "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos", *Revista Redbioética/UNESCO*, núm. 7, vol. 1, 2013, pp. 25- 34.
- Bellón Silvia, "La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica", *Revista Dilemata*, núm. 18, 2015, pp. 93- 111.
- Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Hospital General, AHSS, leg. 2, exp. 31.
- Bernal Ignacio, *Correspondencia de Nicolás León con Joaquín García Icazbalceta*, México, UNAM, 1982.
- Blaut James, *The colonizer's model of the world. Geographical diffusionism and eurocentric history*, The Guilford Press, Nueva York/ Londres, 1993.
- Bloch Marc, *Introducción a la Historia*, Fondo de Cultura Económica (FCE), México, 2008.
- Bosse Abraham, "L'Accouchement (El encuentro)", Museo *Des Beaux-Arts*, Paris, 1633.
- Bourdieu Pierre, *El sentido práctico*, Siglo XXI, España, 2007.
- _____, *El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y la reflexividad*, Anagrama, Barcelona, 2003.
- _____, *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, Distribuciones Fontamara y Editorial Laia, México, 1998.
- Boyer Richard, "Las ciudades mexicanas: perspectivas de estudio en el siglo XIX", *Historia Mexicana*, núm. 2, vol. XXII, 1972, pp. 142- 159.
- Bravo Carolina, "Entre el relato histórico y la Historia como devenir en la perspectiva del análisis del discurso: el Manual de Obstetricia para el uso de la Matrona 1898", *Contextos*, núm. 26, 2011, pp. 13- 29.
- Burke Peter, *Historia social del conocimiento. De Gutenberg a Diderot*, Paidós Orígenes, España, 2002.

C

- Cabral Juan, "Embarazo gemelar.- parto manual.- hemorragia.- salvación de la madre y de los dos niños por el Sr. Rodríguez", *Gaceta Médica de México*, núm. 11, tomo V, 1870, pp. 174- 176.
- Calderón Aristeo, *Paralelo entre la operación cesárea, la operación de Porro y la embriotomía*, Tesis para el examen profesional de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Escuela de Medicina de México, México, 1891.
- Campa F. de P., *Tratado completo de obstetricia*, España, 1878

- Campos María del Socorro, *La colaboración médico- artesano en México y Cuba (1850-1910). El caso del instrumental médico*, Tesis de Maestría, UNAM/Facultad de Filosofía y Letras, México, 2005.
- Capetillo Ignacio, "Eclampsia puerperal-parto provocado por el procedimiento de Kiwish, modificado por varios médicos mexicanos.- muerte de la madre y del producto.- autopsia. Por los Sres. Ortega(A) y Rodríguez", *Gaceta Médica de México*, núm. 17, tomo V, 1870, pp. 277-282.
- _____, "Consideraciones acerca del valor diagnóstico de la pelvimetría externa", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XIV, 1879, pp. 3- 7.
- "Casa de Maternidad", Cervantes Apolonia. Dirección General de la Beneficencia del Distrito Federal", AHSS, casillero 2, caja 74, exp. 79, 1880.
- _____, *La independencia*, núm. 31, tomo I, México, 5 de abril de 1861.
- _____, *Pájaro Verde*, núm. 139, tomo IV, México, 12 de Junio de 1866, pp. 2- 3.
- Casado Ignacio, *Cultura material y renovación metodológica de la historia*, Contribuciones a las ciencias sociales [en línea], última actualización 2009. <www.eumed.net/rev/ccss/06/icg14.htm> [Consulta: 8 de Noviembre, 2015].
- Castro Roberto, "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, 2014, pp. 167- 197
- _____, *Violencia contra mujeres embarazadas: Tres estudios sociológicos*, Cuernavaca, UNAM, México, 2004.
- Cárdenas Margarita y Zárate Rosa, "La formación y la práctica de la Enfermería en México", *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, núm. 2, tomo 19, 2001, pp. 92- 102.
- Carral Francisco de P., *El tiempo como indicación de intervenir en obstetricia*. Escuela Nacional de Medicina de México, México, 1895.
- Carreño Manuel, *Manual de Carreño. Urbanidad y Buenas Maneras*, Nueva Imagen, México, tercera ed., 2016.
- Carrillo Ana María, *Matilde Montoya: primera médica mexicana*, México, Documentación y Estudios de Mujeres AC, 2002.
- _____, "Parirás con alegría... Un estudio sobre la resistencia de las parteras tradicionales en México", Tesis de Licenciatura, México, UNAM, 1988.
- _____, "Nacimiento y muerte de una profesión", *Dynamis, Acta Hispanoamericana de Medicina*, vol. 9, núm. 2, 1999, pp. 167- 190.
- _____, "Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del Siglo XIX", *Asclepio*, vol. L-2, 1998, pp. 149- 168.

- Casares Antonio, “Lógicas y contextos en la construcción de las ciencias. Los contextos de modelización en la filosofía de la ciencia”, *Revista de filosofía*, núm. 65, 2009, pp. 1-19.
- Castañeda Carmen, *Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX*, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina/CESU/UNAM, México, 1988.
- Chacón Agustín, *Ligero estudio comparativo de los principales procedimientos de embriotomía*, Tesis presentada al Jurado Calificador en el examen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia. Facultad de Medicina de México, México, 1883, pp. 16-17.
- Chávez Juan, *De algún recurso para proteger las partes maternas en la operación de la embriología*, Tesis para el examen de Medicina, Cirujía y Obstetricia, Escuela Nacional de Medicina, México, 1898.
- Cházaro Laura, “Cuerpos heridos, conocimiento y verdad: las heridas entre la medicina y la jurisprudencia”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, núm. 6, 2006.
- _____, “El fatal secreto: Los fórceps médicos y las pelvis mexicanas siglo XIX”, en: Laura Cházaro y Rosalinda Estrada (eds.), *El umbral de los cuerpos, Estudios de antropología e historia*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/El Colegio de Michoacán, Puebla, 2005, pp. 145-198.
- _____, “Los esfigmógrafos: de Francia a México, de la clínica al instituto”, *Débats* [el línea], última actualización: 2007. <<http://nuevomundo.revues.org/3092#bibliography>> [Consulta: 20 de enero, 201].
- _____, “Los instrumentos en la medicina científica”, *Ciencia*, México, 2012, pp. 64-71.
- _____, “Los instrumentos matemáticos en la Nueva España: circulación, usos y transformaciones de la medición”, *Gaceta de la Real Sociedad Matemática Española*, núm. 4, vol. 14, 2011, pp. 739-752.
- _____, “Mexican Women’s Pelves and Obstetrical Procedures: interventions with forceps in late 19 th century Medicine”, *Feminist Review*, núm. 79, 2005, pp. 100-115.
- _____, “Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México”, *Dynamis, Acta Hispanica as Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 24, 2004, pp. 27-51.
- _____, “Recorriendo el cuerpo y el territorio nacional: instrumentos, medidas y política a fines del siglo XIX en México”, *Memoria Social*, núm. 27, vol. 13, 2009, pp. 101-119.
- Connell Roberto, “La organización social de la masculinidad”, en: Teresa Valdés y José Olavarría, (eds), *Masculinidad/es, Poder y crisis*, Chile, ISIS Internacional/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), 1997, pp. 31-48.

"Contra Dolores García por infanticidio", Juzgado cuarto de instrucción en el ramo criminal, AGN, exp. 10, número de partida 325, caja 703, galería 6, noviembre 15, 1880.

"Convento de Santa Clara", *La independencia*, núm. 67, tomo I, México, 17 de Mayo de 1861.

Cordero Ernesto y Sanfilippo José, *A los cincuenta años de su muerte. Diego Rivera y la medicina mexicana*, México, UNAM, 2008.

Covarrubias Esmeralda, Salas Flora y Meléndez Lucia, "Y salí del hospital con mi hija y un gran dolor en el corazón: Reflexiones en torno a la violencia en la atención hospitalaria del parto", *Revista Miradas Antropológicas*, 2012, pp. 89-105.

Crispín Margarito, *Hospital de Maternidad e Infancia: una perspectiva histórica de un centro de beneficencia pública de finales del siglo XIX. La Atención Materno Infantil, apuntes para su historia*, Secretaría de Salud, México, 1993, pp. 95- 115.

"Crisóforo Tamayo", *Pájaro Verde*, núm. 5, tomo I, México, 10 de Enero de 1861, p. 3.

Cuevas Leticia y Guillén Dulce, "Breve Historia de la Enfermería en México", «*Cuidarte El Arte del Cuidado*», núm. 1, vol. 1, 2012, pp. 73- 80.

D

Delgado, "Apuntes para la historia de la operación cesárea en general y en la República Dominicana en particular: su significado en la obstetricia", *Acta Médica Dominicana*, núm. 4, vol. 7, No. 4, 1985, pp. 129- 135.

Den Hertog, De Groot y Van Dongen, Historia y uso de oxitócicos, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 94, 2001, pp. 315- 319.

Dear Peter, *The Intelligibility of Nature. How Science Makes Sense of the World*, Universidad de Chicago, Estados Unidos de América (EEUU), 2006, 254 pp.

Díaz de Kuri Martha, *El nacimiento de una profesión. La odontología en el siglo XIX en México*, México, FCE/UNAM, 2012.

Díaz Laura y Oropeza Luciano, "Las parteras de Guadalajara, México en el siglo XIX: el despojo de su arte", *Dynamis, Acta Hispanoamericana de Medicina*, vol. 27, 2007, pp. 237-261.

Domínguez Manuel, "Reflexiones sobre un error de diagnóstico en un caso de embarazo", *Gaceta Médica de México*, núm. 11, tomo VI, 1871, pp. 189- 199.

Duges, "Embarazo extrauterino", *El observador médico*, 2da época, núm. 13, tomo I, 1901, pp. 198- 200.

Duque de Estrada Juan, *Estudios obstétricos del profesor Doctor D. Juan Duque Estrada publicados de 1897 a 1919*", Imprenta Murguía S.A., México, 1955.

_____, *Contribución al estudio de las deformaciones pélvicas en México*, Tip. y Lit, "La Europea" de J. Aguilar Vera y Compañía (S. en C.), México, 1901.

E

Echeverría Javier y Álvarez Francisco, "Hacia un filosofía de las prácticas científicas: de las teorías a las agendas científicas", en: José Esteban y Sergio Martínez (comps.), *Normas y prácticas en la ciencia*, UNAM/Instituto de Investigaciones Filosóficas, México, 2008, p. 235- 257.

Ehrenreich Barbara y English Deirdre, *Brujas, parteras y enfermeras*, EU, The Feminist Press, 1973.

Esesarte Manuel, *Estudio etiológico y estadístico sobre nacidos- muertos formado con datos recogidos en la Casa de Maternidad*, México, Tesis, Facultad de Medicina de México, 1882.

Esposito Roberto, *Inmunitas. Protección y negación de la vida*, Buenos Aires, Amorrortu Editoriales, 2005.

Esteban José y Martínez Sergio, "Introducción", en: José Esteban y Sergio Martínez (comps.), *Normas y prácticas en la ciencia*, UNAM, México, pp. 5- 17.

Estrada Rosalina, "La prostitución en México, ¿una mirada francesa?", en: Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*. UNAM/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), México, 2008, pp. 163- 194.

Evenden Doreen, *The Midwives of Seventeenth- Century London*, EEUU, Universidad de Cambridge, 2000.

F

Fajardo Guillermo y Fajardo Germán, "Historia de la cama de hospital. Investigación en diversos lugares y tiempos", *Gaceta Médica de México*, núm. 3, vol. 146, México, 2010, pp. 219-224.

Fernández Teresa, Carmen Ramos y Susie Porter (coords.), *Orden social e identidad de género, México, siglo XIX y XX*, México, CIESAS/Universidad de Guadalajara, 2006, pp. 267- 297.

Fleck Ludwik, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, Alianza Editorial, Madrid, 1986.

- Flores Florencio, *Ligeros apuntes de pelvimetría comparada*. Tesis para el examen general en medicina, cirugía y obstetricia, Facultad de Medicina de México, México, 1881.
- Flores Francisco, *El himen en México*. Escuela de Medicina, México, Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1885.
- _____, *Historia de la Medicina en México desde la época de los Indios hasta la presente*, Secretaría de Fomento, México, tomo I, 1886.
- Fondo Escuela de Medicina y Alumnos, AHFM-UNAM., leg. 123, exp. 1, foja 77- 8, 1854.
- Foucault Michel, "Incorporación del hospital a la tecnología moderna", en: Michel Foucault, *La vida de los hombres infames*, Altamira, Argentina, 1996.
- Fox Evelyn, *Reflexiones sobre género y ciencia*, Ediciones Alfons El Magnánima, España, 1991.
- Franco Avelino, Álvarez Julián y Cortés Joaquín, *Historia de la Anestesia en España 1847-1940*, Ediciones Arán, España, 2005.
- Franco Jean, *Las conspiradoras. La representación de las mujeres en México*, Trad. Mercedes Córdoba, Fondo de Cultura Económica (FCE)/El Colegio de México, México, 1993.
- Franco Nicolás, *El tacto vaginal durante el trabajo de parto*, Tesis que para obtener el título de Médico Cirujano, Facultad de Medicina de México, México, 1885.
- Fuentes María, *Mujeres y salud desde el sur, Experiencias y reflexiones desde una perspectiva de género*, Icaria Editorial, España, 2005.

G

- Gaebo Samuel, "Medio para acelerar y provocar el parto", *La Escuela de Medicina*, núm. 24, tomo XVII, México, 1902, pp. 553- 560.
- Gallego Gloria, Margalida Miró, Pilar Ferrer, y Denise Gastaldo, Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: el manual de Damiá Carbó", *Enfermagem*, núm. 4, vol. 14, 2005, pp. 601- 607.
- Galindo José, "Observación de distocia", *El observador médico*, núm. 12, México, 1870, pp. 177- 179.
- Galván Luz, *La educación superior de la mujer en México: 1876- 1940*, México, Cuadernos de la Casa Chata, 1985.
- García Ana, *El fracaso del amor. Género e individualismo en el siglo XIX mexicano*, México, El Colegio de México/Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), 2006.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Informe sobre el Grupo de Información en Reproducción Elegida en México, *Omisión e indiferencia, Derechos Reproductivos en México* [en línea], última actualización 2009. <<http://www.gire.org.mx/>> [Consulta: 11 de julio, 2017].

"Gobernación", AGN, s/sección, exp. 12, 1874.

Godfrey Guillaumin, Normativismo histórico, una propuesta sobre la génesis de la normatividad epistémica de la ciencia, en: José Esteban y Sergio Martínez (comps.), *Normas y prácticas en la ciencia*, UNAM, México, 2008, pp. 111- 127.

Gómez José, "Operación del Porro", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXXIV, México, 1897, pp. 381- 394.

_____, "Una observación de hemorragia cerebral durante el parto", *Gaceta Médica de México*, núm. 15, tomo XXXVI, México, 1899, pp. 610- 617.

Gómez Luis y García Norma, "De parteras a enfermeras, la institucionalización de la enfermería en el Colegio del Estado", *Gaceta Histórica de la BUAP*, núm. 2, 2010.

González Francisco, *Partir es morir un poco*, UNAM, México, 1996.

González Irene, "La cesárea", *Revista de Iconografía Medieval*, núm. 10, vol. V, 2013, pp. 1- 15.

González María, "Educación de la mujer en el siglo XIX mexicano", *Tiempo Cariátide*, 1841, pp. 53- 58.

González Regina y Almeida Ma. Guadalupe, "El Protomedicato", pp. 314- 315. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/700/21.pdf>

Gorbach Frida, *El monstruo, objeto imposible. Un estudio sobre teratología mexicana*, Siglo XIX, México, 2008.

_____, "La Histeria en México. Una reflexión en torno a la Historia", en: Frida Gorbach y Carlos López (eds.), *Saberes locales. Ensayos sobre historia de la ciencia en América Latina*, El Colegio de Michoacán, México, 2008, pp. 147- 165.

_____, "From the uterus to the brain: Images of hysteria in nineteenth- century", *Feminist Review*, núm. 79, pp. 83- 99.

Gorbach Frida y López Carlos, "Introducción. Apuntes para ubicar nuestras historias de las ciencias", en: Frida Gorbach, Carlos López (eds.), *Saberes locales. Ensayos sobre historia de la ciencia en América Latina*, El Colegio de Michoacán, México, 2008, p. 11- 38.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Informe sobre el Grupo de Información en Reproducción Elegida en México, *Omisión e indiferencia, Derechos*

Reproductivos en México [en línea], última actualización 2009. <<http://www.gire.org.mx/>> [Consulta: 11 de julio, 2017].

Granjas Josefina, "Los saberes sobre la educación en los discursos científicos en México en la segunda mitad del siglo XIX", *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 7, núm. 14, 2002, pp. 155- 179.

"Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada", CENETEC, México, 2013.

Gutiérrez Manuel, "¿Cuál es el mejor tratamiento en los casos de parto en posición occipito-posterior?", *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 2, tomo II, México, 1897, pp. 41-52.

_____, "Dictamen de la Comisión de Obstetricia sobre la Memoria del Sr. Dr. D. José Gómez", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXXIV, México, 1897, pp. 394- 401.

_____, "Sinfiseotomía", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXIX, México, 1893, pp. 1- 6.

Gutiérrez y Zavala Manuel, *La fiebre puerperal es un envenenamiento séptico*, Tesis para el examen profesional de Medicina y Cirugía, Escuela de Medicina de México, México, 1872.

H

Hacking Ian, *¿La construcción social de qué?*, Paidós Ibérica, España, 2001.

Harding Sandra, *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata, España, 1996, pp. 149- 153.

Hernández Daniel, Flores Javier y Echavarría Laura, "Sin pecado concebido. Sida y embarazo en el libro de sexto de ciencias naturales", *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 16, núm. 49, 2011, pp. 471- 488.

Herrera, Sosa y Garay, "Rápida ojeada sobre el estado que actualmente guarda la enseñanza teórico- práctica de la medicina en la capital de la República", *La Escuela de Medicina*, núm. 21, tomo IV, 1880, pp. 1- 5.

Hidalgo Luis y Ruíz Gustavo, *Compendio de Medicina Legal Arreglado a la Legislación del Distrito Federal*, tomo I, Imprenta de Ignacio Escalante, México, 1877.

Hurtado Francisco, "Ginecología.- vicio pélvico.- presentación transversa", *Gaceta Médica de México*, núm. 3, tomo XXVIII, México, 1892, pp. 81- 88.

I

"Instituto para niñas", *Pájaro Verde*, México, 31 de diciembre de 1886.

K

Kapelusz Ana, "Las nociones de género y la construcción de un discurso científico, la Escuela de Medicina de Morelia y la regulación del trabajo de las obstetras", en: Ma. Teresa Fernández, Carmen Escandón y Susan Porter (eds.), *Orden social e identidad de género: México, siglo XIX y XX*, CIESAS/Universidad de Guadalajara, 2006, pp. 247- 297

Karchmer Samuel, "La Ginecología y la Obstetricia", en: Hugo Aréchiga y Juan Somolinos (comps.), *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*, Academia Nacional de Medicina/Academia de la Investigación Científica/FCE, México, 1993, p. 179- 285.

Knibiehler Yvonne, *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*, Trad. Paula Mahler, Argentina, Ediciones Nueva Visión SAIC, 2000.

L

"La primera cesárea en México de la Revista Extranjera Prensa Americana", *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 7, tomo II, México, 1897, pp. 275- 276.

Latour Bruno y Woolgar Steve, *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*, Editorial Alianza, España, 1995.

Latour Bruno, *Pasteur. Una ciencia, un estilo, un siglo*, Siglo veintiuno, México, 1995.

Laqueur Thomas, *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Cátedra, Madrid, 1994.

Lave Jean, *Cognición y desarrollo humano*, Paidós, México, 1991.

Lazos Gustavo, "El mesmerismo y la bioelectricidad del sistema nervioso central", *Archivos de Neurociencia*, núm. 4, vol. 13, 2008, pp. 252- 254.

Le Breton David, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2002.

Lemus Jesús, *Estudio clínico de la anestesia quirúrgica*, Tesis de grado, Escuela de Medicina, México, 1880.

León Nicolás, "La historia de la obstetricia en México", *Secretaría de Instrucción Pública*, México, 1910.

Ley orgánica de 19 de marzo de 2007, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [en línea], *Gaceta oficial*, núm. 38 647, última actualización 2011.

<http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf> [Consulta: 17 de agosto, 2015].

“Lista de los Médicos, Farmacéuticos, Parteras y Dentistas que se recibieron en la Escuela N. de Medicina de México durante el año de 1888”, *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXIV, México 1889, pp. 17- 18.

Lindemann Mary, *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna, 1500-1800*, España, Siglo XXI de España, 2000.

Longino Helen, *Science as social knowledge. Values and Objectivity in Scientific Inquiry*, Universidad Princeton, Nueva Jersey, 1990.

López Oliva, *De la Costilla de Adán al útero de Eva: El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*, UNAM, México, 2007.

_____, *La profesionalización de la gineco- obstetricia y las representaciones técnico- médicas del cuerpo femenino en la medicina de la Ciudad de México (1850-1900)*, Tesis doctoral, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2004.

Lundy Braun, *Breathing race into the machine. The surprising career of the spirometer from plantation to genetics*, Universidad de Minnessota, Londres, 1999.

M

Madrid Carlos, “Como hacer ciencia con aparatos, Un enfoque materialista de la física cuántica”, *Empiria Revista de Metodología de la Ciencias Sociales*, núm. 18, 2009, pp. 147- 170.

Malvido Elsa, “Las Hermanas de la Caridad en México en el siglo XIX”, en: José Hernández (coord.), *Enfermedad y muerte en América y Andalucía (siglos XVI- XX)*, España, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp. 427- 444.

Marland Hilary, *Dangerous Motherhood, Insanity and Childbirth in Victorian Britain*, Palgrave Macmillan, Londres, 2004.

_____, (ed.), *The art of midwifery: Early Modern Midwives in Europe*, Routledge, Londres, 1993.

Marrón Manuel, “Historia de la anestesia gineco- obstétrica en México”, *Revista Anestesiología*, vol. 36, núm. 3, 2013, pp. 212- 218.

Martínez del Río, “Algo sobre Higiene Puerperal”, *Gaceta Médica de México*, núm. 15, tomo XII, 1877, pp. 277-283.

_____, “Infecciones hipodérmicas de éter sulfúrico para combatir la hemorragia puerperal”, *Gaceta Médica de México*, núm. 14, tomo XII, 1877, pp. 261- 262.

_____, “La anestesia en la práctica de la obstetricia”, *Gaceta Médica de México*, núm. 24, tomo XIII, México, 1878, pp. 459- 461.

- Martínez Fernando, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano. La ciencia para todos*, FCE/SEP, México, 3a ed., 2003.
- _____, “Prólogo”, en: Xóchitl Martínez, *El Hospital de San Andrés*, México, Siglo XXI, 2005.
- Martínez Sergio, “El papel de las Historia y de las prácticas científicas en la educación”, *Éndoxa: Series Filosóficas*, núm. 14, 2001, pp. 289- 306.
- _____, “La cognición corporizada en prácticas: Implicaciones para la Filosofía de la ciencia”, en: Sergio Martínez, Xiang Huang y Godfrey Guillaumin (comps.), *Historia, prácticas y estilos en la filosofía de la ciencia. Hacia una epistemología plural*, Miguel Ángel Porrúa/UAM-I, México, 2011, pp. 217-234.
- _____, *Geografía de las prácticas científicas*, UNAM, México, 2003.
- Martínez Sergio y Xiang Huang, “Introducción. Hacia una filosofía de la ciencia centrada en prácticas”, en: Sergio Martínez, Xiang Huang y Godfrey Guillaumin (comps.), *Historia, prácticas y estilos en la filosofía de la ciencia. Hacia una epistemología plural*, Miguel Ángel Porrúa/UAM-I, México, 2011, pp. 5- 63.
- Martínez Xóchitl, *El hospital de San Andrés. Un espacio para la enseñanza, la práctica y la investigación médica, 1861- 1904*, México, Hospital General de México/Centro Médico Siglo XXI, 2005.
- McIntosh Tania, *A social History of Maternity and Childbirth*, Routledge, Gran Bretaña, 2012.
- McTavish Lianne, “On Display: Portraits of Seventeenth-century French Men-midwives”, *The Society for the Social History of Medicine*, núm. 3, vol. 14, 2001, pp. 389- 415.
- “Médico, cirujano y partero”, *Pájaro Verde*, núm. 44, tomo I, México, 26 de Febrero de 1861, p. 4.
- Medina Antonio, *Cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente llaman comadres, en el oficio de partear*, Madrid. Biblioteca Histórica de la Universidad Complutense de Madrid, 1806.
- Mejía Demetrio, “Cauterización actual revulsiva y anestesia perfecta local”, *Gaceta Médica de México*, núm. 2, tomo XXXIV, México, 1897, pp. 58- 66.
- _____, “Mesa portátil”, *Gaceta Médica de México*, núm. 19, tomo XXVI, México, 1891, pp. 385- 387.
- _____, “Un caso importante de ruptura de la matriz”, *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXII, México, 1887, pp. 80- 84.
- _____, “Rasgaduras perineales”, *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 16, tomo I, México, 1896, p. 599- 600.
- Memorias del Hospital de Maternidad e Infancia 1883- 1884, Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento, México, 1885.

- Méndez Arturo, "Discurso", *El Observador Médico*, núm. 16, tomo VI, 1907, pp. 271- 278.
- Mercado Miguel, Reglamento a que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de la de su profesión, *Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación*, 1892, pp. 1-8.
- "Ministerio de Relaciones y Gobernación", AGN, exp. 4, 17 de Enero, 1862.
- Montesinos Rafael (coord.), *Perfiles de la masculinidad*, México, UAM/Plaza y Valdés Editores, 2007, pp. 181- 230.
- Mora Silvera, "La mujer y la investigación científica: el caso Venezuela", en: Jorge Valdivieso, Teresa Valdivieso y Enrique Ruiz (eds.), *Presencia de la mujer hispana en las letras, las ciencias y las artes*, Orbis Press, Arizona, 2004, pp. 128- 139.
- Moral de Calatrava Paloma, "La «mujer cerrada»: La impotencia femenina en la Edad Media y el peritaje médico-legal de las parteras", *Dynamis, Acta Hispanica as Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, núm. 2, vol. 3, 2013, pp. 461- 483.
- Morales Moisés, "La atención médica del recién nacido en el Hospital de Maternidad e Infancia de México siglo XIX", *Revista Mexicana de Pediatría*, núm. 6, vol. 76, 2009, pp. 17- 23.
- Moscucci Ornella, *The science of woman, Gynecology and gender in England 1800-1929*, Universidad de Cambridge, EEUU, 1990.
- Muñiz Elsa, "En Busca de la belleza: ¿Perfección o ficción?", en: Javier Eloy y Téllez Anastasia (eds.), *Cuerpo y cultura*, Icaria, España, 2010, pp. 55- 78.

N

- Naidoo Jennie y Wills Jane, *Foundations for Health Promotion, Public Health and Health Promotion Practice*, Elsevier, Gran Bretaña, 2000.
- "Necrología. El Doctor José Ferrer Espejo", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XVI, 1881, p. 48.
- Nery María, "Assisted birth in 19th century Bahia", *História, Ciências, Saúde*, núm. 4, vol. 15, 2008, pp. 901- 925.
- Núñez Fernanda, "Imaginario médico y práctica jurídica en torno al aborto durante el último tercio del siglo XIX", en: Agostoni Claudia (coord.), *Curar, sanar y educar, Enfermedad y sociedad en México siglos XIX y XX*, UNAM/ BUAP, México, 2008, pp. 127- 161.
- _____, *La prostitución y su represión en el siglo XIX en la ciudad de México, Prácticas y representaciones*, Gedisa, Barcelona, 2009.
- _____, "Los secretos para un feliz matrimonio, Género y sexualidad en la segunda mitad del siglo XIX", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, 2007, pp. 5- 32.

Núñez Saydi, “Discursos y representaciones sobre mujeres criminales en la prensa porfiriana: entre sensacionalismo y moralización”, *Persistencia y cambio. Acercamientos a la historia de las mujeres en México*, El Colegio de México, México, 2008.

O

Ocaranza Fernando, *Historia de la medicina en México*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), 2011.

Olivé León, *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y la tecnología*, Universidad Autónoma de México (UNAM)/Paidós, México, 2004.

Olvera José, “Discurso pronunciado el día 3 de Julio de 1871 en la sesión pública, celebrando el tercer aniversario de la instalación de la Sociedad Médica Pedro Escobedo”, *El Observador Médico*, núm. 22, tomo I, México, 1871.

_____, “Observación de una luxación del sacro que fue causa de distocia. Muerte de la madre y del feto”, *El Observador Médico*, México, núm. 8, tomo I, 1870, pp. 125-127.

Ordenanzas del Ejército y Armada de la República Mexicana, Legislación Mexicana, De las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la República ordenada por los licenciados Manuel Dublan y José María Lozano, Edición Oficial, tomo XVII, México, Imprenta del Comercio de Dublan y Chávez, a cargo de M. Lara (hijo), 1897.

Ortega Aniceto, “Entuertos”, *Gaceta Médica de México*, núm. 8, tomo III, 1867, pp. 115-124.

Ortega Lorenzo, *De la anestesia y su aplicación en el parto*, Tesis de grado, Escuela de Medicina, México, 1869.

Ortega Ricardo, “Camilla Mexicana”, *Gaceta Médica de México*, núm. 18, tomo XXXI, México, 1894, pp. 421- 422.

Ortiz Alfonso, “Hemorragias post- partum”, *Gaceta Médica de México*, núm. 4, tomo XXVII, México, 1892, pp. 139- 146.

Ortiz Teresa, “El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer”, en: Elvira Ramos (coord.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*, Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, España, 2002, pp. 29-42.

_____, “Las matronas y la transmisión de los saberes científicos sobre el parto en la España del S. XIX”, *Revista de historia de mujeres*, núm. 1, vol. 6, pp. 55-79.

Ortiz Teresa y Rosado Luisa, “Una matrona en España ilustrada”, *Dynamis Acta Hispanica Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam*, vol. 12, 1992, pp. 323- 346.

Ortiz Teresa y Sánchez Lola, “La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII- XVIII”, en: Pilar Ballarín y Cándida Martínez (eds.) *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*, Granada, Universidad de Granada, 1995, pp. 239- 246.

Osorio Dolores, “Para hacer completa la exploración vaginal y cervical en el puerperio es indispensable el espejo”, *El Observador Médico*, núm. 12, tomo V, 1905, pp. 178- 182.

P

Páez Gonzalo, *Breve estudio acerca de la acción del cloroformo sobre la mujer en trabajo de parto y sus indicaciones*, Tesis Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, 1886.

Parcero María de la Luz, *Condiciones de la mujer en México durante el siglo XIX*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), 1992.

Paver Luis, *Estudio sobre el cloroformo*, Tesis para el examen profesional de Farmacia, Escuela Nacional de Medicina, México, 1870.

Peori del Valle Juan, “Infecciones puerperales por recargo intestinal”, *El Observador Médico*, núm. 8, tomo 1, México, 1901.

Pera Cristóbal, *Pensar desde el cuerpo. Ensayo sobre la corporeidad humana*, Triacastela, España, 2006.

Pérez Eulalia y Alcalá Paloma, “Introducción”, en: Pérez Eulalia y Alcalá Paloma (coords.), *Ciencia y Género*, Universidad Complutense de Madrid, España, 2001, pp. 11- 24.

Pérez Iñiga y Castañeda Cristina, *Antecedentes históricos de las parteras en México*, *Enfermería Avanzada*, 2012, pp. 1- 16.

Pérez Juan, Abejón David, Ortiz José y Pérez Jesús, “El dolor y su tratamiento a través de la historia”, *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, núm. 6, vol. 12, 2005, pp. 373- 384.

Pérez Luz, “La partería, en Medicina novohispana Siglo XVIII”, en: Martha Rodríguez y Xóchitl Martínez (coords.), *Historia general de la medicina en México, siglo XVIII*, tomo IV, UNAM, México, 1990, pp. 223- 225.

Pickering Andrew, "From Science as Knowledge to Science as Practice", en: Andrew Pickering (ed.), *Science as Practice and culture*, La Universidad de Chicago, EEUU, 1992, pp. 1- 28.

_____, *The mangle of practice: Time, agency, and science*, Universidad de Chicago, Londres, 1995.

Pinard Adolfo, "De la exploración externa", *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 16, tomo II, 1897.

Porter Susie, *Mujeres y trabajo en la Ciudad de México, Condiciones materiales y discursos públicos (1879- 1931)*, Trad. María Palomar Vereza, México, El Colegio de México, 2003.

"Profesora examinada", *Pájaro Verde*, núm. 50, tomo I, México, 12 de Septiembre, 1863, p. 4.

"Profesora de Partos", *Pájaro verde*, núm. 27, tomo V, México, 27 de Abril, 1867, p. 3.

"Programa para el año escolar 1889", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXIV, México, 1889, pp. 17- 18.

Pujol Juan, *Analgesia obstétrica y asepsia puerperal*, Tesis de la Facultad de Medicina de México, México, Imprenta y litografía de Juan Flores, 1888.

Q

Quiroz Lissell, "De la comadrona a la obstetricia, Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX", *Dynamis Acta Hispanica Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam*, núm. 2, vol. 32, 2012, pp. 415- 437.

Quijano Andrés, "Dos palabras a propósito de las parteras y su reglamento", *La medicina científica*, núm. 11, vol. 5, 1892, pp. 174- 176.

Quintero Julián, *Acomodamiento del feto. Diagnóstico clínico de las presentaciones y posiciones del feto por medio de la palpación abdominal*, Tesis inaugural, Facultad de Medicina de México, México, 1880.

R

Rabinbach Anson, *The Human Motor. Energy, fatigue and the origins of Modernity*, Universidad de California, EEUU, 1990.

Radkau Verena, "Por la debilidad de nuestro ser", *mujeres del pueblo en la paz porfiriana*, Secretaría de Educación Pública, México, 1989.

Ramos Carmen (coord.), *Presencia y transparencia: La mujer en la historia de México*, México, El Colegio de México, 2006, pp. 99- 112.

_____, "Señoritas Porfirianas: Mujer e ideología en el México progresista, 1880- 1910", en: Carmen Ramos (coord.), *Presencia y transparencia: La mujer en la historia de México*, México, El Colegio de México, 2006, pp. 145- 162.

- Rechy Juan, *Indicaciones en la práctica de los partos distócicos*, Tesis para el examen profesional de Medicina, México, Imprenta de Isidoro Epstein, 1874.
- “Reglamento al que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión”, *La medicina científica*, núm. 11, vol. 5, 1892, pp. 168- 169.
- “Reglamento de la Sociedad Médica «Pedro Escobedo»”, *El Observador Médico*. núm. 16, tomo III, 1903, pp. 241- 249.
- Rengel Cristóbal, “La maniobra de Kristeller: revisión de evidencias científicas”, *Matronas profesión*, núm. 3, vol. 12, marzo- mayo de 2011, pp. 82- 89.
- Restrepo Libia, *Médicos y comadronas o el arte de los partos: La obstetricia y ginecología en Antioquia 1870-1930*, EEUU/Colombia, La Carreta Editores, 2006.
- Rico Arturo, *Las fronteras del cuerpo. Crítica de la corporeidad*, México, Joaquín Mortiz, 1990.
- Ríos Mariana y Suárez Edna, “De la casa al hospital: Algunas notas sobre la historia del parto”, en: Norma Blanquez y Javier Flores (eds.), *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, México, Plaza y Valdes, 2005, pp. 17- 59.
- Rivera María del Pilar, *Mi hermano Diego*, México, SEP/Gobierno del Estado de Guanajuato, 1986.
- Rodríguez Juan, *Breves apuntes sobre la Obstetricia en México*, Tesis como candidato para la plaza de adjunto a la Cátedra de Clínica de Obstetricia de la Escuela de Medicina, Centro de Investigaciones Dr. José Lara, México, 1869.
- Rodríguez Juan María, “El cuernecillo de centeno y el zihuatlpatle”, *Gaceta Médica de México*, núm. 13, tomo IX, México, 1869, pp. 196- 200.
- _____, *Breves consideraciones sobre el cloroformo y sus indicaciones*. Tesis Escuela de Medicina, México, 1872.
- _____, “Embriotomía y evolución artificial (procedimiento de Scanzoni), Muerte de la madre”, *Gaceta Médica de México*, núm. 21, tomo V, México, 1870, pp. 333- 338.
- _____, “Clínica de obstetricia, Dos observaciones de craniotomía y cefalotripsia”, *Gaceta Médica de México*, núm. 10, tomo VII, 1872, pp. 191- 198.
- _____, *Guía Clínica del Arte de los Partos por Juan María Rodríguez*, Tercera Edición, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1885.
- _____, “Memorándum de la operación cesárea”, *Gaceta Médica de México*, núm. 15, tomo XIX, México, 1884, pp. 329- 348.
- _____, "Parto a término en una primipara de treinta y ocho años de edad, cuya pelvis está acorazada", *Gaceta Médica de México*, núm. 3, tomo VII, México, 1872, pp. 47- 58.

Rodríguez Martha, "Figura pionera en la historia de la medicina", *Revista de Investigación Clínica*, núm. 3, vol. 55, 2003, pp. 308- 321.

_____, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833- 1910. Serie: Monografías de Historia y Filosofía de la Medicina*, UNAM, México, núm. 5, 2008.

_____, "Tres médicos mexicanos y su referencia al ejercicio moral de la medicina. Segunda mitad del siglo XIX", *Cirugía y cirujanos*, núm. 3, vol. 77, 2009, pp. 241-246.

Rodríguez Martha y Zacarías Jorge, "Introducción", en: Martha Rodríguez y Jorge Zacarías, *Archivalia. El Hospital de Maternidad e Infancia en la ciudad de México, 1865- 1905. Caridad, moralidad e instrucción*, UNAM, México, 2012.

Roldán Diego, Discursos alrededor del cuerpo, la máquina, la energía y la fatiga: hibridaciones culturales en la Argentina fin-de-siéclo. *História, Ciências, Saúde, Manginhos*, núm. 3, vol. 17, 2010, pp. 643- 661.

Ruiz Ángela y Ruiz Jaime, "El dolor del parto a través de la historia", en: Alberto Vélez, Leonardo Palacios, Ángela Ruiz y Jaime Ruiz (eds.), *Lecciones de historia del dolor*, Universidad del Rosario, Colombia, 2005, pp. 45- 61.

Ruiz Juan Carlos, "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 postmortem en el período novohispano tardío", *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, núm. 94, vol. XXIV, 2003, pp. 201- 248.

S

Sacchetti Laura y Rovere Mario, *Surgimiento de la enfermería Moderna. Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género*, Argentina, El Agora, 2011.

Saénz Carlos, "¿Es la primera anestesia por inhalación administrada en Yucatán, la primera en la República Mexicana?", *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 8, México, 1985, pp. 151- 154.

Saldaña José, "La ciencia y la política en México (1850- 1911)", en: Ruy Pérez (coord.), *Historia de la ciencia en México*, FCE/CONACULTA, México, 2010, pp. 120- 199.

Samaja Juan, *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*, Lugar, Buenos Aires, 2004.

Sánchez Silvestres, "Ramón Alfaro y la anestesia mexicana", *Gaceta Médica de México*, núm. 6, vol.143, No.6, 2007, pp. 525- 529.

Santos Milton, *La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción*, Editorial Ariel, Barcelona, 2000.

Searle John, *La construcción de la realidad social*, Paidós, Barcelona, 2012.

- Secretaría de Salud, *La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2012.
- Segura Ignacio, *Aviso saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación*. Imprenta de la calle la Palma, México, 1775.
- Sennett Richard, *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*, Alianza Editorial, España, 1994.
- _____, *El artesano*, Anagrama, España, 2009.
- “Sesión del 7 de noviembre de 1888”, *Gaceta Médica de México*, núm. 1, vol. XXIV, México, 1889, pp. 22- 25.
- “Sesión del 19 de Diciembre de 1888”, *Gaceta Médica de México*, núm. 4, tomo XXIV, México, 1889, pp. 64- 72.
- “Sesión del 26 de Diciembre de 1888”, *Gaceta Médica de México*, núm. 4, tomo XXIV, México, 1889, pp.72- 78.
- “Sesión del 8 de Mayo de 1889”, *Gaceta Médica de México*, núm. 15, tomo XXIV, México, 1889, p. 298- 299.
- Shapin Steven y Schaffer Simon, *El Leviathan y la bomba del vacío. Hobbes, Boyle y la vida experimental*, Universidad Nacional de Quilmes Editorial, Buenos Aires, 2005.
- Shorter Edward, The management of normal deliveries and the generation of William Hunter, en: Porter, Roy (ed.), *William Hunter and the eighteenth- century medical world*, Universidad de Cambridge, Londres, 1985, pp. 371- 383.
- Siegemundin Justine, “Famous German midwife in her *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter* (The Court Midwife), 1690”, citado en: Harold Speert, *Iconographia Gyniatrix; a pictorial history of gynecology and obstetrics* (1973- 05- 03), 1980, p. 267.
- Sierra y Villegas Miguel, *Breves consideraciones sobre la aplicación del fórceps*, Tesis para el Examen Profesional de Medicina y Cirujía, Escuela de Medicina de México, México, 1873.
- "Sociedad Liga de Parteras, “Carta al Presidente de la República”, AHFM-UNAM, Instituto y Sociedades Médicas, exp. 1, f. 1-2, 23 Abril, 1892.
- Soriano Benito, *Breve estudio sobre el empleo del cloroformo en partos naturales*, Tesis Escuela de Medicina, México, 1884.
- Soriano Manuel, "Eclampsia puerperal- parto provocado- adherencia anormal de la placenta. Salvación de la niña- muerte de la madre", *Gaceta Médica de México*, núm. 17, tomo III, México, 1868, pp. 281-284.

_____, "Aborto-hemorragia consecutiva. Tratamiento quirúrgico", *Gaceta Médica de México*, núm. 14, tomo III, México, 1868, pp. 233-235.

_____, "Historia de la Medicina en México. Origen de la Casa de Maternidad", *Gaceta Médica de México*, núm. 4, tomo VIII, México, 1913, pp. 81- 92.

Sosa Secundino, "Discurso", *Revista Anatomía Patológica*, núm. 1, vol. 1, 1896, pp. IV-VI.

Speert Harold, *Iconographia Gyniatrix, A Pictorial History of Gynecology and Obstetrics*, Davis Company, Filadelfia, 1973.

Staples Anne, "El cuerpo femenino, embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico", en: Julia Tuñón (comp.), *Normativas decimonónicas y feminidad en México*, El Colegio de México, México, 1989, pp. 185- 226.

T

Tajonar Jesús, *La embriotomía y la operación cesárea*. Tesis inaugural que para el examen de Medicina, Cirujía y Obstetricia, Facultad de Medicina de México, México, núm. 12, 1884.

Tamayo Ruy, "El Estado y la Ciencia en México: Pasado, Presente y Futuro", en: Héctor Fix-Zamudio y Diego Valadés (coords.), *Formación y Perspectivas del Estado en México*, UNAM- Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2010, pp. 319- 349.

Thompson Guillermo, "Ciencia y arte de los partos", *Administración de la Revista Médica y Cirugía Prácticas*, Madrid, 1884.

Torres Sara y Zambrano Elvia, "Breve historia de la educación de la enfermería en México", *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, núm. 2, vol. 18, 2010, pp. 105- 110.

"Trabajos presentados a la Sociedad Médica «Pedro Escobedo» en el año de 94 a 95", *La Escuela de Medicina*, núm. 4, vol. 5, 1895, pp. 92- 93.

Troconis Luis, "Algo sobre el tratamiento de la asfixia neonatorum", *Gaceta Médica de México*, núm. 1, tomo XXXIV, México, 1897, pp. 473- 479.

_____, "Breves conceptos sobre las aplicaciones del fórceps en la extremidad pélvica", *Gaceta Médica de México*, núm. 21, tomo XXXII, México, 1895, pp. 471- 486.

Tuñón Julia, *Mujeres en México una historia olvidada*, México, Planeta, 1987.

U

Uribe Roberto, "La cirugía mexicana en Ginecología y Obstetricia durante el siglo XIX", *Cirugía y Cirujanos*, vol. 75, núm. 2, 2007, pp. 139- 144.

_____, *La invención de la Mujer, Nacimiento de una escuela médica*, BUAP/FCE, México, 2012.

_____, "Prólogo", en: Martha Rodríguez y Jorge Zacarías, *Archivalia. El Hospital de Maternidad e Infancia en la ciudad de México, 1865- 1905. Caridad, moralidad e instrucción*, UNAM, México, 2012.

V

Vértiz Ricardo, *Estudio acerca de las presentaciones y posiciones del feto*, Tesis para el examen profesional de Medicina y Cirujía, México, Imprenta de F. Díaz de León y S. White, 1871.

Vicente Andrea, *Los secretos de alcoba revelados por la prueba de embarazo. Clínica y experimentación en la Ginecología en México (1870- 1950)*, Tesis de licenciatura, ENAH, México, 2016.

Viescas Carlos, "Prólogo", en: Martha Rodríguez, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833- 1910. Serie: Monografías de Historia y Filosofía de la Medicina*, UNAM, México, núm. 5, 2008.

Villegas Asia, "La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico", *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*", núm. 32, vol. 14, 2009, pp. 125-146.

Villanueva Luis, "El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra", *Revista CONAME*, núm. 3, vol. 1, 2010, pp. 147- 151.

Viniegra Fermín, "Algunas observaciones sobre el parto en cuclillas. Escuela Nacional de Medicina de México", *Imprenta de Francisco Cosío*, núm. 6, México, 1895.

W

Worboys Michael, "Practice and the science of medicine in the nineteenth century", *Isis*, núm. 1, vol. 102, 2011, pp. 109- 115.

Wilson Adrian, "William Hunter and the varieties of man-midwifery", en: Roy Porter (ed.), *William Hunter and the eighteenth- century medical world*, London, Cambridge University Press, 1985, pp. 343- 369.

X

Xiang Huang, “Dos acercamientos al problema del origen de la normatividad”, en: Esteban José y Martínez Sergio (comp.), *Normas y prácticas en la ciencia*, México, UNAM /Instituto de Investigaciones Filosóficas, 2008, p. 35- 60.

XII Congreso Internacional de Medicina, “Protección de la primera infancia”, *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 19, tomo II, México, 1897, pp. 638- 644.

Y

Yalom Marilyn, *Historia de la esposa*, Trad. Marcelo Covián, España, Salamandra, 2003.

Z

Zacarías Jorge, Xóchitl Martínez y María Rodríguez, *El Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México 1865- 1905, Caridad, moralidad e instrucción*, UNAM, México, vol. 9, 2012.

Sanz Verónica, Una introducción a los estudios sobre ciencia y género. *Argumentos de Razón Técnica*, núm. 8, 2005, pp. 43- 66.

Zarate María, *Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Chile, 2002.

_____, “De partera a matrona, Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX”, *Calidad en la Educación*, núm. 27, 2007, pp. 297- 284.

Zárraga Fernando, “Embriotomía- Procedimientos mexicanos”, *La Escuela de Medicina*, núm. 10, tomo XIII, México, 1895, pp. 211- 215.

_____, “La pelvimetría”, *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, núm. 13, tomo I, México, 1896, pp. 447-449.

_____, “Operación cesárea seguida de la extirpación de la matriz practicada con éxito para la madre y el hijo”, *La Medicina Científica*, núm. 4, vol. 4, 1904, pp. 26- 28.