

ENTRE SANOS Y ENFERMOS



DAVID LÓPEZ ROMERO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Entre sanos y enfermos.

El proceso salud enfermedad atención
en el Hospital Real de Naturales: 1775-1802

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN GERONTOLOGÍA

Entre sanos y enfermos.

El proceso salud enfermedad atención
en el Hospital Real de Naturales: 1775-1802

David López Romero



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Adolfo Pontigo Loyola
Rector

Saúl Agustín Sosa Castelán
Secretario General

Marco Antonio Alfaro Morales
Coordinador de la División de Extensión de la Cultura

Adrián Moya Escalera
Director del Instituto de Ciencias de la Salud

Fondo Editorial

Asael Ortiz Lazcano
Director de Ediciones y Publicaciones

Joselito Medina Marín
Subdirector de Ediciones y Publicaciones

Primera edición electrónica: 2022

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Abasolo 600, Col. Centro, Pachuca de Soto, Hidalgo, México, C.P. 42000
Dirección electrónica: editor@uaeh.edu.mx

El contenido y el tratamiento de los trabajos que componen este libro son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ISBN: 978-607-482-664-7

Esta obra está autorizada bajo la licencia internacional Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada (by-nc-nd) No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas. Para ver una copia de la licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.



Hecho en México/*Printed in México*

Índice

1. Presentación	7
2. Introducción	11
3. La Nueva España y el Hospital Real de Naturales	15
4. Análisis del proceso salud enfermedad atención en el Hospital Real de Naturales	103
5. Consideraciones finales	135
6. Bibliografía	157
7. Diagnóstico diferencial y glosario de enfermedades	173

Presentación

EL LIBRO que tiene usted en sus manos es testimonio de una época concreta en la historia de un grupo social mexicano al que se le presta poca atención. Se trata de los enfermos más pobres de la Ciudad de México quienes ingresaron al *Hospital Real de Naturales* entre 1775 y 1802 y dejaron en los registros sus nombres, la naturaleza de su enfermedad y otros datos.

Con esta escueta información, el doctor David López Romero nos lleva a un interesante paseo por la vida de la Nueva España. Aquí nos enteramos de su organización social, la vida diaria, la alimentación y, sobre todo, de la notable institución que fue dicho hospital.

En cierta forma, la obra es una especie de fotografía instantánea tomada desde la puerta del hospital, donde vemos entrar a casi 19 mil personas con sus problemas de salud, pero de quienes también sabemos si lo dejaron o murieron, aunque ignoremos los detalles de estos dos destinos. A pesar de la escasa información, el conjunto revela algo de su sociedad.

El *Hospital Real de Naturales* fue creado para atender a los indígenas, bajo la denominación de naturales. Para los grupos dominantes, fundamentalmente europeos existían otras alternativas, entre ellas el *Hospital de Jesús Nazareno*



fundado por Hernán Cortés. La institución que nos ocupa tenía algunas peculiaridades que hoy ya no existen en los hospitales para pacientes indígenas en Latinoamérica. Se tenía el cuidado para que sus médicos tuvieran excelencia académica, pero además conocimiento de los pacientes a quienes atendían y trataban. Debían hablar no solamente el español, sino alguna lengua indígena, de preferencia el náhuatl o el otomí. De esta manera se aseguraba la comunicación adecuada entre médicos y pacientes. El hospital se ocupaba de la alimentación adecuada para la cultura de sus pacientes y contaba con cocinas generales, pero además una tortillería y una atolería. Por otra parte, de manera independiente a los recursos económicos que le correspondían por su real patrocinio, se le autorizó la construcción de lo que hoy llamaríamos un centro de espectáculos: el Coliseo. Era lo que se conocía como un *corral de comedias* donde se ofrecían obras de teatro, cuyos ingresos se destinaban al hospital. Su historia es una de las más curiosas de la Ciudad de México y aquí se presenta de manera resumida.

Si bien la mayoría de los pacientes fueron indígenas, hay algunas excepciones. A lo largo del tiempo reseñado ingresaron una dama española, quien era patrona de la institución, un torero como resultado de una cornada y muy probablemente atendido de urgencia y un comerciante checoslovaco quien padecía escorbuto, tal vez consecuencia de su dieta durante el largo viaje a México. Un dato inesperado fue el que llegaron al hospital un pequeño número de filipinos, también conocidos como indios chinos, producto de los viajes de ida y vuelta del Galeón de Manila. También es interesante constatar que los indios eran catalogados en dos grupos: los cristianizados y los mecos, entre quienes se incluye a los no bautizados. El término es la abreviatura de chichimecos. Destaca también el que solamente haya ingresado un negro, a pesar de que eran un grupo numeroso en la ciudad.

El principal problema que tuvo que resolver el autor fue la interpretación de los diagnósticos médicos, debido a los cambios en la forma de hacerlos y la diferencia en los conceptos entre épocas pasadas y la nuestra. Un ejemplo ilustra la situación, en la lista del hospital no aparece la palabra *diabetes*, hoy tan frecuente. En cambio se incluyen otras ya en desuso, por ejemplo: bubas, etico o golondrino. Su avance al buscar equivalentes actuales a los diagnósticos del pasado es una tarea loable.



Esta obra fue escrita por un antropólogo físico, pero para hacerla incursionó en la historia de nuestro país y en particular la de su medicina. Es un trabajo valioso, ya que emplea una fuente histórica sencilla, pero de interpretación complicada y, a través de ella, establece conexiones con una gran serie de componentes de la vida novohispana. Tiene además la virtud de estar escrita en lenguaje accesible y con un mínimo de términos técnicos, pero sin escatimar el rigor científico para el análisis de la información obtenida. Su lectura será de utilidad y amenidad para quien la tenga en sus manos, sea un académico o un lector en busca de una visión novedosa de la vida en el pasado. Felicito al doctor David López Romero por esta publicación, producto de un largo, cuidadoso y novedoso trabajo desde nuestro campo común de interés.

Dr. Luis Alberto Vargas

*Instituto de Investigaciones Antropológicas y Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México.*

Introducción

LA PRESENTE obra es resultado de una versión posterior a la que fue presentada como trabajo para obtener el grado de doctor en antropología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el trabajo fue enriquecido al añadirse nuevas referencias y corregir detalles de precisión histórica.

El proceso biocultural Salud–Enfermedad–Atención tiene diversas facetas, algunas de ellas radican en verlo como poseedor de un carácter histórico, en cuyo contexto se ubicaría la naturaleza social de la enfermedad. La cual se verifica en el modo de enfermar y morir de los individuos, ya que, las enfermedades no se distribuyen de manera uniforme ni aleatoriamente, porque están relacionadas con las distintas clases sociales que presentan diversas formas de enfermar y de morir, es decir, la salud y la enfermedad se relacionan a través de las desigualdades sociales. Es por eso que el carácter social del proceso salud–enfermedad se manifiesta empíricamente más claro en la colectividad que en el individuo; a través de indicadores, tales como expectativa de vida, nutrición, etc. Los conceptos de salud y enfermedad son percibidos a través de un sistema cultural que modela las nociones de “sano” y “enfermo”. Por lo que los conceptos donde se enmarca



salud y enfermedad no existen en sí en la *Naturaleza*, sino que son *construcciones con características sociales*. El proceso salud - enfermedad tiene un doble carácter: biológico y social. Donde los factores sociales predisponen a la presencia de las enfermedades y a su vez, las enfermedades pueden afectar a los factores sociales y adquiere historicidad por estar determinado socialmente.

Los conceptos de salud y enfermedad se han visto modificados a lo largo de la historia y a través de los velos culturales que los manejan. Han sido contruidos a partir de la historia misma de la humanidad. La medicina que estudia la salud y la enfermedad tiene también su historia. Una historia que de ninguna manera se genera como una crónica, como un discurso sobre anécdotas o como colección de datos e informes, es claro que deben mencionarse sus aciertos y fracasos, periodos de despunte o de estancamiento, todo en el marco de la vida cultural de los grupos sociales.

Acercarnos al periodo virreinal mexicano no es fácil, es acercarse a numerosas instancias del saber cotidiano, administrativo, político, religioso, económico, entre muchos otros más. Sin embargo, confiamos en que al centrarnos en un tema tan apasionante como es el estudio de la salud y la enfermedad y, sus implicaciones, estaremos a su vez adentrándonos en el conocimiento tan necesario para acceder a parte de la comprensión de una época de tantos revuelos, contrastes, encuentros y matices tanto biológicos como sociales.

La Ciudad de México y su población durante el periodo virreinal ha sido objeto de estudio por parte de arqueólogos, sociólogos, historiadores, médicos, politólogos, etnólogos, demógrafos, arquitectos, antropólogos, entre otros muchos especialistas que han quedado fascinados de esta urbe que desde su fundación en el siglo XIV sigue ofreciendo retos y oportunidades a todos aquellos que desean adentrarse en sus espacios y momentos históricos. Esto demuestra que la Ciudad de México sigue siendo un espacio dinámico, cambiante, difícil de entender como espacio cerrado.

Ahora bien, surgió una pregunta flagelante ¿cómo realizar un análisis del proceso salud enfermedad con archivos históricos? Existía la posibilidad de apegarse a un estudio descriptivo que sólo nos acercará al panorama histórico de la etapa cronológica a estudiar, también podíamos adentrarnos



a otras disciplinas como la demografía histórica o adentrarnos en la historia de la medicina, obviamente también la investigación presentaba el riesgo de ser desacreditada, sobre todo por aquellos que sin hacer un razonamiento preciso la desvirtuaban. En cualquier caso la forma metodológica tenía que ser aplicada con cuidado para evitar confusiones, por lo tanto lo que llevamos acabo fue el análisis a partir de una teoría de *transición de la salud* y consideramos varios elementos del entorno de la personas que pudieron influir y determinar las causales de la presencia o ausencia de la enfermedad así como del mantenimiento de su salud.

Lo anterior muestra parte de la complejidad que ofrece el tema a tratar y sus múltiples implicaciones de carácter histórico, biomédico, ideológico, político y social.

Por último, quiero manifestar mi profundo agradecimiento al apoyo recibido por parte del Mtro. Humberto Veras Godoy, rector de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) y al M. C. E. José María Busto Villarreal, director del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH, quienes con su amplia visión académica facilitaron y apoyaron la publicación de la obra. Asimismo mi agradecimiento al Arzobispado de México que permitió el acceso a los documentos que sirvieron como materia prima. A Graciela Nava Chapa, Maribel Pimentel, Antonia Iglesias, Luis Alberto Vargas, Martha Eugenia Rodríguez, Carlos Serrano, Carlos Viesca, Roberto Campos Navarro y José Antonio Morales quienes estuvieron muy cerca del proceso de este trabajo y lo enriquecieron con sus valiosos comentarios.

La Nueva España y Hospital Real de Naturales

¡Hasta el jade se quiebra,
hasta el oro se raja,
hasta la pluma de quetzal se desgarrá.
no, nosotros no estamos para siempre en la tierra,
sólo un pequeño instante aquí!

Nezahualcoyótl

UNO DE LOS campos clásicos de investigación de la Antropología Física es aquel que aborda el proceso¹ biocultural *salud-enfermedad-atención* de las poblaciones que nos antecedieron en el tiempo, y se presenta como una de las intrincadas formas de entender los procesos y fenómenos complejos en el derrotero que el género *Homo* ha seguido. Lo anterior representa para las personas lo que refiere a su estado de *salud* y cuando esta se ve alterada, es decir, la *enfermedad* y que da como resultado en muchas otras ocasiones la búsqueda de arreglo al desequilibrio que se presenta, esta es, la *atención*².

1 Entiéndase como proceso el conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o social a través del tiempo.

2 Tampoco son lo mismo atención y tratamiento. Atención tiene varios significados, pero nos interesan dos: a) tener interés y aplicar voluntariamente el entendimiento, y b) cuidar a una persona y ocuparse de ella. Por tanto, la atención en el contexto de la salud se refiere a las acciones que se llevan a cabo tanto para entender cabalmente los problemas del paciente,



En este sentido, el análisis del proceso está dirigido a establecer y comprender las condiciones generales de salud y enfermedad, partiendo de la premisa que establece que estas condiciones no han sido iguales entre grupos humanos, por lo que tenemos que considerar a los estadios de salud-enfermedad como resultado de procesos multicausales, debido a su continua transformación como respuesta a los cambios biológicos y culturales, y es precisamente la amplia gama de factores que influyen en los individuos lo que da la pauta para la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, ya que estos factores cambian en su grado de importancia en el tiempo y en el espacio para las diferentes sociedades. El estudio de las condiciones de vida y salud de las poblaciones antiguas, mediante la identificación de las enfermedades que desarrollaron y la investigación de su impacto sobre ellas, permite entender de forma clara los vínculos existentes entre la sociedad y los individuos que la integran, pues este estudio se suma a otros realizados en otros campos del saber y todo ello a su vez hace posible la realización de un estudio holístico con aspectos sociales, históricos y biológicos, entre otros.

El estudio de la salud y la enfermedad

Esta investigación de ninguna manera pretende encasillarse en un análisis demográfico o realizar una historiografía del periodo comprendido entre 1775 a 1802. Bajo la visión de la Antropología, es una propuesta para aproximarse a los hechos en una visión más amplia, intenta sumarse a aquellos trabajos desarrollados en diversos campos que han contribuido al conocimiento de las enfermedades, también de la conformación social de la población de una manera multidisciplinaria. De manera general, pretende conjuntar la visión de la población en la capital de la Nueva España, haciendo énfasis de la situación de los grupos indígenas que asistían al Hospital Real de Naturales

como para resolver su problema de salud y padecer. Ejemplos de atención son los apoyos necesarios para comer, mantenerse limpio, comunicarse, recibir apoyo emocional y otros. Tratamiento es el conjunto de procedimientos que se aplica para resolver fundamentalmente la enfermedad, pero que además tiene efecto sobre el problema de salud y el padecer. Los tratamientos de la biomedicina comprenden varias modalidades terapéuticas, entre ellos: farmacoterapia, cirugía, psicoterapia, quimioterapia, radioterapia, kinesioterapia dietoterapia y otras. (Vargas, *et. al.*, 2010).



(HRN). En este sentido, el estudio de la salud y la enfermedad es posible ubicarlo a partir de los diversos enfoques disciplinarios, aunque existe una vasta bibliografía podemos mencionar que bajo el esquema epidémico se han llevado a cabo investigaciones acerca de la mortalidad sucedida durante el periodo precolombino e histórico en México como lo son los trabajos de Márquez, 1994, 1998; Cuenya, 1999; Rabell, 1990; Florescano y Malvido, 1982; Pescador, 1992; Molina, 1996, 2001; Maldonado, 1995 y Cooper, 1980; entre otros. Mientras que en los campos propios de la historiografía y la demografía histórica, es posible citar los trabajos de Cook y Borah, 1977, 1982; Calvo, 1973, 1994; Malvido y Cuenya, 1993; Morin, 1973; Maldonado, 1976; Civera y Márquez, 1996; Castro *et. al.*, 1999. Finalmente, en el ámbito social resaltan los trabajos de Menéndez, 1988, 1992; Sigerist, 1946; Donnangelo, 1994; Castro, 2000 y Álvarez, 2002, entre muchos más.

El conocimiento de la antigüedad de ciertas enfermedades además de su frecuencia y persistencia en determinada región, época o población contribuye, en el presente, a plantear nuevos mecanismos de prevención y ayuda a las poblaciones susceptibles de sufrir esos problemas de salud. De esta manera, la paleoepidemiología colabora al conocimiento de estos problemas. Se sabe que el origen y mantenimiento de las enfermedades y en general de los desordenes fisiológicos, es un proceso de alta complejidad y no reside exclusivamente en factores biológicos sino que está asociada causalmente a factores del ambiente físico, a la estructura social, y a la conducta humana, por tanto, es factible considerar a la paleoepidemiología como un puente para la integración de lo biológico y lo social, que además puede analizar la formación socioeconómica y las relaciones sociales de producción entre los individuos, identificar la enfermedad y la noción de normalidad según la clase social (González Cortés, 1980).

Al reconstruir la dinámica de la vida y la muerte de los individuos de las sociedades pasadas, es posible valorar la respuesta biológica ante las agresiones externas. Las condiciones de vida y la capacidad de adaptación de los sujetos se infieren por el análisis de la interacción del ambiente y la cultura sobre la respuesta biológica (Mansilla, 1997: xi). La reconstrucción de las condiciones en que vivieron y se desarrollaron las poblaciones de épocas antiguas se basa, no sólo en el conocimiento de algunas características fisi-



cas, sino también en la reconstrucción de sus formas de vida, esto es, qué y cómo comían, en qué trabajaban, cómo se trasladaban; qué tamaño tenían sus comunidades, cuál era su estructura social y en qué les afectaba las diferencias sociales, qué tipo de enfermedades sufrían y qué tratamiento daban a sus muertos, todo ello inmerso en un marco geográfico, temporal y cultural.

Las enfermedades y los problemas de salud son un fenómeno que afecta a las personas de cualquier lugar, aunque no siempre en el mismo grado o de la misma manera. Son procesos biológicos más antiguos que la humanidad. Tan antiguos como la vida misma porque es un atributo de ella (Martínez Cortés, 1995: 17). Un organismo viviente es una entidad lábil en un mundo de flujos y cambios, y la salud y la enfermedad son aspectos correlacionados con momentos de estabilidad e inestabilidad que todo lo penetra. Salud y enfermedad son expresiones de relaciones cambiantes entre los diversos componentes del cuerpo y entre el cuerpo mismo y el medio en el que se desarrolla. Como fenómeno biológico, la causa de la enfermedad pertenece al reino de la naturaleza, pero en el hombre la enfermedad tiene además otra dimensión: la social. En ninguna parte existe la enfermedad como naturaleza pura sino que siempre está mediatizada y modificada por la actividad social y por el medio cultural que esa actividad crea (Rosen, 1985: 77). Aunque con razonamiento limitado, las personas han inquirido las causas que originan las enfermedades. En el siglo XVIII, algunos médicos reconocieron la necesidad de tomar en cuenta el punto de vista social en el manejo de los problemas de la medicina y la higiene entendiendo a las enfermedades como originarias de agentes nocivos del ambiente físico y lo que éste incluye y, que a su vez, provoca un disturbio en el huésped o enfermo (Laplantine, 1989: 80).

El estudio de la manera y concepción de cómo las enfermedades afectan a los grupos humanos y de la forma en que dichos grupos reaccionan ante la enfermedad suministra un campo fundamental para la aplicación del conocimiento y de las técnicas de investigación en salud³. Compar-

3 En este sentido, es importante mencionar que los conceptos de enfermedad han variado de acuerdo del grupo social y época que se pretenda estudiar. Para conocer de manera más detallada, se recomienda consultar las obras de Pérez Tamayo (1985) y León, *et. al.*, (2000).



tiendo la postura de Coe (1988), pueden distinguirse, al menos, cuatro aspectos susceptibles de análisis. En primer lugar, las enfermedades no son uniformes ni azarosas en su incidencia, sino más bien se observa que son más o menos comunes entre los distintos grupos sociales. El estudio de estas distribuciones diferenciales de la enfermedad, a partir del conocimiento de la estructura social y de los diferentes modos de vida de las personas, es factible acercarnos a conocer las claves acerca de la naturaleza y causas de la enfermedad. En segundo lugar, las personas tienden a considerar el hecho de la enfermedad desde las perspectivas de su propia cultura y basándose en parte de estas perspectivas suele responder ante la enfermedad con modos previsibles. En tercer lugar, la sociedad crea una serie de instituciones para tratar sistemáticamente aquellas enfermedades que aparecen en su grupo. Estas instituciones pueden ser relativamente simples o altamente complejas como los actuales centros hospitalarios. En cuarto lugar, podemos afirmar que el tratamiento médico de la enfermedad incluye algo más que la simple aplicación del conocimiento médico por medio de instituciones. En nuestra sociedad las instituciones que proporcionan asistencia médica están apoyadas por muchas más organizaciones tales como las de asistencia sanitaria, que han surgido como el propósito para una terapéutica efectiva. Por estas razones, todos son temas factibles de abordar desde la Antropología Física, el estudio de la distribución de las enfermedades en la sociedad, de las perspectivas culturales de la enfermedad y de las formas de mantenimiento de la salud, de los roles, actitudes y valores que surgen de la organización social para enfrentar a la enfermedad (López Romero, 2007).

La ecología humana demuestra que la salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos sino diferentes niveles de adaptación del organismo al ambiente en el que vive y que los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario produciendo la inadaptación que representa a la enfermedad. La enfermedad puede aparecer como resultado de unas intrincadas influencias entre el hombre y su medio. El alimento que toma, el aire que respira, los rasgos genéticos con los cuales nace, la tensión física y mental a la cual se encuentra sometido, no menos que los microorganismos a los



que se encuentra expuesto todo influye para determinar si estará sano o enfermo. Queda claro que la medida de la salud no es la utópica ausencia de toda enfermedad sino la capacidad de desenvolverse con eficiencia dentro de un cierto ambiente (Dubos, 1980: 10). En este cambio constante, la buena salud entraña un proceso de adaptación continua de virus, bacterias, priones, hongos y parásitos a los estímulos, presiones y problemas que desafían diariamente a la humanidad. De acuerdo a lo anterior, San Martín (1981) propone que el estudio de la salud y la enfermedad no pueden realizarse en la persona ni en la población de manera desintegrada sino deberá verse como un todo integrador. Un problema de salud deja de ser individual y se convierte en colectivo a partir de que su solución se convierte en una estrategia socialmente organizada.

Tanto en las ciencias biológicas como sociales y particularmente en la Antropología Física, el término *normal* se usa como sinónimo de salud, aunque en realidad lo normal es lo que no se desvía de un valor medio. Para este trabajo consideramos que a partir de conceptualizar a los humanos como entes variables tanto en su biología como en su organización social no es posible establecer una *normalidad* determinante. Pero cuando una característica estructural o funcional se desvía significativamente de lo normal en forma que produce síntomas inconvenientes o incompatibles con el funcionamiento regular puede también considerarse que se ha producido una anormalidad. De manera crónica o aguda se pasa de esa normalidad a la anormalidad, de lo regular a lo irregular, sin embargo también es importante considerar que tanto el ambiente como el imaginario social construyen esa normalidad lo que provoca que en algunos lugares sea normal lo que en otros no lo es.

La complejidad humana provoca que nos planteemos la pregunta ¿normal o anormal en relación con qué? Canguilhem (2005: 102) responde de la siguiente manera:

“La anomalía no necesariamente es enfermedad, sin embargo, no por ello deja de ser la enfermedad prevista como un estado contra con el es necesario luchar para poder seguir viviendo, es



decir, que es prevista como un estado anormal con relación a la persistencia de la vida que desempeña aquí el papel de normal”.

Considerar la salud sólo como una característica biológica o social no es adecuado, puesto que se reduce únicamente a una parte de lo que puede representar este proceso. La noción de la salud de una persona implica, entre otros, ideas en la variación y desadaptación. Por tanto, no puede afirmarse que la salud sea el estado de ausencia de enfermedad ni viceversa. Salud y enfermedad son considerados por San Martín (*op.cit.*:8) como dos grados extremos de la variación biológica, son resultado del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física y socialmente a las condiciones de su ambiente. De acuerdo a esta concepción, la noción de salud puede ser reemplazada por un *estado compensado* o de *equilibrio dinámico*. En el estado de compensación, el organismo tiene la posibilidad fisiológica de incluir una agresión externa en tal forma que quede limitada y no alcance a provocar el desequilibrio percibido como enfermedad. De esta manera la noción de salud es también reflejo de capacidades orgánicas de tolerancia de compensación y de poder de adaptación. Al contrario cuando se pasa a un estado patológico se expresa un desequilibrio, una descompensación, una desadaptación, una intolerancia a agentes agresores externos sean éstos de cualquier naturaleza, ya sea biológica o sociocultural. La noción de descompensación implica, que los diversos mecanismos por los cuales el organismo habría podido contrarrestar la agresión actúan de manera negativa amplificando los fenómenos patológicos (San Martín, *op. cit.*, 10). Por tanto, es posible juzgar que la concepción de normalidad y anormalidad, de la salud y la enfermedad, implica un conjunto complejo de procesos, biológicos y sociales, los cuales integran un sinnúmero de elementos de la biología, fisiología, ecología, antropología, sociología y la dimensión económica en donde están insertas las personas que conforman al grupo social en cuestión, así es posible estimar que la noción de salud y enfermedad que cada persona experimente estará acorde a los elementos biosociales totales que conformen el estimado de la vida humana.

Como los humanos se han transformado en seres eminentemente sociales, dependerá de la suma de fenómenos de su vida y de la organización



social donde se desarrolle. Hablando en términos generales, es indudable que no solo se encuentran los factores físicos y biológicos del ambiente también existen cuestiones del orden sociocultural, económicas y políticas que influyen e incluso determinan el derrotero de la salud y la enfermedad de las personas. Es importante considerar que lo anterior depende en medida que las necesidades básicas se vean cubiertas, incluyendo por supuesto la capacidad de adaptación⁴ a los factores del ambiente, lo cual cada grupo humano establece sus propios patrones conductuales adaptativos. Cuando se analizan las múltiples causas que establecen la salud y la enfermedad siempre se encuentran implicaciones que se derivan de las limitaciones de la organización social, por ejemplo, la pobreza que se relaciona directamente con la causa de algunas de las enfermedades. Es indiscutible una relación causal entre pobreza y enfermedad. El mecanismo de este proceso se expresa desde la gestación, cuando es frecuente la mala nutrición y la inadecuada atención perinatal. En este tenor, la presencia de la salud y la enfermedad pasa a depender directa o indirectamente de situaciones sociales.

A partir de lo escrito líneas arriba, queda explícito que los estudios que abordan las condiciones de salud de las poblaciones antiguas tanto en época prehispánica como en la colonial han forjado un área clásica de estudio en la antropología mexicana, los ejemplos son numerosos y sólo una pequeña muestra de la época prehispánica y que abordan varias temáticas son los trabajos de Garza y Ballesteros (1999), Crespo (1989), Jaén y Serrano (1974), Soon *et. al.*, (2006), Román (1997), Civera (2006) y Storey (2006). Mientras que para el periodo virreinal, el cual ofrece nuevos planteamientos de investigación sobre población, el proceso de adaptación, al pasar del régimen prehispánico al colonial.

Estas grandes colecciones óseas provenientes de conventos, atrios y hospitales contenían restos de personas tanto masculinos como femeninos, y de todos los rangos de edad, abrían la oportunidad de emprender nuevas

⁴ Adaptación se refiere a un fenómeno que implica procesos, características, rasgos, cualidades y dinámicas de sobrevivencia; intervienen en ella tanto características del entorno como capacidades y recursos del organismo, grupo o especie (Lizárraga, 2003: 53). Para el presente trabajo, adaptación hará referencia a la manera en que cada grupo social establece sus estrategias para hacer frente al ambiente donde se establece, vive y se reproduce.



líneas de investigación, ya que representaban el reto y la oportunidad de estudiar fenómenos tan complejos como el mestizaje, tanto biológico como cultural, así como la influencia de cambios en la alimentación y nuevos problemas de salud. Para ejemplo de lo anterior podemos mencionar los trabajos de Márquez (1984), Mansilla, *et. al.*, (1991), Meza (1994), Llamosas (1997), del Castillo, (2000), Alfaro (2006), y López (2006) que igual que el apartado anterior abordan múltiples facetas de la salud y la enfermedad.

A partir de los antecedentes referidos, el estudio de la salud y la enfermedad es una línea de investigación clásica dentro de la Antropología, de igual forma contemplamos en los estudios referidos un común denominador: todos ellos están basados en restos óseos, pero ¿qué haríamos si no hubiera restos óseos suficientes o fueran insuficientes considerando, por ejemplo, el estado de conservación?, ¿qué otras opciones se tendría para inferir acerca del estado de salud y enfermedad de poblaciones antiguas? Tal vez podríamos valorar utilizar otro tipo de materiales para conocer las características que no podemos encontrar en un hueso, en este caso, ¿cuáles serían nuestras alternativas? Para este estudio propongo utilizar archivos históricos. Para definir que es un archivo, simplemente digamos que es una colección de registros escritos, generalmente dedicados a un tema específico y en el caso del presente trabajo, documentos relacionados con el Hospital Real de Naturales. Los libros de registro de enfermos, ya que en ellos se vertió información que en otro tipo de estudios, sólo se utilizaron como parte del contexto histórico de la población estudiada. Pero ¿es posible que los archivos puedan ofrecer los datos suficientes para el apoyo de una investigación en el campo de la salud y la enfermedad en poblaciones antiguas? Considero que si, ya que los archivos ofrecen los datos de primera mano en el momento que sucedieron los acontecimientos, además podemos preguntarnos por qué y para qué sirven los archivos como material de estudio en la Antropología. La respuesta es sencilla de muchas formas, los datos pueden obtenerse de manera más simple, aunque esto puede sonar inapropiado consideremos algunas ventajas, por ejemplo, cuando los materiales óseos no tienen las condiciones de conservación aceptables o cuando el acceso a las instancias de custodia son restringidas por razones administrativas u otro motivo. Otra causa es cuando los materiales óseos son mínimos en su cantidad, la utilización de fuentes de primera mano



es fundamental aunque debo reconocer que el acceso a los archivos tampoco es cosa fácil, ya que al menos, es importante tener cuidado con el manejo e integridad de los documentos así como con una serie de circunstancias que podrían volverse adversas como la exposición a diversos tipos de hongos, así como contar con conocimientos básicos de paleografía, teoría histórica e historia de la medicina. Los archivos históricos proporcionan un gran apoyo para la investigación antropológica en el campo de la salud en poblaciones históricas, sin embargo, también es necesario mencionar sus serias limitaciones, ya que dependerá de los objetivos propios de la investigación al no ser posible someter a los documentos como a los restos óseos a análisis químico físicos ni siquiera establecer características métricas o genéticas.

La consideración más importante para la utilización de materiales escritos en conjunto con los óseos o en lugar de ellos, es precisamente la temporalidad de los materiales, ya que es evidente que podemos apoyarnos generalmente en aquellos que pertenecen al periodo histórico en México que correspondería a partir de la llegada de los europeos al actual territorio mexicano.

Durante mucho tiempo todo tipo de registros han sido depositados en archivos, algunos de estos registros contienen datos acerca de la biología de las poblaciones, y su importancia reside en la posibilidad de apoyar en dos funciones. Primero, como datos primarios, es posible revisarlos una y otra vez para clarificarlos, criticarlos, evaluarlos o reinterpretar la investigación que cada uno se plantee y especialmente para resolver nuevas interrogantes. Los archivos no son sólo curiosidad histórica, ellos conforman los “restos actuales” que son de gran interés para la Antropología (Swedlung y Herring: 2003). Segundo, los registros que conforman algunos archivos pueden contener elementos de la historia social y biológica de las poblaciones donde se conformaron, y en ocasiones sólo a través de un análisis antropológico sería posible entender procesos por medio de los cuales se aportan conocimientos acerca del desarrollo de las poblaciones.

La investigación en archivos históricos a través de la Antropología puede ofrecer profundos y novedosos datos acerca de viejos y nuevos planteamientos, por ejemplo, episodios históricos de enfermedades infecciosas que alteraron el crecimiento y desarrollo de las poblaciones infantiles, las características socioculturales que pudieron influir en el curso de las epi-



demias, endemias y pandemias⁵ así como las formas de expansión epidémica, la relación de género para enfrentar a las enfermedades, así como la capacidad de las acciones de salud dispuestas para afrontar las anteriores situaciones (Smith, 2003).

Afirmar lo anterior es factible, dado que la estimación de tasas y razones estadísticas acerca de la morbilidad es una de las variables más difíciles de obtener en el campo epidemiológico por la carencia de fuentes (Márquez, 1994: 155). De aquí se desprende la importancia de analizar las listas de enfermos y difuntos, por ejemplo, en los hospitales coloniales de México.

La necesidad de la realización de trabajos como el aquí propuesto es por una parte, la carencia que se observa dentro de la Antropología Física en México acerca de investigaciones llevadas a cabo con fondos archivísticos (Jiménez, 2002) ya que la tradición académica marca una fuerte tendencia a abordar el estudio de poblaciones desaparecidas a partir de restos óseos. Por otra parte, es importante extender la comprensión de fenómenos biosociales de los procesos de salud-enfermedad-atención que dentro del estudio de las poblaciones desaparecidas ocupa un espacio mínimo (Lagunas, 2003: 122-123; Márquez, 2006).

Los archivos parroquiales surgen oficialmente en toda la Iglesia Católica con el Concilio de Trento⁶. Allí se recogen las normas obligatorias que fueron publicadas en España durante el reinado de Felipe II (1556-1598).

Los libros que conforman a los archivos parroquiales son de diversa índole, de fábrica o cuenta, matrícula, de cofradías, de arcas de misericordia, de tasmía, de apeos, aniversarios, testamentos, obras pías, ermitas, hospitales, fundaciones, crónicas, conferencias morales. En tanto que los libros de bautizos son importantes para el conocimiento de la natalidad, de fecundidad, composición de las familias, árboles genealógicos, los libros de

5 Epidemia es una enfermedad que puede ser contagiosa o no, además puede considerarse también un problema de salud como la obesidad que afecta a un gran número de personas. La endemia, puede ser una enfermedad o problema de salud que afecta sólo de manera regional a una población. Por último, pandemia (pan, todo) hace referencia a una epidemia que afecta a todo un país o al mundo entero (N. del A.).

6 El Concilio de Trento se llevó a cabo de 1545 a 1563, entre otras cosas para regular la administración eclesiástica y llevar a cabo la contrarreforma. Gustavo Watson, director del Archivo Histórico del Arzobispado de México, comunicación personal, 2006.



matrimonio proporcionan el origen de la edad y origen de los contrayentes. De las partidas asentadas en los libros de defunciones podemos saber el índice de mortalidad tanto adulta e infantil y en algunos casos, como en los libros de registro del Hospital de Real Naturales de la Ciudad de México, hasta sus causas y consecuencias: enfermedades, epidemias, accidentes, catástrofes naturales, salubridad y migración.

Las instituciones creadas por la iglesia han generado a lo largo de los siglos un vasto patrimonio artístico e histórico, respondiendo a las necesidades y administración. Entre estas se encuentran las diócesis, catedrales, colegiadas, santuarios, parroquias, conventos para varones y mujeres, seminarios, colegios, hospitales, universidades, misiones y cofradías. La administración de las dependencias eclesiásticas ha dado lugar a importantes repositorios documentales, bibliotecarios y obras de arte. Tal patrimonio constituye una gran riqueza para la Iglesia Católica, pero también representa una gran responsabilidad para su conservación y difusión.

Propuesta teórica de investigación

Una parte de la presente investigación corresponderá a las nociones en la construcción sociocultural de la enfermedad en la época a tratar (1775-1802) y las estrategias de respuesta social que incluyen a la prevención y terapéutica empleadas. Estimo importante abordar la explicación de cómo las personas entendían y atendían los problemas de salud, es en este sentido, que los problemas de salud hacen referencia a la forma en que el grupo social construye ideológicamente el *proceso biocultural salud-enfermedad-atención*, a través de representaciones, las cuales engloban las nociones, conocimientos, creencias, actitudes, imágenes y valores elaborados y compartidos socialmente, que estructuran la relación de los sujetos con la realidad a través de una determinada manera de designar e interpretar las prácticas de salud (Osorio, 2001: 15). Para Kleinman (1978), los sistemas médicos de todo grupo humano son sistemas culturales simbólicos a partir de los cuales podemos analizar las respuestas sociales a la enfermedad en término del significado. Prácticamente en todos los grupos sociales existen tres instancias de atención: *el sector profesional o hegemónico*, —en el caso



particular del presente estudio, este radica en la biomedicina—, *el sector no oficial*, también llamado subordinado donde se encuentran los practicantes “tradicionales” y *el sector popular* donde es posible ubicar desde los remedios caseros o consejos de familiares y conocidos.

Es a partir de estas nociones que podemos mencionar que en la Antropología se encuentran algunos lineamientos teóricos, uno construido por la Antropología que se llama *Antropología Médica* y otro que comienza a construirse a partir de la Antropología Física que pretende también abordar las perspectivas de reflexión acerca del paciente como *persona* y lo que representa para él su *padecer*.

A partir de la construcción sociocultural de la Antropología Médica, que surge, como lo señalé, de la Antropología Social, una parte de los términos involucrados en la enfermedad conducen a la identificación de los modos de significación intersubjetiva por los cuales los procesos de salud enfermedad son identificados, designados, tipificados y vivenciados por las personas, a través de representaciones y prácticas sociales enmarcadas por la dinámica de institucionalización y legitimación social. Desde la perspectiva histórico social es posible manejar las instancias a partir de las cuales, la sociedad produce sus malestares (*sickness*) lo cual está dentro de lo objetivo de la enfermedad (*disease*) y subjetiva del padecimiento (*illness*). Para definir lo anterior, Osorio (*op. cit.*), refiere que dentro de la distinción epistemológica entre malestar (*sickness*), enfermedad (*sickness*) y padecimiento (*illness*) cada categoría y la relación entre ambas debe ser entendida como una construcción cultural, un modelo explicativo y no una entidad natural. La enfermedad no refiere necesariamente a un estado objetivo, sino a su categorización —así como la del padecimiento— también influida por el contexto social, histórico y político. El modelo biomédico no construye la enfermedad a partir de un cuerpo homogéneo de conocimientos, con una racionalidad científica poseedora de una total consistencia interna, tanto en términos teóricos como en su práctica clínica y de investigación. Por lo que es posible considerar al malestar (*sickness*) como un puente de socialización entre el padecimiento (*illness*) y la enfermedad (*disease*).

Por otro lado, a partir de la Antropología Física, se han llevado a cabo reflexiones que construyen una realidad no sólo simbólica acerca del pro-



ceso salud enfermedad sino otra que involucra a la biología humana en estrecha relación con su parte social.

Vargas (2006:80), refiere el termino de *antropología en la medicina* como una avocación aplicada, que postula el aportar conocimientos y experiencia para mejorar el ejercicio de la medicina, ya que los antropólogos son los que han comprendido que la enfermedad no solo es un desequilibrio en la biología sino un constructo de la mente y que se refleja a partir de la cultura y que las enfermedades que identifican los sistemas de atención de los problemas de salud son tan válidas como las de la biomedicina a partir del punto de vista de quien las padece. La importancia de lo anterior recae en el hecho de repensar algunos términos como *síndromes de filiación cultural*. Esto motiva a realizar una incesante búsqueda por redefinir algunos conceptos y enriquece a la vez, la discusión teórica que estimo, está lejos de acabar.

Es a partir de esta visión que la Antropología tiende a definir de manera similar aunque de forma particular, el proceso y recorrido que vive una persona que presenta un problema de salud. Vargas (1991) define a la *enfermedad* como lo que la clínica tradicional denomina entidades nosológicas. Estas son las abstracciones que hace la mente humana para clasificar los signos y síntomas de la enfermedad en categorías taxonómicas. En ellas hay una continuidad entre el agente causal, la lesión anatomopatológica y las manifestaciones clínicas. Así se identifican como enfermedades a la disentería, a la influenza o al tétanos. El médico se apoya en el concepto de enfermedad para hacer sus diagnósticos, etiquetar a sus pacientes, buscar el tratamiento adecuado y establecer un pronóstico.

En cambio, el *padeecer* es la manera en que cada individuo sufre las alteraciones de su salud, de acuerdo con su individualidad biológica, psicológica y sociocultural. Por ejemplo, la diarrea que padece un niño indígena hñahñu del Valle del Mezquital, cuya familia consta de siete miembros, que su manutención se basa en la milpa familiar y que se atiende con un curandero, será muy diferente a la de un niño noruego cuyos padres tienen estudios de posgrado, trabajan en grandes empresas trasnacionales y que gozan de los servicios de seguridad social de su país. Dentro de la abstracción que hace la mente del médico, la enfermedad y su lesión anatómica puede ser la misma o muy parecida, pero el padeecer es totalmente diferente.



El *problema de salud*, está entendido como las alteraciones que la persona percibe en su cuerpo de manera subjetiva como objetiva y que califica como una desviación en su salud (independientemente de la definición de salud, para la mayoría de las personas, el estar sano, representar estar libres de molestias y desempeñar su vida de manera habitual)⁷. Generalmente cuando se presenta un problema de salud, se busca ayuda médica (que esta representado en cualquier persona que se dedique a atender los problemas de salud y cuya capacidad para ello sea reconocida y respaldada por el grupo social) (Vargas, 2006: 83).

Otra aportación digna de mencionar acerca de los tópicos enunciados es la que hace Martínez Cortés en su trabajo (1995), donde refiere que cualquier alteración de la salud abarca al Hombre en su totalidad, o sea en sus aspecto físico, psicológico, social y cultural. Sin importar en cuál de las dimensiones se origine el problema, este debe abarcarlos todos aunque en diferentes grados. Para lograrlo es necesario contar con una medicina integradora o globalizadora de los problemas de salud del hombre. Martínez Cortés llama a este concepto integrador del conjunto de vivencias, dolores, pesares genuinamente humanos el termino *padecer*.

Por tanto, propongo guiar esta investigación a través del trabajo propuesto por Frenk, *et. al.*, (1991), el cual muestra algunos de los elementos de toda población y las alternativas que pueden aportar para desarrollar una teoría de transición en los problemas de salud. Cabe destacar el ¿por qué de una *transición*?, la respuesta radica en que el rango de tiempo para el estudio es de 1775 a 1802, periodo que coincide con la puesta en marcha de las reformas Borbónicas, una serie de cambios en todos los sentidos de la administración pública incluyendo por supuesto la estrategia del Estado en lo que se refiere a la sanidad y medicina oficial practicada en los hospitales. Además es la etapa final del virreinato de la Nueva España y la población comienza a gestar cambios en la vida cotidiana, aunque también es importante señalar que una transición no es cualquier cambio, la transición sigue

⁷ Un ejemplo de problema de salud, lo vemos con el embarazo, el cual en sí mismo no es una enfermedad, sin embargo, la persona embarazada puede percibir molestias, riesgos y alteraciones en su vida cotidiana.



una serie de condiciones y se prolonga por largo tiempo. También cabe destacar que se ha elegido una teoría de la *transición en la epidemiología de los problemas de salud* y no simplemente *transición epidemiológica*, ya que, la primera es mucho más amplia, aborda aspectos de la gestión del Estado para proveer servicios de salud, entre otros y del imaginario colectivo, y la segunda, únicamente hace referencia a las enfermedades y se encuentra contenida en la primera. En este sentido, lo anterior puede verse de esta manera: el estudio de la salud en cualquier población humana tiene dos puntos a considerar, uno, son las *condiciones generales de salud* y el segundo, es la respuesta del Estado y de la población misma como *respuesta de acción*. Como se mencionó líneas arriba, la transición epidemiológica, es entendida como el proceso de cambio en el tiempo de las enfermedades, incapacidad y muerte, mientras que cuando hablamos de transición en la atención de la salud, estaremos abordando al cambio de los patrones de respuesta social organizada a las condiciones de salud.

A partir de estas premisas se elaboró un cuadro conceptual, cuyo propósito es guía a partir de algunos elementos que, como se verá más adelante, podremos considerar influyentes, condicionantes e incluso determinantes durante el proceso de salud enfermedad. Estos elementos intentan organizar la compleja multicausalidad de las condiciones y sistemas de salud.

Antes de comenzar a explicar el diseño del cuadro, es menester mencionar que este simplemente trata de ilustrar la noción de multicausalidad, de ninguna manera pretende que los niveles que aparecen en la parte superior sean de alguna manera más importantes o complejos que los que van apareciendo subsecuentemente ni viceversa. Además a partir de la unión de las líneas no se hace ninguna señalización de dirección sino al contrario todos los elementos se encuentran intrínsecamente implicados en la multicausalidad mencionada.

El punto de partida es la relación de la población con su ambiente, ya que la condición biológica del *Hombre* es solo una parte de la dependencia hacia su entorno y de la comunidad donde pertenece (Timio, 1979). Con respecto a la población, recordemos que algunas de sus características como son el tamaño y la estructura por sexo y edad, son esenciales para cualquier estudio de Antropología. En cuanto al ambiente, el clima, los re-



cursos naturales son considerados como clave para la presencia de algunos parásitos, bacterias y virus, pero tal vez lo más importante es que la naturaleza es el nicho donde se pueden aplicar modificaciones al entorno. Tanto la población como el ambiente se encuentran ligados por líneas que nos dirigen a la organización social, la cual aparece de forma colateral o ampliamente latente para la aparición de ciertas enfermedades y es precisamente a través de ella, por la que el *Hombre* puede modificar su entorno, en este apartado podemos ubicar algunos elementos condicionantes como son la cultura e ideología, instituciones políticas y estructura económica, juntos éstos, establecen las diferencias de estratificación social, regulan el acceso de las personas de algún grupo a servicios y beneficios. Además debemos mencionar de manera especial la ideología ya que forma, parte fundamental en la concepción de la enfermedad y la manera de enfrentarla.

Por otro lado, encontramos que *estilo de vida* hace referencia general a las actividades productivas y que complementa mutuamente al apartado anterior. El propósito de esta separación es resaltar la importancia del trabajo tanto remunerado o no remunerado y que está dirigido a la obtención no solo de bienes sino también a cubrir necesidades básicas. Continuando en la misma línea podemos encontrar precisamente estas necesidades básicas como es la alimentación y la vivienda, éstas son determinantes en las condiciones generales de salud, ya que es bien sabido que la alimentación implica un proceso vital, la nutrición, pues influye directamente en la función y estructura del cuerpo. La vivienda, se ubica unida entre el sistema de salud y el ambiente, para el primero se muestra influyente para el *hábitat* inmediato, ya que mientras una buena vivienda puede ser una protección, una mala vivienda puede sumarse a un ambiente agresor y representar un riesgo a la salud. Entre los principales elementos que se relacionan a la vivienda con el medio ambiente es la calidad del agua y el saneamiento general. Recordemos que desde el siglo XVIII, Malthus situaba la malnutrición en las clases pobres y en la insalubridad de sus viviendas y rigor en el trabajo cotidiano como factores determinantes en el desarrollo de la población.

Es en este punto que señalamos las diferencias entre *condiciones de vida* y *estilos de vida*. Las primeras señalan una situación objetiva material don-



de se ubican las personas y los segundos, están dirigidos a cómo estas personas traducen esas situaciones en patrones de conducta.

Para continuar encontramos al sistema y nivel de salud a un extremo y el nivel de enfermedad al otro, la causa es que tanto los sistemas de salud como los niveles de salud y enfermedad no están presentes en una línea ininterrumpida e inmovible, al contrario, como hemos señalado, la multicausalidad está presente en todos los elementos de la salud y la enfermedad, en este sentido podemos encontrar que el conocimiento de los diversos practicantes de la salud, las políticas de Estado que regulan esas practicas y que formulan las maneras de prevenir, diagnosticar y tratar a cada una de las enfermedades existentes en su imaginario colectivo aunadas a los elementos anteriormente vistos conforman una serie de gradientes que a su vez se presentan como los posibles factores de riesgo⁸.

Algunas reflexiones en cuanto a los elementos hasta aquí mencionados son en tanto que la trasformación de la naturaleza así como los factores contaminantes resultantes de esa contaminación pueden generar las condiciones propicias para la presencia y generación de agentes biológicos, físicos y químicos que pueden generar enfermedades, en tanto que los niveles de salud son el resultado del equilibrio entre los agentes de enfermedad y la susceptibilidad personal. Por último, tanto la importancia y efectividad de las estrategias estatales y de grupo para enfrentar a la enfermedad, incluyendo tanto las formas oficiales y tradicionales, dependen en gran medida de las condiciones económicas, políticas, científicas e ideológicas. (**Figura 1**).

Para la Antropología es importante considerar los aspectos generales y particulares acerca de la salud y la enfermedad. Por un lado, resulta relevante implicar las cuestiones no sólo de índole biológica como el estado físico de las personas y comprender su entorno, ya que al encontrarse dentro de un grupo social, también conforman una población factible de enfrentar un sinnúmero de situaciones que pueden alterar el equilibrio acerca de su salud, considerando que las condiciones de existencia, trabajo y salud

8 Frenk *et. al.*, (1991: 453) definen a los factores de riesgo como los procesos, atributos o exposiciones que determinan la probabilidad de que ocurra una enfermedad, muerte u otra condición de salud.

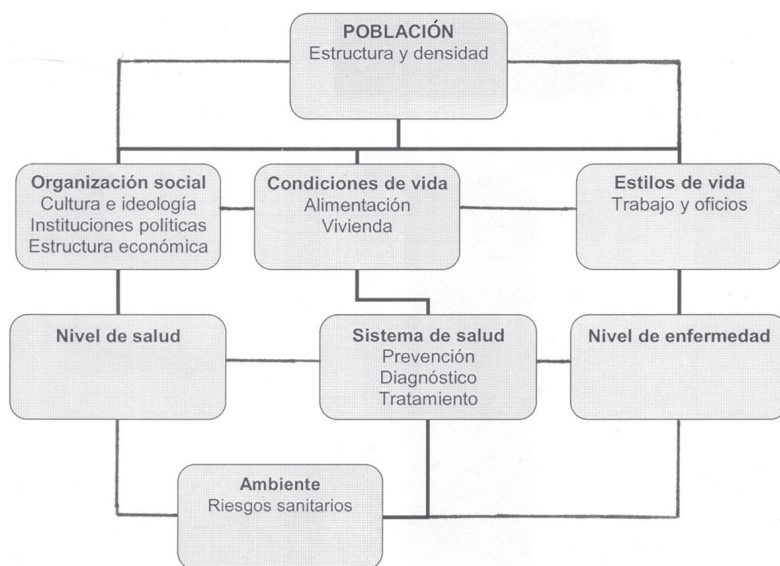


Figura 1. Elementos para una transición de la salud poblacional. Tomado de Frenk *et. al.*, (1991: 452). Modificado para el presente trabajo.

están determinadas por el modo de vida, los hábitos y las costumbres. Además es importante mencionar el tipo de alimentación y el nicho ecológico donde se habita, ya que estos factores se relacionan estrechamente dentro de un marco biosocial, en los aspectos de la alimentación, salud, economía e ideología. Por otro lado, los estudios que abordan los aspectos de salud y enfermedad en grupos humanos pasados, se centran generalmente en materiales óseos, sin embargo cuando se carecen de éstos o el número y estado de conservación limitan la investigación, es factible manejar otras alternativas cuando se trata de poblaciones históricas (a partir del periodo virreinal de México), ya que, una buena investigación en archivos históricos puede resolver dudas, certificar datos y desde luego, proporcionar información determinante acerca de la biología humana, procesos de salud enfermedad o paleodemografía, entre otros. Los archivos son una excelente herramienta donde se encuentran asentados los datos de primera mano en el momento justo que sucedieron los hechos que posteriormente uno analizará. En el caso particular de la presente investigación el Hospital Real de



Naturales representó una de las instituciones sanitarias más emblemáticas del periodo virreinal de México y que además cuenta con muchos documentos en todos los ámbitos de su funcionamiento.

Con base en lo anterior, es que podemos plantear dos puntos muy específicos:

1. ¿Es posible que los archivos históricos puedan actuar como coadyuvante en la investigación antropológica acerca del proceso salud enfermedad?
2. ¿Cómo es que se llevó el proceso de salud enfermedad atención en el Hospital Real de Naturales a partir del entorno biológico, físico, social político y económico de la población indígena en la Ciudad de México durante los años 1775 a 1802?

De igual manera también surgen preguntas como:

- ¿Quiénes eran las personas que asistían al HRN?
- ¿Realmente era exclusivo para indígenas?
- ¿De dónde provenían las personas que buscaron atención en el HRN?
- ¿De qué enfermaban?
- ¿Ingresaban personas de todas las edades?
- ¿Cuáles eran las enfermedades más comunes?
- ¿Cómo influyeron tanto la política sanitaria de la época así como la corona española para enfrentar las enfermedades y proporcionar atención médica a los indígenas?
- ¿La medicina europea era hegemónica en la práctica cotidiana del Hospital de Naturales en comparación a la de tradición indígena?

Para acercarnos a la respuesta es preciso considerar que dentro de la Antropología, el estudio de poblaciones desaparecidas ofrece el reto y la posibilidad de esclarecer un sinnúmero de interrogantes respecto a las características biosociales de los individuos que conformaron a dichas poblaciones. Al abordar una investigación que recae dentro del periodo colonial



en México, se cuenta con una ventaja importante, existe la viabilidad de apoyar o centrar nuestro trabajo con documentos escritos, que aportan de primera mano los datos necesarios para originar nuevas referencias acerca de la sociedad colonial. Lo anterior, estará apoyado por técnicas propias de la historiografía, la demografía y epidemiología. Además, el número de pacientes atendidos en el HRN es indicador de la importancia que este establecimiento representó tanto a la población indígena como al desarrollo de la medicina novohispana, ya que acrecentó el conocimiento acerca del comportamiento biológico de las enfermedades locales y las que se presentaron a raíz de la presencia de europeos y negros.

Por tanto, en la presente propuesta referimos que los registros acerca del ingreso de pacientes al Hospital Real de Naturales, contribuirán a construir un análisis de los rasgos sociales así como algunas características de respuesta biológica de la población indígena bajo la perspectiva de la Antropología.

El contexto histórico

Para la historia de México el periodo llamado Colonial empieza en el siglo XVI, cuando los españoles, al mando de Hernán Cortés conquistaron la antigua México-Tenochtitlán para fundar la Ciudad de México que sería la capital de un territorio mayor: la Nueva España. También se conoce esta etapa con el nombre de virreinato porque en la Nueva España, durante la mayor parte del tiempo que duró, fue gobernada por un representante del rey de España que tenía el título de virrey.

Es muy raro que haya épocas que abarquen exactamente una cifra redonda, pero en nuestra historia colonial así es, ya que se considera que esta etapa empieza en el año de 1521, cuando cayó en poder de los españoles México-Tenochtitlán, y termina 1821, año en el que se declaró la Independencia de México. El periodo colonial abarcó 300 años y está usualmente dividido en tres periodos: el primero y más antiguo, el que corresponde al siglo XVI y abarca todo lo que pasó en la Nueva España desde 1521 hasta 1600; el segundo, el del siglo XVII, que comprende lo sucedido entre 1601 y 1700, y finalmente, el tercero y último, el del siglo XVIII y que compren-



de de 1701 a 1800 (Fuentes, 1998: 53). Los veintiún años que faltan para llegar a 1821 ya pertenecen al siglo XIX, y todavía son parte de la historia colonial, aunque algunos historiadores les conceden a esos años finales de la colonia el apelativo de “*periodo de transición*”, ya que la lucha iniciada por Miguel Hidalgo y Costilla contra el dominio del gobierno español en la Nueva España había comenzado en 1810 dando lugar así al nacimiento de México (Cue, 1988: 205).

La importancia del periodo colonial es determinante tanto para la historia de nuestro país como nación independiente como para la historia de todo occidente, ya que, a partir de ese momento, América entró a formar parte del mundo que hasta entonces conocían los europeos; la religión católica ganó nuevos e importantes territorios, cambió el lenguaje, la traza de las ciudades, las manifestaciones culturales y artísticas y se inició el mestizaje biológico y el sincretismo, es decir, la mezcla entre los conquistadores y los conquistados, combinación que definió el carácter actual que tienen hoy todas las naciones llamadas latino o hispanoamericanas. Para entender cabalmente la complejidad del periodo colonial mexicano habría que analizar, en un principio, dos tipos de dominación española: la conquista militar y la conquista espiritual, y después, adentrarse en cómo fue el establecimiento de la capital novohispana, cuál la situación de los naturales, cómo estaba constituido y cuál era el funcionamiento del gobierno colonial; la importancia de las autoridades eclesiásticas, las nuevas formas de moral y también el miedo que inspiró el Santo Oficio todo ello sin olvidar, por supuesto, los grupos o castas que componían la sociedad colonial. No menos importante fue el arte y la cultura que en los siglos XVI, XVII y XVIII tuvieron manifestaciones particulares, la vida cotidiana y el surgimiento del criollismo, de donde salió el conjunto de hombres que, finalmente, habrían de terminar con la Colonia y con la dependencia de España.

Por encima de los enfrentamientos militares políticos, sociales, económicos, uno de los aspectos más desconcertantes de la conquista española fue la irrupción en la ideología de los indios al aprehender la realidad. La realidad colonial se desplegaba en tiempo y espacio diferentes a los tradicionales, descansaba en otras ideas de poder y de sociedad, desarrollaba enfoques específicos para las personas, de lo divino, de lo sobrenatural, del



más allá, de lo público y lo privado. Cada sociedad, contrapuesta derivaba, mantenía y separaba de manera subyacente cada enfrentamiento cultural para memorizar y comunicar a la larga lo que para nosotros es nuestra realidad (Gruzinsky, 1991:186).

Una de las primeras medidas llevadas a cabo por el incipiente ayuntamiento español fue realizar la traza, es decir el plano de la ciudad en la forma en que debería construirse, señalando las calles y plazas, el terreno para que los vecinos edificaran sus viviendas, y el lugar de las casas del cabildo, la fundición, la carnicería, la horca y la picota, que eran las primeras cosas que se procuraban establecer, conforme a las necesidades de la naciente sociedad (González Obregón, 1991b: 36). La traza contaba con los siguientes límites en las actuales calles: al norte las de Colombia y Perú; al oriente, las calles de Leona Vicario y Topacio; al sur, la calle de San Pablo, Calles de San Jerónimo, Plaza de las Vizcaínas hasta hacer esquina con San Juan de Letrán; al poniente, San Juan de Letrán y Juan Ruíz de Alarcón.

Con estos límites desaparecieron los cuatro barrios prehispánicos y fueron cambiados a la advocación de santos cristianos con los nombres de San Juan, San Pablo, San Sebastián y Santa María la Redonda, divididos a su vez en tres parcialidades. Hacia el fin del periodo colonial la ciudad tenía a saber:

“... sin las torturas y recodos de los arrabales 355 calles, 146 callejones, 12 barrios, 90 plazas y plazuelas, 19 mesones y 28 corrales o posadas de alojamiento, 3 389 casas de alojamiento, incluidas las de vecindad y 43 pulquerías”. (Sedano, 1974, TIII: 9).

El temor de las autoridades ante la posibilidad de una rebelión indígena fue una situación preocupante por lo menos hasta finales del siglo XVI, lo que motivó una serie de medidas como la condición de construir de manera inmediata en los solares que se tuvieran, so pena de no hacerlo, serian embargados.

Desde el inicio, la Ciudad de México se distinguió por tener una doble ocupación: la de la población civil con marcadas clases sociales y la de los



religiosos de diversas órdenes que se asentaron. La nueva ciudad novohispana surgida de entre las ruinas de otra ciudad tuvo esa dualidad en sus inmuebles. Así surgieron templos como el de la Santa Veracruz, el Sagrario, la Catedral, San Sebastián, San Cosme, el Amor a Dios, San Hipólito, entre otros.

Al transcurrir algunos años, las parroquias aumentaron en número, y su atención era de acuerdo a las clases sociales. Los españoles y criollos asistían al Sagrario y Catedral, Santa Catalina y Santa Veracruz; los indígenas eran atendidos en San Pablo, Santa María la Redonda, San Sebastián, Santa Cruz de Tlatelolco y Santa Cruz y Soledad.

La gran ciudad, la digna México-Tenochtitlán, recibió los favores del rey por medio de una cédula real fechada el 18 de agosto de 1548 para que desde ese momento se le llamará y conociera como MUY NOBLE, INSIGNE Y MUY LEAL, CIUDAD DE MÉXICO (Abascal, 1994: 27). En 1728, Felipe V le concedió el título de CIUDAD GRANDE DE ESPAÑA (Orozco y Berra, 1998: 56).

La fuente de riqueza más importante durante el siglo XVI y XVII, fueron la minería, la tenencia de la tierra y el control de la mano de obra de los indios. Después de la conquista, los primeros en beneficiarse fueron los mismos soldados y algunos de sus descendientes gracias a las encomiendas. La encomienda se presentó como una institución benéfica para la cristianización de los indios. Se consignaba un grupo de indígenas a un español, el encomendero, quien tenía derecho de recibir tributo y servicio de los indios a cambio de doctrina y protección, además la encomienda tenía otros fines prácticos (Ots, 1941: 25). La encomienda resultó un medio eficaz para controlar la organización social indígena. Pero sobre todo, la encomienda resultó un mecanismo efectivo del control político del grupo español (Moreno, 1976: 340).

Poco a poco los encomenderos fueron sustituidos por un nuevo grupo de terratenientes y hacendados convertidos en los principales proveedores de granos, carne, azúcar y otros productos de consumo masivo. Criollos en su mayoría, este grupo tenía suficiente poder económico para hacerse sentir con gran fuerza a través del Ayuntamiento de la Ciudad de México. La minería también jugó un papel fundamental en la economía novohispana,



llegando a niveles de producción del orden de los 122 millones de pesos hacia finales del siglo XVIII, influía directamente en la distribución de la población como en la agricultura y ganadería, el comercio y los transportes, en las rentas de la Corona, en el desarrollo de programas de Estado y aún en la religión, ya que incluso algunas ordenes religiosas proclamaban que “*donde no hay plata no entra el evangelio*” (Cue, 1988: 71). Dentro de la economía de Nueva España fue importante el intercambio de productos naturales así como de elementos culturales que hubo entre América, Europa y Asia (Rivera, 1988: 41).

Los cabildos americanos tenían dos funciones, la impartición de justicia y la administración de cierto territorio. El Cabildo de la Ciudad de México se componía de dos alcaldes elegidos por notables de la ciudad. Reconocían las causas civiles y criminales. Las autoridades reales como virreyes, gobernadores y corregidores, intervenían en las deliberaciones y elecciones de los cabildos. En el Cabildo se trataban todos los asuntos que de alguna manera afectaban a toda la Nueva España, algunos de sus integrantes eran: el procurador general, el comisionado de la cárcel, el juez de escuelas, el diputado de fiestas, el juez de ríos, calzadas y caminos, el comisionado de milicias, administrador de granos y carne (Torales, 1994:100).

El sistema administrativo de la Nueva España fue muy complejo, para el siglo XVIII había obras de profundo análisis político (Villarreal, 1994). Hacia 1700 y durante todo el reinado de Carlos III (1759-1788), la Nueva España sufrió cambios radicales, porque el Estado ejercía el poder, sin injerencia de otras instancias. Con la Casa de Borbón, los virreyes pasaron a ser jefes de las colonias, más interesados en el bienestar económico que en la salud moral de los súbditos. En la Nueva España fueron tiempos de reformas administrativas y grandes obras de servicio público. En 1720, los borbones reordenaron la ciudad en divisiones territoriales llamadas cuarteles. En 1744, la ciudad se dividió en cuarteles bajo la autoridad de un alcalde de cuartel. Esto permitió una mejora en los servicios como empedrado de calles, alumbrado y sobre todo limpieza, ya que desde la culminación de la conquista las prácticas de limpia en la ciudad fueron bastante insalubres.

El imperialismo español trató de justificar sus actos a través de la religión. La conquista de México fue considerada una empresa religiosa por-



que destruía una sociedad pagana además de tener la encomienda de fundar una sociedad cristiana. Con Cortés llegó el primer religioso, Bartolomé de Olmedo. En 1523 desembarcaron en tierras mexicanas, Juan de Aora, Juan de Tecto y Pedro de Gante, los dos primeros murieron durante la expedición a las Hibueras, mientras que Pedro de Gante inició su misión evangelizadora en Texcoco. En 1524, llegaron los franciscanos llamados *Los Doce*, entre los que destacaron Martín de Valencia y Toribio de Benavente.

Las primeras misiones llegaron amparadas de grandes privilegios. El Papa Adriano VI, cedía a las órdenes mendicantes su autoridad apostólica en cualquier sitio, esto propició que en los primeros años de la colonia los misioneros actuaran con toda libertad. Podían aplicar todos los métodos y recursos que consideraran convenientes con el fin de convertir de manera masiva a los indígenas. En 1526 llegaron a la Nueva España los primeros dominicos y los agustinos en 1533. Para 1559 había en la Nueva España 380 franciscanos con 80 establecimientos, 210 dominicos y 212 agustinos ambos con 40 casas (Moreno, 1976: 329). En 1545 llegó la Compañía de Jesús, el Carmelo Descalzo en 1585, mercedarios en 1593, benedictinos en 1602, agustinos recoletos en 1606, ermitaños de San Antonio Abad en 1628; las órdenes hospitalarias: hipólitos y juaninos en 1604 y los betlemitas en 1674 (Ramos Medina, 1994: 120). La máxima autoridad de la iglesia en México era el arzobispo, cuya sede era la Catedral de la Ciudad de México. Del arzobispo dependían todos los sacerdotes no importando su orden.

En la ciudad existieron dos tipos de religiosos, los seculares, dedicados a todos los grupos que ahí habitaban y los regulares, dedicados casi exclusivamente a los indios. Esto instituyó, como comenté anteriormente, dos tipos de parroquias, unas dedicadas a la población en general, y otras dedicadas exclusivamente a los indios. La labor de los clérigos durante la colonia fue realmente importante, prueba de esto es la inmensa cantidad de escritos con datos etnográficos e históricos que estos personajes nos han heredado. Acompañantes de la población y forjadores, en parte, de la identidad tradicional de México.

Otras instituciones de gran importancia durante el periodo colonial en México fueron las educativas y las de asistencia social. En las primeras podemos destacar una doble visión, esto es, la división que existió en cuanto a la



educación que recibieron por un lado, los indígenas; y por el otro, los europeos y sus descendientes. La educación novohispana se estructuró según la naturaleza de los educandos; para indios comienza con la llegada de Pedro de Gante en 1523, fundó la primera escuela hispana durante su larga estancia en Texcoco para dar educación y descanso espiritual a los naturales, esta escuela llegó a albergar casi mil alumnos entre externos e internos (Quesada, 1994: 131). El Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco se abrió en 1536 para la educación superior de setenta alumnos indios que llegaron a los 200 en el ápice del colegio y cuya figura central fue fray Bernardino de Sahagún. También cabe destacar la existencia del Colegio de San Juan de Letrán, que fuera el centro educativo más importante para la instrucción de mestizos, en este colegio fundado a mediados del siglo XVI, se enseñaba doctrina cristiana, lectura, escritura, gramática y otras materias sobre oficios.

Apenas lograda la conquista de la Ciudad de México las instancias reales procuraron la instalación de un local para realizar estudios superiores. La Real y Pontificia Universidad de México abrió sus puertas el 25 de enero de 1553 siguiendo los estatutos de la Universidad de Salamanca de fuerte arraigo medieval y escolástica.

Iñigo López (Ignacio de Loyola) fundó en 1540, la Compañía de Jesús. Al hacerlo no sólo creó una serie de características muy particulares para los miembros de la orden, también se establecen nuevas formas de educar y ver al mundo. De la Universidad de París tomó la práctica de implementar conferencias y cursos, cuyo fundamento era poner en práctica lo visto en las aulas y la asistencia obligatoria a clases. La educación jesuita modeló en varios países a las diferentes instituciones de enseñanza, prueba de esto es la formación de varios de sus alumnos, Miguel de Cervantes, Lope de Vega, Descartes, Torcuato Tasso, Voltaire y Balzac, entre muchos otros. Esta es la herencia educativa que traerá a México en 1572 Pedro Sánchez, provincial fundador de la Compañía en México, catedrático de la Universidad de Alcalá y ex rector del Colegio de Salamanca.

El Colegio de San Pedro y San Pablo se abrió en 1573, a un año de la llegada de los primeros jesuitas, bajo el virreinato de don Martín de Almanza. El benefactor fue don Alonso de Villaseca “El *Creso*”, por ser el hombre más rico de la Nueva España en ese momento, quien patrocinó



varias obras para la compañía. Entre los establecimientos más connotados de los jesuitas fueron el Colegio Máximo de San Pedro y San Pablo, que albergó a los colegios de Santa María de Todos los Santos, San Gregorio, San Miguel, San Bernardo, San Lucas, San Ildefonso y San Andrés (Quesada, *op. cit.*, 138). De entre maestros y alumnos formados bajo la enseñanza jesuita podemos destacar a: Francisco Javier Clavijero, Antonio Alzate, Bernardo de Balbuena, San Felipe de Jesús, Francisco Primo de Verdad, Miguel Hidalgo, Ignacio Aldama, Ignacio López Rayón, Guadalupe Victoria y Melchor Múzquiz.

También existieron escuelas para indias establecidas por mujeres piadosas en lugares como Texcoco, Coyoacán, Otumba, Tlaxcala y Puebla. Su formación estaba dirigida a impartir doctrina, bordado, costura y oficios domésticos, de manera informal y en ocasiones clandestina, se dieron nociones de lectura y escritura. Otras instancias fueron la enseñanza conventual y una llamada de las “amigas”, que eran escuelas de paga con maestras sin respaldo académico.

La Ciudad de México representa un ejemplo de la dinámica que siguió la colonización y urbanización. Surgió como toma del suelo sagrado, símbolo de autoridad y señorío. La capital novohispana surge como algo tomado del modelo occidental, pero sólo de manera formal, pues socialmente la interacción de los diversos grupos sociales resquebrajó su unidad básica, la familia, al crear amplias capas de ilegítimos y vagabundos. Durante los siglos que duró el gobierno español la Ciudad de México, creció no sólo en población sino en centros urbanos que interactuaban de manera intensa con la gran ciudad. En este contexto la Ciudad de México era la más importante del mundo hispanoamericano, estuvo sujeta a ser la base administrativa, política y religiosa del reino, a pesar de constantes cambios, como la expulsión de la orden jesuita en el siglo XVIII, y es durante este periodo que se considera la *Edad de Oro* de la Nueva España (Davis, 1945), ya que fue en este periodo la cúspide de reformas profundas en todos los ámbitos de la vida de los habitantes. En lo civil, a partir de las Reformas Borbónicas, la ciudad se distribuyó en ocho cuarteles mayores y treinta y dos menores, que ocupaban cerca de quince kilómetros cuadrados, sin contar los diversos asentamientos indígenas alrededor de ésta, lo que pro-



vocó que la dinámica poblacional a través de la migración campesina produjera una plebe urbana constituida por “vagos”, “ociosos”, “malvivientes”, “mal entretenidos”, “desnudos”, “lazarónis”, etc. (Lombardo, 2000: 13).

En este contexto, por ejemplo se limitó el peso de la Iglesia Católica con la secularización de templos y ordenes, de los edificios se quitaron imágenes religiosas y en su lugar se colocaron elementos decorativos de influencia clásica. Se vio incrementada la vida festiva social de carácter laico en la que pasaron a ser predilectos los festivales relacionados con la familia real.

La sociedad colonial

Desde el momento mismo de la caída de Tenochtitlán, los españoles pusieron en práctica una política racial con características segregatorias, la creación de dos repúblicas autónomas entre sí, con diferentes leyes y autoridades, una de indios y otra de españoles. Con lo que la sociedad colonial marcó, el inicio de un prejuicio social que, incluso, perdura hasta nuestros días. La existencia de esas dos repúblicas, era tan marcado que se veía en la distribución de los sitios de habitación en la ciudad, la zona céntrica estaba planeada para la ocupación de los europeos y religiosos, en la zona periférica se concentró la población indígena.

La sociedad novohispana, a diferencia de la europea no sólo fue jerárquica, sino segregacionista, en ella se expresaron las diferencias y la separación de las repúblicas. No obstante los límites, reales o imaginarios, los barrios a la vez que separaban, unían y otorgaban movimiento al conjunto porque proporcionaban servicios y trabajo. Parece equivocado tratar de entender la ciudad colonial a través nada más de la reglamentación y los estatutos, pues el tiempo y la realidad impusieron una comunicación y un intercambio mucho más fluidos, cotidianos y recíprocos. Aunque la sociedad era segregacionista la ciudad no lo era, pues los diferentes espacios eran compartidos por los habitantes.

La vida cotidiana en la época novohispana se manifestó de acuerdo con la estratificación social en la Ciudad de México, de hecho en la sociedad colonial se entrecruzaron diversas modalidades de estratificación



social. El primer elemento de la diferenciación era el llamado estamental, ya que según los religiosos, Dios había instituido en la sociedad tres clases diferentes de hombres: clérigos, nobles y campesinos (Rubial, 1994:68). Igualmente los factores étnicos parecieron constituir un claro sistemas de castas. Además de lo anterior, el llamado corporativismo era una forma de identificación económica, legal y grupal. Este corporativismo o agrupaciones servían para que las autoridades cumplieran con una supervisión y regulación adecuada para cada sector de la sociedad. Podía ocurrir que en determinadas circunstancias se manejara más un tipo de diferenciación como el color de la piel, mientras que en otros momentos lo importante era distinguir al noble del plebeyo, sin que la identificación racial tuviera relevancia (Chocano, 2000:43). Paralelamente, las características sociales y biológicas tuvieron gran peso para diferenciar tanto actividades como derechos de cada poblador en la Nueva España.

La supuesta separación de españoles y de indios era rota de manera constante, pues los primeros salían del centro urbano, y los segundos, eran visitantes asiduos del centro de la ciudad. La original rigidez de los grupos sociales se rompía de manera cotidiana y se creaba la base de ese amplio sector ilegítimo que vivía en el mundo colonial en un contexto de fuerte mezcla como punto contradictorio de la política segregacionista (Uchmany, 1987: 35).

El tiempo destruyó esas barreras raciales al incrementarse de manera significativa el número de pobladores interraciales. La llegada de esclavos africanos a partir de 1550 y grupos de origen asiático, crearon nuevas clases de mezclas en la población, esto, que no fue contemplado en su momento por los españoles, creó una serie de situaciones donde la población se vio inmersa en un abanico de características interétnicas importantes: el mestizaje.

Faulhaber (1990:39), estimó que como consecuencia de la poca presencia de mujeres europeas se inició el mestizaje con la llegada de los españoles a la América continental.

El mestizaje no sólo fue biológico también social y cultural, los mestizos no sólo nacían se *hacían*. La ciudad influía en la adopción de nuevos valores religiosos y en la transformación de la vida material y social, convirtiendo en mestizo lo naturalmente indígena.



Bajo el sistema de casta o grupo se dividió la sociedad colonial (Torres, 1990: 28; Riva Palacio, 1997: 202), los españoles se consideraban *gente de sangre limpia*, aunque fueran pobres, una distinción que significaba la ausencia de antecedentes judíos o moriscos; los indios que eran considerados *gente sin razón* y los negros africanos eran considerados *infames por derecho* (MacLachlan y Rodríguez, 1990: 199).

Mediante el *origen* se formó la pirámide social novohispana, con los españoles nacidos en España ubicados en el vértice y debajo de ellos, sus hijos, los criollos y por supuesto las castas o razas mezcladas. En la Nueva España también se encuentran grupos bioculturales que llegan de Europa como judíos, conversos y luteranos a pesar de la reglamentación de migración llegaron personas de Italia, Alemania, Inglaterra, Francia, Rumania y Hungría, entre otros (MacLachlan y Rodríguez, 1990: 215).

En la base de esta pirámide social, se encontraban los indígenas⁹, muchos de ellos eran descendientes de los antiguos pobladores de Tenochtitlán, otros eran migrantes de otras zonas culturales como zapotecos, huastecos, otomíes, mixtecos, mazahuas, chichimecos (mecos), éstos últimos, considerados generalmente infieles por no acceder al bautismo católico.

Los indios estaban considerados desde el inicio de la colonia como súbditos de la Corona y a partir de 1537, el Papa Pablo III les otorgó los mismos *derechos* que a los hombres blancos. Esto es, que los indios podían profesar únicamente la religión católica y asistir a los templos destinados a ellos para recibir doctrina y los sacramentos.

Para los grupos negroides las condiciones eran diferentes, a pesar de que habían llegado a territorio americano en calidad de mercancía (Mondragón, 1999: 65), su alto costo en la ciudad como esclavos impedía que su presencia fuera generalizada, su función era como sirvientes en casas de funcionarios o como trabajadores con puestos primordiales en las fincas o haciendas. Sin embargo, en algunos casos fueron considerados especiales para los amos como en el siguiente ejemplo:

⁹ Cabe mencionar que al interior de la población indígena, persistió la nobleza indígena, la cual era reconocida y valorada por los europeos.



“Año de 1762. Lunes 24 de enero. Se le murió al virrey una negra esclava que era recamarera de la virreina y se la había llevado el marqués de Cadereita de esta ciudad, y la enterraron en la iglesia de Santa Teresa, y cargaron el cuerpo todos los caballeros de esta ciudad, y asistió al entierro toda la nobleza de ella y todas las religiones y capilla de la catedral”. (Guijo, 2002: 53).

Los mestizos constituían el gran grupo medio, y el más cuantioso de la colonia, después de los indios. No se puede negar que integraban un grupo de enorme importancia, destinado a ser el sector principal y el núcleo de la emergente nación mexicana y que durante el siglo XVII se desarrollaba rápidamente, sin embargo, en los documentos de la época se les menciona poco y se les considera de forma muy limitada (Israel, 1980: 68).

En el tope de la pirámide étnica se encontraban los españoles, sin embargo, en este grupo se encontraban hondas diferencias, la principal radicaba en el lugar de su nacimiento, mientras los nacidos en América se les conocía como criollos, a los inmigrantes se les daba el nombre de peninsulares.

Al pasar el tiempo, el número de criollos aumentó considerablemente por lo que los peninsulares empezaron a etiquetar a los criollos como gente floja, relajada e inepta, no se les permitía ocupar los cargos administrativos y civiles más importantes, lo que provocó resentimiento contra los europeos, esto, a la larga propició la separación de este grupo y sembró las ideas de independencia al finalizar el siglo XVIII.

De la creciente mezcla de sangres en la segunda mitad del siglo XVI se conocían los diferentes tipos^{10*}

- De español y española, *criollo*.
- De español e india, *mestizo*.
- De mestizo y española, *castizo*.
- De castizo y española, *español*.
- De español y negra, *mulato*.

10* Existen varias clasificaciones y pueden encontrarse diferencias entre unas y otras, incluso en las pinturas de castas muy en boga durante el siglo XVIII (Nota del autor. N. del A.).



- De mulato y española, *morisco*.
- De salta atrás e indio, *chino*.
- De chino y mulata, *jíbaro*.
- De jíbaro e india, *albarazado*.
- De albarazado y negra, *cambujo*.
- De cambujo e india, *zambayo*.
- De negro y mulata, *zambo-pireto*.
- De zambo y mulata, *calpan-mulato*.
- De calpan-mulato y zamba, *tente en el aire*.
- De tente en el aire y mulata, *no te entiendo*.
- De no te entiendo e india, *allí te estás*.
- De negro e india, *chino cambujo*.
- De chino cambujo e india, *lobo*.
- De albarazado y mestiza, *barcino*.
- De castizo y mestiza, *chamizo*.
- De mestizo e india, *coyote*.

La presencia de varios grupos raciales y étnicos motivó una intensa relación sexual entre estos grupos, en su gran mayoría el resultado de dichas relaciones era la concepción de hijos considerados ilegítimos, con el tiempo el término mestizo era utilizado para nombrar como bastardos a los hijos de una unión interracial. Tal ilegitimidad motivó el implementar una serie de prohibiciones en torno a los grupos afro mestizos e indo mestizos, como no tener derecho a recibir algún sacramento, ocupar cargos públicos, incluso, no poder desempeñarse en diversos oficios. A menudo se les llamaba “gente vil y despreciable”, y se les daban nombres peyorativos. Tal discriminación influyó para que los mestizos trataran de adoptar un grupo más “puro”, ya fuera el del padre o bien, el de la madre.

Aunque se habla de castas, éstas no eran rígidas y endogámicas como las que existen en la India; incluso era posible pasar de una casta a otra de tipo superior cuando una persona presentaba un color más claro, debido a la descomposición de los caracteres hereditarios, y cuando poseía la riqueza necesaria para efectuar el pago correspondiente a las cajas reales (Faulhaber, 1990: 39). Las causas en que se basaba la “pigmentocracia” fueron de orden socioeconó-



mico, ya que a partir del siglo XVII y en los años posteriores, las autoridades consideraban a las personas resultantes de estas mezclas como un peligro para la estabilidad del reino (Faulhaber, 1976: 81). A fines del siglo XVII, testigos de la transformación creían que el contacto entre negros, mulatos, mestizos y criados sería perjudicial y atentaría contra las buenas costumbres indígenas. Era claro que ese contacto traería consecuencias para la religión, los registros de nacimientos y el tributo y el diezmo, pero lo que más incomodaba a los europeos era el hecho de que los indios y negros convivían con los españoles y se atrevían a vestirse a la usanza del europeo (Miño, 2001: 59).

El sistema de castas (suprimido una vez consumada la independencia de México), fue de alguna manera el antecedente a un sistema de clases en el cual, la ubicación está determinada más por el orden de la producción y ya no por la adscripción derivada del nacimiento u origen (Aguirre Beltrán, 1990: 57). Aunque después de la independencia la diferenciación social se estableció por diferencias económicas.

Una expresión importante en la Ciudad de México fue la del indio ladino (hablante de español y una lengua nativa), que al vivir en un medio tan diferente al de los pueblos; constituía una personalidad privilegiada en sus actividades económicas y religiosas, así como en su forma de hablar, vestir y comportarse. Era un hecho que había abandonado las costumbres de sus antepasados, lo que significaba una ruptura y un cambio radical con sus orígenes. La cercanía física puso en contacto a indios con negros, mulatos y mestizos, convivencia que incluso era motivo de preocupación por parte de las autoridades.

Se puede considerar que el siglo XVIII fue de cambios, ajustes y transformaciones sociales, y la época en que se definieron las características fundamentales de la estructura social de la Ciudad de México.

De acuerdo con Anna (1981), la sociedad novohispana en sus últimos cincuenta años estaba compuesta por una *elite* administrativa real y extranjera donde se encontraban los españoles gachupines y otros, principalmente europeos; otro estrato social donde se encontraban los criollos y algunos mestizos mineros y hacendados los cuales constituían una plutocracia; la pequeña burguesía, la cual agrupaba a los militares y clérigos seculares así como a los mandos medios de la administración pública y en el fondo de



la escala social, estaban los pobres, indios, negros y castas quienes llevaban una existencia miserable, ya que, la gran mayoría ocupaban habitaciones múltiples en casuchas o vecindades y dormían junto a animales, tiraderos o donde les “cayera la noche”.

Los viajeros del siglo XVIII no hablaban de indígenas sino de vagos, plebe, léperos, es decir, de una categoría social distinta, seguramente mestiza que estaba rompiendo la bipolaridad español-indígena. Se trataba de una mezcla social que representaba al estrato más bajo de los habitantes de la ciudad y se componía de negros, indios, criollos y bozales de diferentes naciones y credos, de chinos, mulatos, moriscos, mestizos, zambaigos o zambayos, lobos, coyotes y también españoles que se declaraban *zaramullos* (pícaros). Desarticulación, mezcla y movilidad caracterizaron a la sociedad del siglo XVIII, que develaron en la sociedad a figuras claves de la ciudad como el lépero, a los zaragates y a los zánganos o *huachinangos urbanos*.

La población indígena

Durante la colonia, los indígenas conformaron el grupo social más segregado. El trato que se les daba era como si fueran infantes que evidenciaba paternalismo, se les tenía prohibido portar cualquier tipo de arma, usar ropa de tipo español, montar a caballo, entrar al Sagrario, etc. Jurídicamente, tenían privilegios, eran excluidos del pago de diezmos y alcabalas, no podían ser juzgados por el Tribunal de la Inquisición y tenían juzgados independientes para defenderlos de los atropellos que llevaban a cabo los españoles, así como para dirimir cualquier disputa entre ellos. También fueron considerados como súbditos de la corona y desde 1537 el Papa Pablo III les otorgó los mismos *privilegios* que a los españoles. Esto es, que tenían derecho a profesar únicamente la religión católica y asistir a los templos, dedicados a ellos a recibir doctrina y los sacramentos.

En la segunda mitad del siglo XVIII fue frecuente que las autoridades calificarán a los indios como “dóciles, humildes y aplicados”. También era general, la forma de europeos y criollos llamar a los indios perezosos, y se arraigó aún más con las Reformas Borbónicas, en donde al indígena se le llamó “zángano en colmena”. El termino que más se aplicaba a los indíge-



nas prácticamente en todas las regiones era el de *miserable*, en el sentido de desamparado, desprotegido, desafortunado y empobrecido, tanto en sentido material como espiritual (Taylor, 2003: 279). También se consideró a inicios del siglo XVIII la separación de españoles y europeos debido al mal olor que estos últimos despedían (Fierros, 2009: 125). Sólo, ocasionalmente y en sentido peyorativo, se referían a los indios, como *ignorante* para reforzar la idea de que los indios necesitaban de protección pues, por naturaleza, vivían en el infortunio. Resultando que la connotación mencionada perdura hasta nuestros días.

Los indios constituían la mayor parte de la población en la segunda mitad del siglo XVIII, aunque la mayoría vivía con mucha estreches confundida con beneficios como la protección a sus tierras y costumbres por parte de la Corona. Es a partir de la implementación de las Reformas Borbónicas, las cuales concentraban un poder estatal centralizado en la persona del rey, con una enorme burocracia jerárquicamente organizada y sustentada en un ejército permanente, además se promovía el liberalismo comercial que se inicia una nueva etapa de opresión hacia los pueblos originales, pues es en este momento histórico, que inició la pretensión de comercializar las grandes extensiones de terrenos de propiedad comunal. Los hacendados, principalmente, proponían que en fines del progreso y del uso adecuado de la tierra, esta fuera distribuida entre los indígenas de manera individual para posteriormente negociar con ellos de manera personal, esto con el fin de evitar problemas con la protección a los naturales (Jiménez, 1997: 53). Además al transformar a los indígenas en propietarios se les obligaría a pagar impuestos aún cuando quedaran libres de tributo (se les cobraba 2 pesos *per cápita* a partir de los 18 años hasta los 50 años de edad). Aunque muchos de sus agravios estaban centrados no sólo en la invasión de sus tierras sino también a sus costumbres culturales y religiosas como la secularización de las parroquias, ordenada por la Corona desde 1753. Los efectos negativos de la secularización fueron vistos por los indígenas como una estafa de la fe, cuando los frailes regulares fueron reemplazados por los sacerdotes seculares, los indígenas ya no sentían la confianza protectora tanto en la tierra como la intervención en el cielo.

Recordemos que hubo episodios significativos en la estructura demográfica de los naturales, por ejemplo, la población indígena se redujo en



gran número durante los primeros años de la colonia, algunos de los argumentos que ofrecieron los españoles, era que los indios estaban sometidos a requisitos laborales excesivos, tributos exagerados, los malos tratos, la ebriedad, el hambre, las sequías, las inundaciones y por tanto, las enfermedades. De lo anterior, se ha comprobado que las enfermedades fueron un fenómeno esencial para la sobrada mortandad indígena.

También es sabido que un gran número de epidemias afligió a la ciudad de México durante su periodo colonial. Las infecciones se extendían principalmente durante la temporada seca, a fines del verano y el otoño (Gibson, 1979: 138-139). En no pocas ocasiones la capacidad de los establecimientos como hospitales y enfermerías se rebasaban por mucho, lo que propicio que la corona contribuyera a la atención médica con la construcción de un hospital dedicado exclusivamente a atender a los naturales de la Ciudad de México y sus alrededores. Este establecimiento fue conocido como Hospital Real de Naturales y abordaremos la información de manera profusa más adelante.

Los naturales de Filipinas también fueron considerados indígenas, de hecho eran llamados *indios chinos*, generalmente llegaban a la Nueva España en la Nao de China¹¹ o algún otra embarcación al Puerto de Acapulco o Manzanillo en calidad de esclavos, sirvientes, grumetes y comerciantes o ejercían algún oficio como el de barberos, además los que eran libres tenían derecho a formar gremios y cofradías. Aunque la autoridad si hacía distinción del resto de los indios nunca se tomaron acciones reales para establecer una diferencia práctica. Incluso podían unirse en matrimonio con otros grupos de indios o con algunas castas como mestizas, mulatas, negras, moriscas (Oropeza, 2007: 119).

La población indígena para la segunda mitad del siglo XVIII estaba distribuida de la siguiente manera: con base en el informe ordenado por el virrey Juan Vicente Güemes, segundo conde de Revillagigedo, en 1783 y que a la postre se convertiría en uno de los censos más importantes aporta que la po-

11 También fue llamado Galeón de Manila, es generalizada la idea de un solo barco pero en realidad se trataba de una flota.



blación de la intendencia^{12*} de México y sus alrededores era de 1, 162, 856 personas en 1793 y de acuerdo con Navarro y Noriega 1, 591, 844 en 1810.

Mientras que los datos que aporta Humboldt (1804) y que a su parecer corrigen los de Revillagigedo en 1793 son los siguientes (**Tablas 1 y 2**):

Tabla 1. Datos aportados para la población de fines del siglo XVIII

Revillagigedo	4, 483 680
Humboldt aumenta	1, 281 054
Total	5, 764 734 almas en el reino de Nueva España (sic)

Tabla 2. Población de algunas intendencias de la Nueva España, 1793 y 1810

Intendencia	1793	1810
México	1 162 856	1 591 844
Puebla	566 443	811 285
Tlaxcala	59 117	85 845
Oaxaca	411 366	596 326
Valladolid	289 314	394 689
Guanajuato	397 924	576 600
Zacatecas	118 027	140 723
Guadalajara	485 000	517 674
Veracruz	120 000	185 953
Total	3 610 047	4 900 939

Tomado de Miño (2005: 26), modificado para el presente trabajo.

Tabla 3. Composición étnica de la población (1810)

Intendencias	Espanoles	%	Indios	%	Castas	%
México	269416	16.9	1,052862	66.1	265883	16.7
Puebla	82609	10.1	60287	74.3	124313	15.3
Oaxaca	37694	6.3	526466	88.2	31444	5.2
Guanajuato	149183	25.8	254014	44.0	172931	29.9

12* La división política en intendencias llevada en la Nueva España fue establecida a raíz de las Reformas Borbónicas a partir del siglo XVIII y fue hecha para evitar la confusión que producía la división anterior (reinos, gobernaciones, alcaldías, etc.).



S. L. Potosí	22609	13.0	88949	51.2	62007	35.7
Zacatecas	22296	15.8	40872	29.0	77555	55.1
Durango	35992	220.2	63890	36.0	77302	43.5
Sonora	38640	28.5	60855	44.9	35766	26.4
Yucatán	78375	14.8	384185	72.6	65541	12.3
Guadalajara	164420	31.7	172676	33.3	179720	34.7
Veracruz	19379	10.4	137774	74.0	28432	15.2
Valladolid	108970	27.6	168027	42.5	117134	29.6
Gobiernos						
Nvo. México	*	*	10557	30.8	23628	69.0
Vieja California	*	*	2325	51.7	2152	47.9
Nueva California	*	*	18780	89.9	2053	9.8
Coahuila	13285	30.9	1241	28.9	17215	40.0
Nvo. Reino de León	27412	62.6	2431	5.5	12838	31.6
Nva. Santander	14639	25.8	13251	23.3	28825	50.8
Texas	1326	39.7	912	27.3	1083	32.4
Tlaxcala	11683	13.6	62173	72.4	11884	13.8

Tomado de Márquez, 2001: 20. Modificado para el presente trabajo. * El número de españoles se incluyen en castas.

Entre los años 1793 y 1810, alrededor del 60% de la población total de la Nueva España era indígena (**Tabla 3**), esto fue resultado de varios elementos demográficos que influyeron directamente en el crecimiento o decrecimiento de la población a partir del contacto con los españoles, por ejemplo, en la segunda mitad del siglo XVIII, la región de Puebla-Tlaxcala, se vio afectada por crisis agrícolas y económicos que produjeron una fuerte migración hacia la Ciudad de México asimismo se presentó la terrible epidemia de Matlazahuatl (1736-1739) lo que provocó numerosas muertes, principalmente en la población indígena (Molina, 2001). Lo anterior es importante de mencionar, ya que, los indígenas fueron los más afectados durante los periodos de crisis como las epidemias, sequías, nevadas e inundaciones, entre otras. Los eventos mencionados presionaron a que comunidades enteras se dirigieran a las ciudades en busca de aminorar sus necesidades. Con los episodios epidémicos de la segunda mitad del siglo XVIII como el brote de viruela en 1779 se hizo más profundo el sentir de la pobreza, por todos lados se veían mendigos y pobres solicitando ali-



mentos. Posteriormente en 1780 una combinación de enfermedades como disentería, tifoidea y fiebres aunadas a malas cosechas y carestía en toda la zona central y que se prolongó hasta 1786 provocó numerosas muertes en la población indígena (Miño, 2005: 29). Si bien es cierto que la población indígena migraba hacia las ciudades también es importante resaltar que los llamados pueblos de indios no eran abandonados ya que éstos, realizaban una importante labor para la economía general, tanto sus productos naturales como su trabajo, principalmente artesanal, proporcionaban una serie de importantes contribuciones a la vida cotidiana de las regiones. A principios del siglo XIX, era posible comprender todo ese enramado de centros agrícolas y artesanales, por ejemplo, la intendencia de México, de la cual formaba parte la Ciudad de México, estaba compuesta por 5, 927 leguas cuadradas en la que se encontraban seis ciudades, quince villas y más de mil doscientos pueblos (Miño, 2005: 34). Entre la población indígena se presentaba, además, un cierto equilibrio entre la población masculina y la femenina; al menos en 1793 las mujeres representaban el 49% de la población indígena total en la Nueva España (Tostado, 1991: 16).

Para darnos una idea de la densidad y presencia de la población indígena, se presenta la siguiente *Tabla 4*:

Tabla 4. Indios de pueblo e indios laboríos en la Nueva España, 1800

Intendencia	Indios de pueblo %	Indios laboríos y vagos %
México	97.6	2.4
Michoacán	77.3	22.7
Guadalajara	98.6	1.4
Yucatán	99.2	.8
Guanajuato	32	68
San Luis Potosí	32	68
Zacatecas	65	35
Veracruz	96.2	3.8
Puebla y Tlaxcala	99.3	.7
Oaxaca	100	0
Arizpe	90	10

Tomado de Tank, D. 1999 (cfr. Miño 2005: 44).



Trabajo y servicio de los indios

Una institución básica y poco referida en la vida de los indios trabajadores fue la *mita*. Esta era una institución de origen indígena que presentó diversas etapas en el periodo colonial de acuerdo a la actividad que se realizara, ésta podía ser minera, agrícola, doméstica, entre otras.

En esta institución laboral, los indios de un determinado pueblo entraban a un sorteo para trabajar durante un lapso de tiempo al servicio de instituciones españolas como hospitales y asilos o en haciendas a cambio del pago de un salario adecuado y controlado por las autoridades españolas e indígenas. La duración de la *mita* doméstica se fijó en quince días; la *mita* pastoril en tres meses y la *mita* minera en diez meses. Estuvieron exceptuados de la *mita*, aquellos especialistas como carpinteros, alarifes, sastres, herreros, y los propietarios de tierras que ellos mismos trabajaran (Ots, 1941: 32).

Del amplio trabajo de Zavala (1995), que versa sobre los diversos trabajos y servicios que prestaban los indios durante la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX, refiere que la presencia laboral de los indios abarcó prácticamente todas las actividades, únicamente estaban excluidos a tener cargos en la administración pública mayor, cargos religiosos o mandos en el ejército. Los indios eran obligados a trabajar en las tareas que se consideraban necesarias, era una ordenanza real la obligación de los indígenas a participar en la obra pública como era la construcción y rehabilitación de caminos para evitar la holgazanería y la disolución social. También es importante mencionar que aunque de manera formal la duración del turno laboral o *mita* estaba establecida desde el siglo XVI aunque en lo práctico esta no se reconocía ni se respetaba de misma manera estaba prohibido que los empleadores sujetaran a los indios a trabajos forzados o a aquellos que les implicara un daño a la moral o a la salud como era el manejo de azogue en los minerales de plata, de esta manera, podemos encontrar que los indios varones, más bien estaban por todos lados, en los trapiches, en minas, haciendas productoras de varios productos como trigo, pulque, grana cochinilla y añil, ingenios, eran albañiles y alarifes, pastores, campesinos, vaqueros, sirvientes, cargadores o tamemes, aguadores, jornaleros, asimismo trabajaban en mataderos o rastros, telares, batanes, tenerías, pulperías, curtidurías, molinos,



panaderías, obrajes, carpinterías, carnicerías eran aprendices en diversos oficios, eran sirvientes en hospederías y mesones así como en casas de personas ricas. Las mujeres tenían puestos en los mercados y vendían casi todo, desde alimentos hasta ropa usada. Trabajaban como nodrizas, nanas, lavanderas, y vendedoras ambulantes. Principalmente se mantenían en actividades como los telares, la cerámica y también el servicio doméstico de casas ricas. En los ingenios y trapiches trabajaban sólo mujeres esclavas y los centros mineros las requerían como cocineras, criadas o prostitutas. El empleo de las mujeres en las fábricas de textiles y de tabaco era un tanto ambicionado, ya que a partir de 1779 se les reguló al dedicarse a diversas actividades y fue en 1784 cuando se permitió el trabajo femenino de acorde a sus capacidades como ser peinadora, encajera, tejedora de lana y seda y otras semejantes. Cuando las mujeres indias estuvieron en condiciones de establecer sus propios talleres de hilandería se convirtió en un negocio provechoso y surgieron pueblos enteros dedicados a la actividad textil, dirigidos, obviamente por mujeres. Algunas instituciones de caridad, daban empelo a las mujeres como tortilleras, atoleras o enfermeras; en muchos casos, los pueblos de indios producían artículos y productos que ellos mismos vendían en la ciudad.

La población indígena a partir de la conquista europea continuó con la estructura de vivienda utilizada en la época prehispánica. La mayoría de las casas eran de adobes aunque también se podían encontrar de piedra con techo de palmas o madera. La gran mayoría sólo contaban con una cocina, una habitación para que durmieran en ella todos los miembros de la familia, aunque era poco probable, si se contaba con más recursos se podían construir más habitaciones al extenderse la familia (Soustelle, 1970: 129). La mayoría de las casas tenían pisos de tierra, en él dormían en petates y en ocasiones carecían de puerta en la entrada y de ventanas lo que provocaba que no hubiera circulación de aire si el fogón estaba adentro o muy cerca de la casa esta presentaba contaminación por el humo generado. Generalmente, la ducha se realizaba en ríos o con agua almacenada en ollas; mientras que las de micción y defecación se realizaban en “lugares comunes” o al aire libre. Para la segunda mitad del siglo XVIII el patrón de asentamientos continuaba siendo irregular. Los indios vivían en jacalones de una o máximo dos habitaciones, alejados del núcleo principal, ya sea de



la ciudad o de la cabecera del pueblo a donde pertenecieran. Estos lugares que después serían denominados *barrios* se les conocieron como *estancias de indios*, que eran conjuntos de casas principalmente asentadas de manera irregular (Gibson, 1979: 36). Se considera que esto se debió entre otras cosas a la prohibición que los europeos establecieron para evitar que los indios se mezclasen con los blancos, además por la parte indígena se prefería esto para evitar los posibles abusos de los españoles.

Alimentación

En el siglo XVIII la cultura material indígena seguía fuertemente arraigada en las costumbres de la población. En este sentido la dieta ancestral indígena sustentada en el maíz, chile, calabaza y frijol seguía siendo el eje de la alimentación, sin embargo, muchos otros productos vegetales y animales se incorporaron, se mezclaron y complementaron así podía aparecer guisos preparados con especias de oriente, frutas y vegetales de Asia.

El maíz fue la base del sustento alimentario en el centro y sur del virreinato, además de los indígenas la población blanca, mestiza y negra adoptó su consumo. En los territorios del norte fue diferente pues la población indígena no lo incorporó de lleno a su alimentación cotidiana, y cuando llegó a sembrarlo fue con el fin de venderlo principalmente a los centros urbanos (Mijares, 2005: 131). Aunque la tortilla era el alimento que prevalecía, sobretudo en la población indígena, el pan también fue un producto común entre los indios. En el siglo XVIII existían varias clases de pan como el *pan especial* que era el más caro por ser el de mejor calidad y ligero. Enseguida estaba el *pan floreado* cuya característica principal era que no contenía salvado. Después el *pan común* que tenía algunas trazas de salvado o cabezuelas. Luego el *pan baxo* o *pan bajo* que se elaboraba con harina de calidad inferior mezclado con esquilmas y por último la *semita* o *acemita* que era prácticamente hecho de salvado y algo de harina. Cabe señalar que los indígenas podían consumir por un tlaco¹³ algunas piezas de pan bajo o

13 El tlaco era un pedazo de cuero, papel, cuero o metal con la impresión del escudo de la Corona que valía medio real o equivalía al intercambio por algún producto como madera, carbón, etcétera.



semitas, ya que este era muy económico y cada pieza pesaba alrededor de una libra (460 g).

Los productos disponibles eran tan variados que era posible encontrar y consumir chiles, chíá, tamales, atoles, pescado, carne de cerdo, res, cordero; acociles, tortillas, huevo, frijoles, pinole, patos, aguamiel, conejos, guajolote, codorniz, nopales, variedad de quelites (verdolagas, huazontles, etc.), frutas, (peras, manzanas, duraznos, naranjas, mangos, cocos, chirimoyas, zapotes, tunas, guayabas, tejocotes, membrillos, ciruelas, garambullos) tlacoyos, pozol, barbacoas, queso, amaranto, calabazas, chayotes, jitomates, salsas, insectos (jumiles, gusanos de maguey, escamoles, ahuate o hueva de mosco). Chocolate, piloncillo, panela o panocha; miel de abeja, de maguey, de maíz; tepache y otros fermentados y destilados, arroz, garbanzos, etc.

Las frutas y las verduras no podían viajar grandes distancias ni permanecer almacenadas durante mucho tiempo debido a su poca resistencia por lo que su producción se dirigía más a un consumo regional. Parte importante de las frutas que se consumían provenían de huertos particulares o huertas que se encontraban por los caminos.

Tradicionalmente, los indios comían alimentos preparados con maíz, queso, chile, carne de res o cerdo o con fríjol y manteca (León, 2005: 24).

La gran proliferación que habían tenido las distintas especies de ganado traídas por los españoles, propicio que la carne se convirtiera en un ingrediente recurrente, ya que no solo los españoles y criollos la consumían también los indios complementaba su dieta con carne principalmente de res y cerdo por su bajo costo. Asimismo la gran aceptación y adaptabilidad que tuvieron las gallinas de Castilla entre los indios, así como lo económico en su producción, provocaron que el consumo de la carne de pollo y huevo también fuera común entre ellos (Mijares, 2005: 135). Cabe señalar que también hubo un consumo generalizado de las vísceras del ganado, como intestinos, panzas, patas, cabezas y sangre, que fue llamado comúnmente *nenepille* (Quiroz, 2005: 34).

Con todo lo anterior es posible suponer que la alimentación de los indígenas, al menos, en la Ciudad de México fue mucho más rica y variada de lo que se pueda imaginar. Los habitantes de la ciudad tuvieron a su alcance muchos productos autóctonos y de otras regiones, aunque de



ninguna manera sostiene que tuvieran los medios económicos para consumirlos de forma frecuente pero si es importante mencionar que la variedad de alimentos dista de ser limitada.

Reformas Borbónicas

Las Reformas Borbónicas tuvieron como objetivo principal cambiar un régimen por otro, el reino de la familia de los Habsburgo por la de Borbón. Los propósitos de estos cambios respondían a una nueva forma de gobernar a partir del predominio de los intereses del monarca y del Estado sobre los súbditos, a esta forma de gobernar se le llamo *regalismo* y estuvo basada en el despotismo ilustrado (Florescano y Menegus, 2000: 366). Sus conceptos más generales eran el impulso a la industria y el comercio, a la agricultura y a las artes bajo los atributos del poder: justicia, guerra, hacienda, economía y obra pública. Para dar inicio a las reformas, el territorio fue unificado bajo un mando absoluto, dividido para su gobierno en *Intendencias* cuyos encargados, –los intendentes–, eran nombrados por el rey, éstos asumían el control militar, administrativo y de gobierno. En el caso de las ciudades, a los Ayuntamientos se les limitó a intervenir únicamente en asuntos internos que no interfirieran con la autoridad, regalías y soberanía del rey. Con esta disposición el Estado tomaba el control de la población de manera total, ya que las reales ordenanzas preveían el orden y método del gobierno político pero también el social, a través de la modificación de costumbres; para llevar a cabo el control de los súbditos se mandaron levantar censos generales dejando de lado aquellos registros que hasta ese momento llevaban los párrocos.

Para el funcionamiento de la ciudad se debía contemplar la salud pública a través del sistema de drenaje, limpieza de plazas y calles, debía extremarse la limpieza de pilas y fuentes para evitar la corrupción del agua, prohibir el tránsito libre de ganado; el cese de inhumaciones en los atrios de las iglesias y la implementación de panteones civiles fuera de la ciudad. La seguridad también se contempló con el alumbrado público y rondas permanentes de policía. El ordenamiento urbano establecía la prohibición para utilizar la vía pública para vender y realizar trabajos de oficio.



La Iglesia fue otro de los cuerpos que se vio afectado por las reformas, recordemos que desde la conquista, la corona le encomendó varias funciones a la Iglesia, entre ellas la recaudación del tributo, esto termino hacia 1790, con el censo ordenado por el Virrey Revillagigedo, ya que uno de los objetivos era establecer el número real de tributarios para que esta alcabala recayera en la autoridad civil.

Al dividir a la ciudad en cuarteles impidió que las zonas que en otra época eran fácilmente diferenciadas no sólo por el carácter físico, por ejemplo de las antiguas parcialidades, sino también por el origen biológico de sus habitantes, fueran incluidos en los mismos distritos del casco de la ciudad lo que permitió un intercambio cotidiano de españoles, criollos, indígenas, mestizos y castas sin reparo alguno.

En 1753 se hizo efectivo un bando civil que ordenaba a todo indígena que estuviese vecindado en la traza de la ciudad, se retirara y fijara su vivienda en sus respectivos barrios y sólo aquéllos que tuvieran un trabajo dentro del casco entraran de madrugada por la respectiva garita y se retirara al caer la tarde (de la Torre, 2000: 93).

El gobierno de indios fue en cierta forma independiente del español, ya que existía una nobleza indígena compuesta por caciques, terratenientes, jueces y gobernadores, aunque para el siglo XVIII, el término cacique parece haber perdido cierto prestigio en beneficio del título municipal de gobernador, puesto que implicaba poder y ya no se sustentaba en la tenencia de tierras y terrazgueros. Pese a lo anterior, muchos aspectos del sistema indígena de tierras sobrevivieron hasta bien entrado el siglo XIX. El patrón de pertenencia consistente en muchas partes relativamente pequeñas y con las denominaciones prehispánicas siguieron vigentes no sólo entre los indígenas sino que los españoles también las identificaban como parte del sistema legal (Lockhart, 1999: 234).

Las comunidades indígenas del centro de México durante los siglos XVII, XVIII y principios del XIX, suelen ser percibidas como víctimas deculturadas y oprimidas del sistema de hacienda impuesto por los españoles. Dicho sistema los obligaba gestionar minúsculas parcelas de terreno, lo cual rompió la continuidad con la gestión con sus antepasados del siglo XVI. Al parecer no se ha logrado establecer la verdadera organización de estos pueblos durante



la última etapa de la colonia, sin embargo, es importante mencionar que la cohesión social de los pueblos indígenas casi se mantuvo integra a causa de su relación con la defensa de la propiedad, entre los factores que favorecieron esta cohesión se cuenta la tradición prehispánica de la propiedad comunal, la obligada separación de indígenas y españoles así como al reconocimiento de la autoridad indígena al interior de las comunidades.

Subordinadas al poder regio de la metrópoli (el rey y su Consejo de Indias) y en la Nueva España (virrey, visitador, oidores y corregidores), los pueblos de indios y sus comunidades recibían en las manos de sus señores principales, la concesión de autodeterminarse políticamente en primera instancia y regular su economía. El control administrativo de su población y bienes materiales propios, la facultad de tomar decisiones y dictar acuerdos de consejo sobre los problemas locales, el usufructo de un territorio con jurisdicción propia compuesto por tierras corporativas y comunales, la aplicación local de las leyes y la justicia fueron prerrogativas que los indios en cabildo recibieron del rey español. En retribución, el compromiso de los munícipes indios era cumplir con las obligaciones materiales (en especie y trabajo) y espirituales (profesar la religión católica) exigidas a las comunidades por la monarquía (González-Hermosillo, 2001: 123)

Hacia el fin del siglo XVIII, el cambio político administrativo que las Reformas Borbónicas habían provocado era inminente, para las repúblicas de indios también lo fue, ya que la sociedad colonial había institucionalizado a los indios a una condición de vasallos sujetos a una vida regulada en comunidad y gobernados en república. Sin embargo, la desigualdad de que eran objeto también era innegable en la mayoría de los pueblos, de acuerdo a la posesión de la tierra, o de los productos producidos en ellos.

Era indudable que incluso las posibilidades de dedicarse exclusivamente a la agricultura se tornaba casi imposible, no tanto por la pérdida de las tierras sino por la presencia española en la misma comunidad a través de la implantación de casos de hacienda y que aplicaban un cerco a las comunidades y a las actividades propias de sus miembros al estrechar sus posibilidades de actividad al laborar en las haciendas (Miranda, 1972: 66). Por ser los pueblos tan diversos, la política indigenista borbónica de finales del siglo XVIII se propuso igualarlos administrativamente al hacerles



perder sus peculiaridades locales. Los pueblos de indios sufrieron una serie interminable de colapsos debido a la implantación de un gobierno español de corte económico, el de las intendencias y cuarteles en los casos que así lo ameritaba y que estaban por encima de los gobiernos hasta ese momento tradicionales (Terán, 2001: 214).

Las repúblicas se convirtieron, en muchos casos, en subdelegaciones para que los encargados tuvieran vista e injerencia directa en los asuntos de los diversos pueblos, que a su vez, se vieron fragmentados, quedando así rota la “autonomía” de los indios porque se concentró toda la administración a un sistema único, supervisado por subdelegados que a su vez daban cuenta a los intendentes y a la Contaduría de Propios y Arbitrios y Bienes de Comunidad ubicada en la Ciudad de México, así como a los reales consejos de cada Intendencia, lo cual provocó que cambiaran de jurisdicción, prácticamente todos los asuntos que los indios trataban de forma tradicional. Aún cuando éstos persistieron en su esfuerzo por obtener justicia de la manera tradicional, sus gestiones quedaron sin validez ante las instancias recién instaladas para dar vista de ello, ya que la resolución final tenía que contar con el aval del Intendente o el asesor letrado. Así comenzó a funcionar una serie de juzgados, con abogados de número, fiscales y ministros protectores de indios que desconocían su idioma y sus costumbres más básicas.

Para el último tercio del siglo XVIII, muchos pueblos de indios fueron convertidos en barrios, ya que tenían que compartir su espacio común con los demás vecinos de todas clases y nomenclatura social. En cada subdelegación se mandó establecer una Casa Real que sirviera para que el delegado despachara, reuniera las alcabalas, tributos y para estancos de papel sellado, pólvora y correo así como para un espacio destinado a cárcel. A la par ya no se apoyó el remozamiento de Casas de Consejo ni a los hospitales de indios. Al extenderse las redes de gobierno en el nivel más local de los pueblos, los funcionarios y mayordomos pudieron intervenir directamente sobre los bienes comunales. Las fiestas religiosas que llenaban el calendario también fueron abolidas o mitigadas así como las celebraciones de entrega de cuentas y cambio de bastón de mando, argumentando que si se querían llevar a cabo, los propios indios tenían que solventar la celebración con recursos personales dejando de lado los bienes comunales, lo anterior se



estableció siguiendo la ideología política establecida desde el despotismo ilustrado de Carlos III, la cual trataba de crear una fuente monetaria o un ramo fiscal y establecer como condición inamovible entre los súbditos de *orden, obediencia y civilidad*. Así se afirmó la diferencia de poder entre los indios y los demás, ya que éstos poseían la representación política de los pueblos, como los españoles las de villas y ciudades.

Otra reforma Borbónica que se estableció fue poner en arrendamiento a los capitales las tierras comunales que no se trabajaban por los indios, con esto nació el trabajo indígena subordinado en su propia propiedad, es decir, los indios trabajaban para otro patrón su tierra obteniendo por su trabajo un sueldo ínfimo y un trato desigual.

Una tercera política consistió en conjuntar los fondos provenientes del arrendamiento para destinarlo a la Real Hacienda, a *propósitos útiles* a la comunidad, como fueron los prestamos a particulares y una mínima parte se destinó a solventar los gastos de actividades comunales, lo anterior provocó la rápida pérdida corporativa, territorial e identidad de los pueblos.

Higiene pública

A inicios del siglo XVIII se dieron las primeras reformas administrativas que incluían, la mejora en la calidad de vida en cuanto a higiene se refiere. Es hasta la segunda mitad del mismo siglo cuando se dictaron en la Ciudad de México diversos bandos concernientes a la limpieza del casco de la ciudad y de sus barrios. Estas acciones correspondían al fundamento que algunos funcionarios hacían a partir de la teoría *mecanicista del aire*¹⁴, aun

¹⁴ El mecanicismo fue la doctrina según la cual toda realidad natural tiene una estructura comparable a la de una máquina, de modo que puede explicarse de esta manera basándose en modelos de máquinas. El mecanicismo sostiene que toda realidad debe ser entendida según los modelos proporcionados por la mecánica e interpretada sobre la base de las nociones de materia y movimiento. (N. del A.). Desde el siglo XVIII en los estudios de patología médica comienza a introducirse la concepción mecanicista en el análisis de la relación entre los seres vivos y su medio exterior. Se considera un retorno a Hipócrates pero no a la teoría humoral sino a observaciones clínicas que no buscaban confirmar teorías sino llevar a una terapéutica pragmática. Lo más importante para estos médicos es el retomar los elementos del ambiente (Márquez, 2005: 30). Para otros autores como Rodríguez (*op. cit*), el mecanicismo del aire en cuanto a su movimiento es también llamado aerismo.



cuando se trataba de promoverlas en una ciudad con fuerte arraigo en sus costumbres. Se pensaba que el aire se podía viciar por múltiples causas, entre ellas, por las exhalaciones del lodo o fango que se formaba a las orillas de las lagunas, que junto con el calor del sol causaban hedor y por la acumulación de materia fecal y basura que se acumulaba en algunos sitios de la ciudad (Rodríguez, 2000: 26).

Recordemos que en gran medida, las enfermedades que se presentaban en Europa, particularmente en España, durante años fueron importadas a las colonias de ultramar, a través de personas, animales y mercancías; por otro lado, estaban las condiciones propicias que se diseminaron. Además, en tres siglos de dominio colonial se desecaron enormes extensiones de lagos y lagunas, alrededor de la Ciudad de México. Se cortaron gran cantidad de árboles, alterando la ecología y rompiendo el control geofísico y alimenticio que había perdurado antes de la llegada de los europeos. Poco a poco los terrenos se volvieron salinas, pantanos, áreas donde se levantaban polvaredas y lodazales, medio idóneo para la multiplicación de insectos. Pronto la Ciudad de México, se convirtió en un lugar, geofísicamente difícil de vivir. Durante la temporada seca escaseaba el agua y todo se llenaba de polvo y en temporada de lluvia era aun peor, ya que las inundaciones y lodazales eran frecuentes, como frecuente era observar a los canales, acequias y laguni-llas llenas de basura, inmundicias y se azolvaban continuamente (Malvido, 1998: 265). Las crónicas refieren que entre los meses de abril y mayo el calor provocaba erisipelas, esquilencias, sarampión, viruelas que entre la población infantil causaba muertes y calenturas y cuando llovía esporádicamente en este tiempo se provocaban vapores. A la mudanza del tiempo se presentaron destilaciones catarrales, tabardillos, calenturas podridas y fiebres malignas que en otoño eran difíciles de curar. Las enfermedades más comunes fueron la disentería, diarrea también llamada *seguidillas*, que causaron la muerte a muchos. La causa de esto era la humedad del suelo, el salitre de la laguna salada, porque en tiempo seco los huracanes levantaban el salitre que llegaba a todos los lugares incluso al agua que corría y a las que se bebía y esto provocaba enfermedades penosas (Rubial, 2005: 26).

El principal problema en la formación de lodazales lo manifiesta Corbin (1987: 31), quien expone lo peligroso de las emanaciones de una tierra



lodosa donde la fermentación provoca una exhalación de gases improprios y miasmas¹⁵ deletéreos a los cuales se les atribuyen las fiebres intermitentes. De igual manera, se refiere a los pantanos como foco de infección nauseabunda, principalmente aquel que tiene un origen salino y se mezcla con agua dulce como era el caso de los antiguos lagos y lagunas que rodeaban a la Ciudad de México. Al proceder a desecar superficies de agua en forma considerable con fines habitacionales o agrícolas se provocaban epidemias sobre todo en verano donde las orillas de lagos y lagunas se convertían en hervideros siniestros.

Aunque la traza central se conservó afuera del primer cuadro, donde se encontraban las viviendas pobres, algunas de las calles aledañas se habían formado a partir de viejos canales y en época de lluvia era común que se inundaran haciéndose intransitable para los peatones. Como se mencionó, también era recurrente que se llenaran de basura, incluso no era raro ver animales muertos, por lo que pasados los meses de lluvia, era habitual la pestilencia.

En algún momento, en la Plaza del Volador se encontraba la llamada Cruz de Cachaza, donde fue habitual abandonar cadáveres de menesterosos o de aquellas personas cuya familia no contaba con recursos para el sepelio, estos cadáveres eran dejados al cobijo de las sombras nocturnas, y en tanto alguna cofradía se encargaba de la inhumación, los cadáveres se acumulaban e iniciaban su descomposición.

La ciudad no era totalmente urbana en términos actuales, si bien es cierto que las reformas urbanísticas estaban desarrollándose activamente, éstas no estaban presentes alrededor en los barrios de indios o lo que podría suponerse como un cinturón de pobreza, en estos lugares entre casa y casa había lugares de siembra así como criaderos de animales y era frecuente encontrar a cerdos y gallinas libres para que buscaran alimentarse con los desperdicios en las calles.

Las diferencias socioeconómicas poco tenían que ver con el manejo de los excrementos, pues tanto el rico como el pobre depositaban sus desechos

¹⁵ Miasma es una emanación maloliente que se desprende de cuerpos enfermos, materias corrotas o aguas estancadas y que se consideraba causante de epidemias e infecciones (Nota David López Romero).



en la vía pública, se acostumbraba la defecación colectiva en tablones corridos con hoyos (beques), en la parte baja generalmente se encontraban cerdos que se alimentaba con los desechos de las personas que se “descomían” en estos lugares (Malvido, 1998: 269), sin embargo, no en todos lados se encontraban estos lugares comunes, por lo que también se acostumbraba defecar en vía pública, al respecto Sedano da una descripción:

“El aspecto de la Plaza Mayor de México... cuando estaba el mercado, era muy fea...encima de los techados de tejamanil había pedazos de petate, sombreros y zapatos viejos y otros harapos...el lodo en tiempos de lluvias, los caños que atravesaban, los montones de basura, excremento de gente ordinaria y muchachos, cáscaras y otros estorbos la hacen de difícil andadura. Había un beque o secretos que despedía un intolerable hedor que por lo sucio de sus tablones de su asiento, hombres y mujeres hacían sus necesidades trepados de cuclillas con la ropa levantada a vista de las demás gentes sin pudor ni vergüenza y era demasiada la indecencia y la deshonestidad. Cerca del beque se vendía en puestos carne cocida, y de ellos al beque andaban las moscas. De noche se quedaban a dormir los puesteros debajo de los jacales, y allí se albergaban muchos perros... Todo esto es cierto y verdad, de que son testigos todos los habitantes de esta gran ciudad”. (Sedano, 1974, TIII: 42).

“Las calles de esta ciudad antes del año 1790 eran unos muladares todas ellas, aun las más principales. En cada esquina había un gran montón de basura¹⁶. Con toda libertad, a cualquier hora del día se arrojaban a la calle y a los caños los vasos de inmundicia, la basura, el estiércol, caballos y perros muertos. Cualquiera, a cualquier hora, sin respeto de la publicidad de la gente, se ensucia en la calle o donde quería. No era

¹⁶ Para el siglo XVIII, el significado de basura es de “polvo, broza y la inmundicia que se recoge barriendo para arrojarla al campo, o la calle” (*cfr.* Dávalos, 1997: 75)



respetada aun la Santa Iglesia Catedral ensuciándose en sus paredes, la cerca de su cementerio (que era alta) por dentro y fuera, estaba cercada de inmundicia en mucha cantidad, despidiendo intolerable mal olor, y cada semana se arrollaba con palas haciendo montones, y se quitaban con carros. Los empedrados eran malos y desiguales, unos altos y otros bajos, y por esto y las basuras se encharcaba el agua de los caños y hacían las calles de difícil y molesto tránsito. En tiempos de lluvia era tal el lodo, mezclado con la inmundicia, que no es fácil explicarlo, y cuando de tarde en tarde se quitaba un montón de basura, al removerlo salía un vapor pestífero a modo de humo. No se verificaba limpiar una calle ni por una hora, porque aún no bien se quitaba un montón de basura, luego empezaban a echar más en el mismo lugar...hasta que el excelentísimo señor conde de Revillagigedo, estimulado de su mucha limpieza e infatigable celo, estableció la limpia de las calles, por bando de 2 de septiembre de 1790..." (Sedano, 1974; TI: 55).

En este mismo orden de ideas otra crónica de la época refiere:

"Veíanse a todas las horas del día y de la noche, a lo largo del atrio de la catedral, hombres y mujeres sin rubor ni vergüenza, en la indecente postura de exonerar el vientre como pudieran hacer en el paraje más oculto, causando esta disolución la más justa indignación y horror a las personas que conservan los sentimientos de honestidad y pudor, tan naturales y propios de la nobleza del hombre, lastimosamente degradada entre las gentes de esta infeliz plebe. Sobre el mismo lienzo y continuación de la fachada del Real Palacio, en la parte correspondiente a la cárcel de la Corte y con inmediación a la puerta de ésta, se veía un caño lleno de inmundicia que salía de las letrinas de los presos y que, rebosando frecuentemente por encima del empedrado, hacía tan intransitable como hedionda aquella casa y las que forman la esquina de Provincia." (Constanzo, 1796).



Dentro de las casa de los ricos únicamente se contaba con una letrina o cloaca pues lo usual era utilizar bacines y después vaciar su contenido en estos lugares cuya limpieza no era frecuente.

El baño personal era inusual, dada la restricción cristiana que concebía que al cuerpo no se le vea, no se le toca y no se le huele. Lo que provocó que no existieran baños públicos y la práctica era hacerlo en las fuentes y pilas públicas, también en las pilas se lavaban ropa y trastos como lo vemos en este pasaje que nuevamente ofrece Sedano:

“En el siglo XVIII se construyeron unas pilas de agua en la plaza mayor, una de ellas estaba muy cerca de la cárcel de la corte, cerca del portal de las flores, la cual duró hasta 1791. Esta pila fue una muy grande inmundicia, el agua estaba hedionda y puerca, a causa de que metían dentro para sacar agua las ollas puercas de la comida de los puestos y también las asaduras para lavarlas. Las indias y la gente soez metían dentro los pañales de los niños estando sucios para lavarlos afuera con el agua que sacaban, por lo que sobre el agua había dentro de la pila grandes costras nadantes sobre zalea”. (Sedano, 1974, TIII: 41).

Como referimos líneas arriba, se sabe que el baño no era una práctica común, en algunos casos, como para los ricos el aseo corporal se realizaba con pomadas y cremas olorosas; para los pobres con manteca o tuétano de res o cordero, de acuerdo a los recursos del individuo (Ayala, 2000: 151). Cuando se tomaba un baño era por alguna cuestión médica, como en el caso de las aguas termales del Peñón o como placer, razón por la cual, los cuartos de baño recibieron este nombre.

Otro problema de higiene que enfrentaron las personas era acerca del abasto de carne, para darnos una idea consideremos la siguiente crónica:

“La introducción de carne muerta en esta capital por lo abierto y mal resguardado de ella, es un desorden que a mi entender, ha producido muchas enfermedades epidémicas, o



que al menos interesa en sumo grado la salud de su cuantioso vecindario...la multitud de animales comestibles o privados por inmundos que me consta entran y se consumen indebidamente por abandono o imposibilidad de encerrarlos, expreso de que sea (i)lícito introducir los toros que maten o mueran por la mucha agua o por cansado que están, no pueden llegar de pie al matadero y los traen en carros... la entrada de esas reses hediondas... y enteramente podridas...estos últimos dicen distribuirse o venderse para comida de perros, pero en una población tan numerosa, desordenada y llena de infelices, no será extraño sino muy creíble, se aprovechen de aquel alimento aunque con el riesgo de que les cueste la vida, en que aventura menos el uso de carne de caballo y mula, que no en pocas ocasiones se ha hecho hace y hará, en los bodegones y puestos de las plazas según se ha justificado y continuara siendo inevitable..." (Anónimo, 1788: 27).

Continuando con el mismo autor encontramos que:

"El ganado de cerda es otro artículo muy trascendental del abasto...les dan trigo o maíz en lugar de cebada o de otras semillas con que pudieran nutrirlos, es positivo que el cerdo cría naturalmente infinidad de piojos que se propagan a las habitaciones inmediatas y que con ellos, los huevos que los producen y la fetidez de los orines, infeccionan el aire y dañan notablemente a la salud... no la ofenden menos los vapores casi corrompidos que exhalan las calderas o pailas de una magnitud extraordinaria, en que derriten y hierven los ingredientes más groseros, mezclados con cebos y despojos, así de los mismos cerdos como de manos de carneros y otros desperdicios crasos e inmundos, para convertirlos en jabón que generalmente usa la Nueva España, y cuyas fábricas debían limitadamente permitirse en los arrabales donde la ventilación logra mayor libertad o impulso para disipar unos efluvios que agregados muy condensados con los de las basuras,



engendran una crasitud hedionda y muy perjudicial por sus efectos y lo que se oponen a la respiración”. (Anónimo, 1788: 29).

En los barrios indígenas era más difícil la construcción de lugares comunes o beques. Conforme se alejaban de la plaza central se hacían más rudimentarios los sistemas para evacuar los desechos, en los barrios no existían atarjeas. Al final el siglo XVIII se comprendió que era inútil la limpia de la Ciudad de México si no se consideraba también la de las zonas indígenas de los alrededores. La imagen de los barrios de indios de la ciudad y de los pueblos cercanos a ésta que persistía entre las autoridades era de sitios inmundos e insalubres cuyos habitantes seguían formas de vida verdaderamente primitivas que ofendían a Dios (Dávalos, *op. cit.*, 99).

“En las extremidades de la ciudad, aun antes de salir de los barrios o arrabales, hacen comúnmente los indios agujeros u hoyos disformes con el fin de sacar tierra para macetas o jardines, unas veces y las más para fabricar adobes, y como sobre precisar y al riesgo, se llenan de inmundicia, de animales muertos y de aguas que se corrompen...” (Anónimo, 1788: 57).

Los barrios indígenas difícilmente podían estar limpios, ya que se encontraban adyacentes a los tiraderos; prácticamente los asentistas rehuían de proporcionar el servicio de limpia en los barrios ya que implicaba, la presencia de más carros en lugares que no contaban con la traza ni la nivelación adecuada (Álvarez y Lopez, 1999: 68); en muchas ocasiones los indígenas no se encontraban en sus viviendas, puesto que iban a realizar sus actividades al casco de la ciudad por lo que no acudían al carro para dejar sus desperdicios lo que para los prestadores del servicio reflejaba gastos no reductibles.

El conocimiento médico y su aplicación. Siglo XVIII

La medicina virreinal novohispana es producto de la revolución cultural que derivó del descubrimiento, la exploración y la conquista de vastos territorios americanos, entre ellos los que actualmente conforman México.



El conocimiento mestizo de la medicina aplicado en la Nueva España, debemos situarlo no sólo como parte de la conquista o resultado de la manifiesta dominación y sojuzgamiento, sino como un producto más del proceso intercultural que no fue menos importante que otros tipos de mestizaje como el biológico, que finalmente llevó a lo que hoy es México como nación. A partir del intercambio incesante de implicaciones ideológicas y prácticas de la medicina, la transmisión, enriquecimiento, mezcla y confrontación de tradiciones de ambas partes y que se situó dentro de tres aspectos fundamentales: la terapéutica, el concepto psicoreligioso y, la teoría y la práctica médica¹⁷. Esta situación explica, en parte, los atrasos, innovaciones y sesgos que el conocimiento médico, como proceso, presentó a lo largo del tiempo que transcurrió desde el siglo XVI y hasta el XIX.

En la historia de la medicina siempre ha existido un conflicto basado en formas diversas de percepción de un problema. Uno de estos prevalece, aunque no siempre el otro o los otros dejan de estar latentes. Un ejemplo de ello fue durante el siglo XVIII en Europa, donde se confrontaron dos formas divergentes de ver y aplicar la medicina a través del racionalismo¹⁸ y el empirismo¹⁹.

El arte de curar en el siglo XVIII todavía arrastraba los lastres y prejuicios de los dos siglos anteriores. La medicina hegemónica del momento contaba con resabios de supersticiones, magia, alquimia y astrología como

17 La aculturación médica fue temprana desde el contacto entre americanos y europeos, las obras de la materia son producidas desde la primera etapa virreinal. Además los datos de los procesos inquisitoriales son ricos en información propia de la práctica médica no reconocida oficialmente. Para profundizar en el tema se pueden consultar los trabajos de Anzures (1989) y Quezada (2000).

18 El racionalismo fue aplicado por grandes pensadores como Spinoza, Leibniz y Wolf. En cuanto a la aplicación de la medicina, Descartes afirmaba que la visión de la realidad no puede apartarse de una explicación ajena a la razón y que todo conocimiento debía ser sometido al filtro de la razón, utilizando como herramienta a la duda, pero una duda activa no paralizante. (N. del A.).

19 El empirismo tuvo como precursores a figuras como Bacon y Locke, Condillac y Diderot quienes afirmaban que el conocimiento se forma a partir de un acercamiento a la naturaleza. Resulta interesante que también Buffon, quien es considerado el padre de la Antropología Física, critico el procedimiento racionalista y valorando la observación empírica e interpretativa de los hechos biosociales (N. del A.).



lunarios, calendarios con numerosos consejos y advertencia para curarse. Mientras otros sistemas médicos eran comunes en la población en general y algunos especialistas empíricos gozaban junto a los boticarios de prestigio y reconocimiento. Las curaciones a base de hierbas concentraban el núcleo de la medicina popular (Trabulse, 1994: 86).

La medicina hipocrática galénica postulaba un continuo entre salud y enfermedad y situaba a cada individuo en algún punto de su referencia teórica. Para esta teoría, la salud era un bien inalcanzable y casi todos estaban suspendidos entre la salud y la enfermedad. El exceso del humor o la escasez de otro podían causar corrupción o putrefacción de alguno de los humores en el organismo. Cualquier alteración de la naturaleza de un humor presagiaba peligro para el individuo. Había que equilibrar esas interrupciones de la normalidad. Las terapias y las medidas preventivas habituales confiaban reajustar el desequilibrio trasvasando un humor en exceso o que se había corrompido mediante sangrías, purgas, vomitivos o manteniendo abiertas aberturas o fontículos (lesiones).

El mejor medio para conservar la salud era practicar la moderación en todo y de forma especial en el uso de las seis cosas no naturales: aire; sueño y vigilia; comida y bebida; descanso y ejercicio; excreción y retención; pasiones o emociones. Un régimen sano se basaba en observar estas normas y evitar el agotamiento, acaloramiento, el exceso de comida fría o caliente y los deseos inmoderados. Estas ideas estaban muy difundidas entre los especialistas de la salud.

Las ideas relacionadas con el equilibrio o desequilibrio como parte de la salud y la enfermedad y el carácter individual de cada enfermedad de cada persona no eran los únicos parámetros que determinaban realmente la posibilidad que una persona estuviera o no enferma. También eran importantes las concepciones de un organismo contaminado, las acciones inmorales y los vicios eran parte importante para el diagnóstico. De hecho muchos de los diagnósticos se complementaban con nociones religiosas. La peste, por ejemplo, fue considerada durante mucho tiempo resultado de acciones como el adulterio o la prostitución, y se consideraba un castigo por la concupiscencia.

En el sistema galénico había tres órganos importantes denominados miembros principales: corazón, hígado y cerebro. Cada uno de ellos regia



un sistema corporal específico. El corazón era el principal de los órganos del pecho y las arterias, llamados *órganos espirituales* porque distribuían una mezcla de sangre y espíritu (aire) por todo el organismo. El cerebro era el órgano principal de una serie que también incluían la medula espinal y los nervios. Este sistema controlaba el movimiento, el pensamiento y las sensaciones: las *virtudes animales*. Mientras el hígado se encargaba de las *virtudes naturales* que incluían nutrición, crecimiento y reproducción. En este se incluía el estómago y las venas que eran las encargadas de hacer fluir la sangre para que ésta transportara los alimentos. El alimento ingerido se transformaba en el estómago en *quilo*²⁰ y era dirigido al hígado por la vena cava.

Los cuatro elementos de la naturaleza y sus respectivas cualidades se proyectaban en el cuerpo humano mediante cuatro humores formando de este modo los cuatro rumbos o puntos cardinales. El primero se encontraba en la sangre, cuyo origen se ubicaba en el corazón, sus cualidades eran la calidez y la humedad del aire; la flema en el cerebro, esta era fría y húmeda como el agua; la bilis amarilla que se encontraba en el hígado, era caliente y seca como el fuego, y por último, la bilis negra que se localizaba en el bazo y era seca y fría como la tierra. Estos cuatro humores se manifestaban a su vez en cuatro temperamentos: sanguíneo, flemático, melancólico y colérico. Por sus mismas cualidades, dos de esos humores eran opuestos; el colérico era opuesto al flemático, y el melancólico al sanguíneo; como tal, cada par entablaba una lucha donde la salud era el resultado de la *eukrasia* o equilibrio, mientras que el desequilibrio o *dyscrasia* ocasionaba la enfermedad y en ocasiones desencadenaba la muerte si no se corregía al humor desenfrenado.

En general, los conceptos galénicos resultaron bastante resistentes a la innovación de la materia médica. Aunque el conocimiento médico se iba reformando desde el Renacimiento, el derrumbe de la teoría galénica no fue de manera súbita, en realidad las rupturas fueron paulatinas y en mo-

20 De acuerdo con Friedfrich Hoffman, el quilo era el líquido original de la vida. Se vertía en la sangre donde se dividía parte en sangre y parte en jugo nutritivo; parte en suero y parte en linfa (Lindemann, 2001:73).



mentos casi imperceptibles y tardaron siglos en poder establecer los nuevos conocimientos como la iatroquímica y la iatromecánica²¹.

En el campo de la salud el cuerpo humano poseía sus propios mecanismos pero nunca se le concebía aislado sino en plena relación con la naturaleza. Para realizar la auscultación, el médico podía observar la orina, la saliva o las heces, examinaba la lengua y revisaba el pulso²² P.,, , además de hacía un inventario de cualidades físicas como talla, complexión, forma de ojos, nariz, boca y cabello. La descripción que hacía el paciente de su problema de salud era la parte más importante del reconocimiento. El médico se basaba en los detalles descritos para construir un diagnóstico y emitir un pronóstico (Lindemann, 2001: 258).

En la segunda mitad del siglo XVIII se desarrolló en mayor o menor dimensión la idea del médico como hombre universal versado en cinco dimensiones: fisiología, patología, semiología, higiene y terapéutica. El término patología se refería al estudio de las enfermedades y del mecanismo por el que se producían lo que en la actualidad es la patogénesis. Sin embargo, sus formulaciones eran totalmente especulativas. En tanto, la anatomía patológica²³ contribuía a definir enfermedades y a esclarecer sus mecanismos.

El médico preparado debía manejar con destreza la estructura del mundo material (*fisiología* en su significado original) pues solo así podía comprender la enfermedad. Debía, además, de conocer los aspectos fun-

21 La iatroquímica resaltaba la importancia de los procesos de efervescencia, fermentación y putrefacción como base de la fisiología, sostenía que procesos como la digestión y la respiración eran de naturaleza esencialmente química y que un fermento especial los producía. Mientras que la iatromecánica planteaba que los procesos corporales seguían las mismas leyes físicas de todo el universo incluidos los cuerpos celestes. El cuerpo humano seguía un orden matemático preciso como número, peso y medida. Por ejemplo, los iatroquímicos explicaban la digestión como un proceso de fermentación mientras que los iatromecánicos la situarían como resultado de una acción trituradora y mezcladora del estómago. Sin embargo, no todos estaban de acuerdo con la simplicidad de la iatroquímica ni de la iatromecánica. Los animistas y vitalistas sostenían que ni la química ni la física por sí solas, podían explicar el origen de la vida y las funciones fisiológicas del cuerpo humano (N. del A.).

22 El pulso podía ser evaluado de forma cualitativa como rápido, débil, fuerte, pleno u oscilante (N. del A.).

23 En el desarrollo de la anatomía patológica se encuentra *De Sedibus et Causis Morborum* de Morgagni que sería uno de los textos que vendrían a reformular el plan de estudios de la medicina en México en 1833 y que ayudaría a poner fin a la manera de la enseñanza que perduró durante la época virreinal (Rodríguez, 2008).



damentales del diagnóstico y la terapia. Así como los aspectos teóricos, los mecanismos en cuya virtud la enfermedad se producía, las fuerzas que actuaban, sus medios de acción y los resultados que producían.

El concepto de Medicina como parte de la Biología Humana todavía no se había desarrollado pero la mezcla de estudios biológicos con los específicamente médicos tuvo gran influencia en medicina. La correlación entre alteraciones patológicas y los grandes estudios de exploración, recolección y disección de especímenes influyeron directamente al campo de la anatomía patológica al prestar más atención a las manifestaciones clínicas de la enfermedad y a su posible explicación (King, 1976: 67).

Lo anterior mostraba una fuerte tendencia al empirismo, sin embargo, el carácter racionalista como la formación de conceptos explicativos, seguía constituyendo una parte integral. La patología seguía con la pertinencia de recolectar datos propios de la enfermedad y dar una explicación a ésta.

En otro sentido, el fino equilibrio entre racionalismo y empirismo; teoría y práctica podía tambalearse en momentos de emergencia, como durante las epidemias. La terrible experiencia de vivir una epidemia, sobre todo en los estratos sociales desprotegidos vencía la inercia social, sobrepasaba las creencias y ponía en jaque prácticamente a todos los niveles administrativos, religiosos y sociales. Consideremos que a pesar que los terrenos de la sanidad pública abarca un ámbito que rebasa el presente trabajo es un tema que nos sirve para comprender el contexto de los diversos procesos que vivieron las personas de la época a estudiar. A partir de identificar los riesgos que acarrea el aire viciado, se plantaban preguntas acerca del riesgo que traía el hecho de la saturación de los espacios públicos en las ciudades o instituciones como cárceles y hospitales provocada por la falta de elasticidad del aire exhalado por la gran cantidad de personas, aunado a la temporada de los calores, a la de humedad y que daba como resultado numerosos miasmas mefíticos llegando a considerar la exhalación como un excremento (Vigarello, 2006: 229).

La Medicina del siglo XVIII sufrió transformaciones muy importantes, el nacimiento de la clínica terapéutica y con ella el surgimiento de los modelos experimentales reproducibles, se volvieron esenciales en el desarrollo de la fisiología. Los estudiosos de la medicina pusieron en práctica la expe-



rimentación utilizando como argumento principal, el que para conocer al cuerpo humano y sus fenómenos había que observar, localizar e identificar el comportamiento del enfermo y las alteraciones sufridas en su organismo para que basado en una plataforma racional y experimental se propusieran las medidas necesarias para el restablecimiento del equilibrio fisiológico propio de una persona sana y que fuera interrumpida por la enfermedad (Schifter, 2002: 8).

También fue durante el siglo XVIII que se comenzó a practicar de manera no sistemática la aplicación sintáctica en la clínica, es decir, los médicos, sustituían de manera abstracta el cuerpo del enfermo por una correlación de signos y síntomas que, como elementos universales, al ser combinados y sometidos a la nosografía ofrecerían como resultado la solución de las cuestiones que se presentan en la investigación de las propiedades de los enfermos. Sin tener a la vista o en la imaginación la figura sensible de los enfermos, dada la limitación que para el desarrollo del conocimiento clínico, el enfermo como individuo imponía (León, *et. al.*, 2000: 210).

La posición que ocupaba España en la historia de la Medicina europea durante el siglo XVIII es de aislamiento en relación de sus vecinos, principalmente, Francia e Inglaterra. Este aislamiento trajo como consecuencia la ausencia de la medicina española en las nuevas formas de pensar la medicina. A partir del ascenso de los borbones al trono se desarrolló un esfuerzo por incorporar a España en un movimiento innovador a la par del resto de Europa con la iatroquímica a la cabeza relegando, aunque no del todo, al galenismo tradicional (López Piñero, 1976: 83).

Considerando que la conceptualización de las enfermedades de la primera mitad del siglo XVIII fueron una prolongación ideológica del pensamiento médico español del siglo XVII hacia el fin de este en la comunidad científica del Imperio Español, el conocimiento de la naturaleza había dejado de ser un espacio oculto e inaccesible para la razón, puesto que desde ese momento se proponía que Dios había establecido ciertas leyes en el mundo físico donde los mortales podían acceder, por ejemplo en las epidemias, ya no se planteaban como un castigo divino sino que se convertían en la consecuencia de varios elementos que los mismo hombres provocaban



como la falta de higiene y el estancamiento de basuras e inmundicias²⁴. Fue precisamente esa falta de movimiento la que provocó una nueva dimensión a partir de la teoría mecanicista. La naturaleza se veía como una máquina, en muchos casos como un reloj del que se podía conocer su mecanismo a la par de la religión natural. Esa teoría general del movimiento se extendió hasta el siglo XVIII hacia todos los ámbitos de la naturaleza.

Fue precisamente durante el siglo XVIII que se termina la vigencia de la antigua farmacopea galénica. El Siglo de las Luces revolucionó los principios médicos del periodo barroco con la activación de los conocimientos botánicos generados en toda la América española y las Filipinas, retomando los principios hipocráticos y el naturalismo. Otro sistema terapéutico importante durante el Siglo de las Luces fue el desarrollado por John Brown en Escocia y que fue llamado *Brownismo*, el cual estaba formulado a partir de la identificación de la enfermedad como de un desequilibrio entre la excitación del organismo y la intensidad o frecuencia de los estímulos, además recomendaba como principio terapéutico una abundante administración de medicamentos. Estos principios trajeron por consecuencia una racionalización a la aplicación de sustancias medicamentosas a partir de formulaciones magistrales que realzaran la potencia de los fármacos, facilitarían su ingesta y disminuirían los efectos colaterales. De igual manera a la aplicación de un naturalismo terapéutico, se incrementó la idea de utilizar agua como elemento limpiador y curador, en este sentido, surgieron, principalmente en Europa, balnearios y fuentes con fines medicinales.

El conocimiento médico en la Nueva España

Durante el siglo XVIII en la Nueva España, se experimentó un auge en lo económico, científico y cultural, resultado de una larga tradición en la generación del conocimiento sostenida y generada a partir del siglo XVI y

²⁴ El despotismo ilustrado como corriente política y social, planteó a la salud como elemento importante en la política de los reinos y sus colonias. Las enfermedades se consideraban como un objetivo real de proporcionar de conservar y aumentar una población sana, en términos de la importancia política y económica, ya que las epidemias provocaban baja actividad productiva y gastos, a veces, “innecesarios” para el Estado (Rosen, 1989: 335).



en el caso de la botánica heredera de la amplia tradición prehispánica. Fue durante este periodo que el concepto “enfermedad” estaba constituido, por una parte, dentro del conocimiento ilustrado de la época; por otro, por las creencias populares, las cuales son las que propiciaron que el conocimiento médico avanzara en el sentido no sólo biológico sino también social. El siglo XVIII en la Nueva España fue testigo de un sinnúmero de enfermedades que se traían de los más recónditos lugares, viejas y nuevas enfermedades aparecían y desaparecían dependiendo del estrato social, la estación del año y de la situación económica. La estrategia política también influía directamente para la aparición y propagación de enfermedades, ante la carencia de una sanidad pública eficiente, la aparición de epidemias se convertía en grandes catástrofes sociales que golpeaban no sólo a la población más desprotegida como era la indígena lesionada por carecer de inmunidad antiviral y antiinfecciosa por las carencias materiales a las cuales estaban sometidas a lo largo de todas las etapas de su vida. Además de las enfermedades propiamente dichas, en la Nueva España hubo otros malestares que se pueden enfocar más desde el punto de vista social, como la embriaguez que estaba muy difundida entre la población indígena y que causaba daños físicos (como los hepáticos y nutricionales) y espirituales. En el siglo XVIII, se dio dentro de la práctica médica regulada, el conocimiento sobre el cuerpo humano, a partir de la fisiología, es decir, su funcionamiento, su estructura (anatómica) y su respuesta ante agentes externos medicamentosos (farmacia) lo que permitió corregir los errores de autores clásicos y buscar a través del conocimiento generado la causa y solución de las diversas enfermedades.

En realidad, las enfermedades endémicas en la Ciudad de México no variaron en presencia y frecuencia de las fiebres periódicas pleuresías, neumonías y enfermedades gastrointestinales. La sífilis había dejado de ser la enfermedad aguda y terrible del siglo XVI para convertirse en un mal crónico. El escorbuto continuó presente a pesar del consumo de productos locales como el xoconostle y la pitahaya (Viesca, 2008: 97).

La aplicación de las nuevas teorías sobre la salud y el saneamiento aplicadas a la medicina fue paulatina, aún así las concepciones Hipocráticas, de Galeno y Avicena a partir de la teoría humoral del siglo XVI seguían presentes.



Desde el siglo XVI la terapéutica occidental se basaba en sangrías y vomitivos, y la indígena con principios herbolarios y amuletos, entre ambos poco podían hacer para enfrentar las grandes epidemias por lo que una opción era plantear la esperanza de sanar en rogativas y procesiones de los patronos de la ciudad para que intercedieran para calmar la ira divina.

A partir del siglo XVII y ya entrado el XVIII la visión de la enfermedad era distinta y se comenzó a concentrar a los enfermos en hospitales donde se pedía a familiares y conocidos de los mismos enfermos, denunciarlos con fin de contener el contagio.

Algunos pensadores del siglo XVIII llegaron a clasificar las epidemias en primaverales y otoñales a partir de referencias meteorológicas y estacionales. La relación entre la aparición de las infecciones y el clima se basaba, precisamente, en las causas mecánicas del movimiento del aire (aerismo) que asignaba a las epidemias causas ligadas al clima y que a su vez se relacionaba directamente al movimiento de los astros (Dávalos, *op. cit.*, 49). También el pensamiento ilustrado de la segunda mitad del siglo XVIII, concebía que el aire fuera un fluido elemental y no como resultado de una combinación química.

Todos los elementos que componen el cuerpo, tanto los fluidos como los sólidos dejan escapar aire. Este descubrimiento amplió el campo de conocimiento donde se consideraba que el aire actuaba de múltiples formas sobre el cuerpo, ya sea por simple contacto, por ingestión directa o indirecta, puesto que se creía que los alimentos contenían pequeñas porciones de aire (Corbin, *op. cit.*, 19). De acuerdo al pensamiento de la época de estudio, las propiedades físicas del aire variaban conforme a la estación del año, regularizaban un equilibrio interno y externo a partir de eructos, flatulencias, mecanismos de respiración y exhalación. A partir de la renovación del aire viciado se revelaba un beneficio implícito, en cambio un aire concentrado dificultaba la evaporación de las excretas y podía provocar la aparición de enfermedades como el escorbuto (Corbin, *op. cit.*, 20). Con base en lo anterior es que el pensamiento *aerista* comenzó a definir lo sano y malsano, así como las normas de lo salubre y lo insalubre. Por tanto, el médico complementa su diagnóstico y su pronóstico con un criterio olfativo, es decir, el olor que despedía el enfermo, su aliento, en el caso



de tener heridas con pus, esto permitía saber si se abusaba de algún tipo de alimento, o si habitaba en un ambiente pantanoso o infectado. Es en este momento de la historia donde abundaban los catálogos de semiología olfativa, se olía y se diferenciaban los olores provenientes de los sudores, la orina y las heces, de los esputos, de las úlceras gangrenosas, llagas y ropa de los enfermos. Se hizo clara la diferencia de olores derivados de la tisis, de la disentería, de fiebres pútridas, de los males de leche de las parturientas y el olor a ratones caracterizado por personas recluidas en cárceles y hospitales y, se coincidía que el peor de los olores era el relacionado con el escorbuto (Corbin, *op. cit.*, 51).

Así, las teorías mecanicistas tomaron forma en la Ciudad de México sobretudo en la segunda mitad del siglo XVIII, en este sentido, fueron múltiples las prácticas para sanear el aire; todos los lugares donde se estancaban o inmovilizaban los desperdicios de cualquier naturaleza eran objeto de vigilancia para evitar que se generaran pestes u otras enfermedades generadas por los miasmas. Una forma de combatir los miasmas y efluvios fue la desodorización del ambiente, con la colocación de sahumeros de resinas, hojas y especias colocados en las calles, en el interior de las casas y edificios, esto era poner en práctica la función terapéutica de los olores, los cuales ocupaban un amplio lugar en la farmacopea de la época (Corbin, *op. cit.*, 74; Rodríguez, *op. cit.*, 28-29), no así en las casa humildes, por ejemplo, la de los indígenas. La fumigación con sustancias olorosas formaba parte fundamental de la terapéutica del siglo XVIII. La fuerza de los perfumes y su poder de penetración fue puesta en práctica para curar males de matriz como la amenorrea. Se pensaba que el humo de polvos cefálicos fortificaba al cerebro, mientras que la fumigación con astringentes detenía los problemas del catarro. En su momento fueron moda, las almohadillas rellenas de plantas y flores aromáticas para aminorar la melancolía y se creía que la fumigación con cinabrio curaba la viruela (Corbin, *op. cit.*, 80).

Algunos de los factores que favorecieron la aparición y propagación de enfermedades fueron el hambre y la desnutrición, aunadas a estas, se sumaron la falta de higiene y atención médica insuficiente para facilitar que algunas enfermedades que eran endémicas se convirtieran en epide-



mias, entre la población se hizo frecuente escuchar la frase “mueran indios que hartos nacen”. La desnutrición y cambios estacionales desencadenaban severos brotes de neumonía o *mal de costado*, mientras que el hambre, la suciedad y el hacinamiento preparaban el terreno para que los piojos y las pulgas ocasionaran catastróficas epidemias de tifo en la zona central del virreinato de la Nueva España. En la temporada de sequía eran frecuentes la diarrea, la *miserere*, la disentería y la tifoidea (Lugo, 2005: 559).

Durante las epidemias se recurría para albergar a los enfermos en primer lugar a los hospitales, sin embargo como también se encontraban aislados en busca de abrigo y alimento no era raro que estuviera al tope de su capacidad de atención, en ese caso, la atención a los enfermos se daba en templos, conventos o en vecindades. A veces se improvisaban cocinas en las parroquias a fin de preparar y repartir las llamadas “sopas de pobres y atoles” entre los enfermos y menesterosos (Lugo, *op. cit.*, 567).

Entre las múltiples tareas a desempeñar por los miembros del Ayuntamiento, era conseguir, ya fuera gratis o a precios bajos, grandes cantidades de ropa, mantas y petates para los enfermos. Si alguno de los enfermos que habían sido beneficiados con alguna prenda moría, no faltaba quien la vendiera o rentara *ropa de duelo* provocando a su vez la propagación de la enfermedad:

“La ropa de los eticos u otros males contagiosos es un punto de los que más sufre la salud pública. Porque se halla tan abandonado que apenas podrá citarse caso de haberse visto quemar, y ya dimane de desidia de los profesores de medicina, o del Protomedicato que debería aplicar su esmero, nadie duda de la generalidad con que se usa, vende o empeña lo que acaba de servir a los que mueren de aquellas enfermedades en sus no pocas especies o diferencias. Suele alegarse la ridícula excusa o pretexto de ser muy raros los que en este temperamento mueren de ellas, pero es bien patente que no sólo se padecen *Tisis consumadas*, sino otros contagios o fiebres que lo incluyen y frecuentemente el mal de san Lázaro, sin que estén reclusos todos los muchos que adolecen de él, ni que se cuide



de precaver el grave riesgo de propagarse cualquier infección, avisándose por los que hubiesen asistido a los que fallecen de ellas para que sin demora y con publicidad se quemase cuanto les haya servido...El propio abuso y peligro sucede todavía más desordenadamente en las tiendas que nombran cacahuaterías, en que vendiéndose comestibles por menor, se reciben con empeño cualesquiera piezas inmundas de paño, lienzo u otros tejidos, usadas tal vez por los contagiados, o las de que los sepultureros desnudan a los cadáveres, teniéndolas pegadas a los mismos alimentos que percibiendo sus efluvios llevan en sí una calidad capaz de ocasionar la muerte a los que los comen” (Anónimo, 1788: 41).

El Hospital Real de Naturales

Durante el desarrollo histórico de la sociedad han existido instituciones dedicadas a ayudar en cualquier sentido a algunos sus miembros, ya sea por enfermedad, invalidez u otro motivo. En la Nueva España, también fueron establecidas instancias de ayuda social, como hospitales, asilos, casas de cuna, etc., dedicadas no sólo a mantener a los individuos necesitados sino también a controlar problemas sociales como mendicidad, vagancia, orfandad, así como otros de índole médico, como demencia, brotes epidémicos de sarampión, peste, tifo, entre otros (Aguirre y García, 2000).

La guerra, el hambre, las enfermedades, la pobreza y el desamparo fueron elementos que se combinaron para que, aunado a los preceptos cristianos de ayuda al prójimo, la obra hospitalaria se procurará a todo aquel que la necesitara²⁵. De las tres influencias socioculturales que llegaron junto con los españoles a América, la bizantina, la musulmana y la occidental, fue esta última la que influyó bajo los preceptos del cristianismo a la aparición de la ayuda a los desamparados y enfermos (Rodríguez, 2006: 57).

25 Durante la edad media y siglos posteriores, los conceptos cristianos regularon la atención a los pobres y otros grupos. A partir del XVI, con la Reforma los precursores de este movimiento fomentaron la idea que el auxilio a los pobres incluyendo la atención médica era una responsabilidad social y no de la Iglesia.



La Iglesia Católica como principal responsable de fomentar esos preceptos se arrogó la obligación de atender a los más necesitados y uno de esos resultados fue el *Hospital* como casa de misericordia, albergue para pobres y hogar de caridad. Los antecedentes de este tipo de establecimientos se encuentran en las antiguas casas para peregrinos en Grecia y Oriente llamado *nosocomium*, lugares para descanso y atención de problemas de salud.

Durante la edad media, comienza la transformación de casas de peregrinos a una institución más formal de atención, con carácter filantrópica y humanista. Así fue como se constituye el principio médico sanitario como una forma de salvar el alma, ya que el pensamiento del Medioevo occidental estaba basado en la imagen del Cristo médico que curaba leprosos, tullidos y ejercía la caridad con los desvalidos. En este momento de la historia aparece el modelo llamado *Pantocrátor*, éste era un conjunto de elementos: iglesia, hospital y tumba y que a la postre daría paso a los hospitales (Ortiz, 2000: 12).

En la alta edad media fueron los obispos quienes instituyeron la beneficencia hacia los enfermos, impulsados por los acuerdos surgidos de los concilios que obligaban a disponer de cierta cantidad de las rentas episcopales al sustento y alojamiento de los pobres, más si éstos estaban enfermos así se comenzaron a fundar las Casas de Dios (*Hotel Dieu*) y se encontraban junto a catedrales y palacios episcopales (González, 2005).

La razón de esto es que la enfermedad crea dependencia. El enfermo no sólo necesita tratamiento médico sino además cuidado personal y protección. La sociedad ha aceptado esa necesidad como una responsabilidad de la vida comunitaria y ha creado las instituciones adecuadas para proporcionar la atención necesaria.

Ante las reformas de la Iglesia Católica, los monjes comenzaron a atender casas de peregrinos donde se encontraban enfermerías. A partir del siglo XIII se fundaron enfermerías en los monasterios. La actividad en éstas se basaba principalmente en la práctica de rezos, invocaciones, imposición de manos, empleo de amuletos, uso de aceites sagrados y reliquias comenzaron varias creencias varias de santos, y éstos a su vez adquirieron ciertas advocaciones y propiedades específicas sobre los diversos tipos de enfermedades y aflicciones. Con estos elementos el pueblo tuvo una motivación y un refugio para sus penas y sus miedos. Cada enfermedad tuvo su santo patrono y sus



plegarias específicas para cada caso. Entre varios, San Cosme y San Damián fueron los santos patronos de la medicina; San Basilio regía para pulmones y garganta; Santa Lucía sobre los ojos; San Roque sobre las llagas; San Lázaro la lepra; Santa Apolonia el dolor de muelas (López Romero, 2006: 45).

Retomando la valoración de la pobreza, los antiguos hospitales que tenían una función basada en la caridad pasaban a partir del siglo XVI en una función también de reclusión con el propósito de evitar los contagios masivos. Las autoridades civiles le otorgaban a los hospitales el precepto de mantener el orden social. En opinión de Juan Luis Vives²⁶ el hospital era la institución donde los enfermos son mantenidos y curados, donde se educaban niños y niñas, donde se criaban los hijos de nadie, donde se encierran los locos y donde los ciegos y tullidos pasan su vida.

Es importante señalar el significado de la hospitalidad pública durante la época colonial, de origen medieval, un hospital no sólo era un lugar de asistencia sanitaria, los que asistían a él estaban incrustados de lleno en el ambiente que los albergaba, esto sucedía, ya que los religiosos encargados de atender a los recién llegados tenían un voto especial, el de la hospitalidad (Lugo, 2005: 563).

De igual manera los antiguos hospitales no tenían nada que ver con la forma de administrar, en el presente a los hospitales. En muchas ocasiones, debido a la escasez de conocimientos y recursos, un hospital se convertía en un lugar donde morir bajo techo. Si bien hay que tener claro que un hospital es ante todo un establecimiento de caridad y que se justificaban en la misión de servir y ayudar a los pobres necesitados (Campos y Ruiz-Llanos, 2001).

Realizando la obra hospitalaria aparecen personajes que fungen como patronos o fundadores de hospitales u órdenes hospitalarias religiosas. Convencidos que con la caridad se otorgan los beneficios celestiales, establecen obras piadosas y capellanías para el mantenimiento de los hospitales. Este servicio, se da a cambio de una sola condición, oraciones y plegarias, misas y responsos por el ánimo del benefactor.

26 Juan Luis Vives fue un catalán nacido en 1492. Judío converso. Profesor de las mejores universidades de la España unificada, Francia e Inglaterra. Humanista y filósofo, predicó la beneficencia hacia los pobres no como mandato divino sino como principio de solidaridad entre los humanos.



La adscripción étnica y de oficios pesó en la institucionalización de la caridad y el socorro a los indios. Los indios generalmente tenían hospitales separados financiados con parte de sus tributos, además de donaciones de particulares y de la Corona. La introducción del modelo europeo de hospitales trajo consigo algunos cambios para los indígenas, por ejemplo, el uso de camas; también el morir en un hospital se convirtió en una experiencia desusada para los indígenas. El concentrar enfermos en un hospital tenía como función no solo la doctrina cristiana sino la concentración de enfermos a fin de evitar el contagio, principalmente en las epidemias (Chocano, 2000: 61).

El diseño arquitectónico de los hospitales a partir del Renacimiento introdujo la forma de palacios con un primer piso con columnas que daban a un gran patio central, las salas de atención principalmente en dos pisos y dispuestas en forma de cruz para hacerlas más accesibles, dividir las para la atención por sexos y enfermedades y en el cruce ubicar un altar para que los enfermos pudieran escuchar los servicios religiosos.

Los hospitales en la Nueva España

Concluida la conquista, los españoles se dieron a la tarea de establecer lugares adecuados para la atención médica no sólo de los europeos, sino también para los indígenas. Recordemos que uno de los motivos que favorecieron la caída de Tenochtitlán, fue una epidemia de viruela que flageló a la población que defendía su ciudad. De manera paralela, se inicia la conquista espiritual en atención a la salvación de las almas perdidas de los indios americanos. Los frailes encargados del trabajo evangelizador también se encargaron de la atención médica de los naturales en los territorios conquistados; así se dieron a la tarea de la fundación de hospitales destinados a la atención asistencial de los indios. Para Venegas (1973:34), la obra hospitalaria para indios tuvo como fines la congregación de los naturales en poblaciones, la conversión a la nueva fe y el auxilio a sus necesidades físicas.

Los hospitales fueron muy útiles en las continuas epidemias, y los religiosos encargados de administrarlos, procuraron conservar sus rentas y sustentos que eran utilizados para curar enfermos y mantener las capillas de los mismos hospitales en buen estado. Así, los hospitales para indios se



establecieron no solamente con fines terapéuticos, sino también por intereses de tipo económico, político y religioso. La población indígena disminuía durante cada epidemia y la cantidad de indios tributarios era cada vez menor, la dispersión de los indios provocaba problemas al gobierno y eclesiásticos por lo que era necesario buscar un motivo de congregación a fin de mantenerlos juntos y convertirlos a la nueva religión. En las ordenanzas que el Tercer Concilio Provincial Mexicano de 1585 emitió para regular la vida interna de los hospitales se señalaba entre otras cosas la obligación de dar instrucción cristiana a los enfermos, se procurará la confesión, los sacramentos, misa y en su caso, se les diera sepultura, asimismo quedaba prohibido recibir, ebrios y maleantes (Rubial, *op. cit.*, 217).

Desde el siglo XVI se atribuyeron dos funciones paralelas para los hospitales novohispanos: la primera, fue su consagración para el cuidado de los enfermos. La segunda, consistía en recoger huérfanos, hospedar peregrinos, albergar a los desvalidos. En un ejemplo de la primera, dio pie a la fundación de hospitales como el de La Purísima Concepción y Jesús Nazareno. En un ejemplo de la segunda, el Hospital Real de Naturales (HRN).

Los hospitales de la Nueva España eran lugares donde se concentraron prácticas médicas de muy diversa procedencia y enfoque clínico. En el HRN, sin duda, es un claro ejemplo de ello; la curación se llevaba a cabo a partir de amuletos, ensalmos, oraciones y se aplicaban en otros casos las prácticas sanadoras que no estaban contempladas por la ciencia y autoridades de la época como flebotomías, parteras, sobadores, entre otros (Quezada, 2000; Viesca 2008: 35). Al mismo tiempo se ponían en práctica una serie de conocimientos, en su mayoría empíricos, basados en la herbolaria, la amputación de miembros gangrenados y la extracción de tumores; además se aplicaba la teoría médica hegemónica del momento, la humoral, que estuvo presente en mayor o menor medida los trescientos años de dominación europea. Las prácticas más comunes era la aplicación de ventosas, sangrías y la administración de vomitivos, laxantes y purgas siempre relacionados con el movimiento de los astros (Rubial, *op. cit.*, 217). Con estas técnicas, los responsables médicos de cada hospital buscaban la cura de los pacientes, sin embargo en muchos casos solo era el proceso de pre-



paración para la muerte, de ahí la importancia de la presencia de capellanes y frailes confesores, así como cementerios anexos a ellos.

En muchas ocasiones, los hospitales funcionaron también como hospicios que mantenían a los enfermos pobres para que no se propagaran las enfermedades y no murieran la calle. Algunos enfermos como leprosos y dementes, vivían en los hospitales el resto de su vida; aquellos que sanaban, generalmente lo hacían por una recuperación propia, ya que la ayuda terapéutica que se les proporcionaba no era la más adecuada y en varios casos era contraproducente (López Romero, 2002: 31).

Algunos de los hospitales que funcionaron en la época colonial fueron (**Tabla 5**):

El Hospital Real de Naturales

A pesar de que no existen referencias concretas para establecer la fecha exacta de la fundación del Hospital Real de Naturales, podemos citar algunos datos que aportan indicios acerca de su origen y funcionamiento.

Para José María de la Fuente (1914-15), el probable fundador del hospital fue Hernán Cortés con el fin de atender a los indios que sufrieron la epidemia de viruela durante el sitio de Tenochtitlán y después de haber sido controlada la enfermedad, se dejó a un lado por un tiempo aún no determinado. Carlos V expidió una ley donde se ordena la fundación de hospitales para indios en todas las principales ciudades de la Nueva España, es entonces cuando interviene el ayuntamiento en el hospital llamándolo *Hospital Real para Indios de la Ciudad de México* (Zedillo, 1984: 27).

Los datos muestran que miembros de la orden de San Francisco, entre ellos, Pedro de Gante fundaron enfermerías que serían el antecedente directo del hospital en el año de 1530 ó 1531, con motivo de la epidemia de sarampión que atacó a la ciudad y propone como fecha posible del “nacimiento” del hospital el 12 de julio de 1529 con la venía de Carlos I:

“Cerca de nuestro monasterio se ha construido una enfermería para los indígenas, donde además de los que instruimos en nuestro convento, vienen otros a curarse. Esto es un gran



Tabla 5. Relación de algunos hospitales de la Ciudad de México durante el periodo virreinal

Hospital	Fundación	Cierre	Población atendida y especialidad médica
Hospital de la Purísima Concepción y Jesús Nazareno	1524	-----	Conquistadores y sus descendientes. Españoles con solvencia económica y nobleza indígena. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital de Santa Fe de México	1532	1794?	Indígenas del centro del reino. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital Real de Naturales	1531?	1822	Indígenas del reino (incluidos los filipinos). Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital del Amor de Dios	1539	1786	Población general. Hombres y mujeres. Sífilis, mal gálico y bubas venéreas
Hospital de San Hipólito	1567	1842	Población general. Hombres dementes
Hospital del Divino Salvador	1689	1821	Población general. Mujeres dementes
Hospital Real de San Lázaro 1	1524	1528	Población general. Hombres y mujeres. Mal de San Lázaro (lepra) y mal de San Antón (llagas)
Hospital Real de San Lázaro 2	1572	1862	Población general. Hombres y mujeres. Mal de San Lázaro (lepra) y mal de San Antón (llagas)
Hospital Real de la Epifanía y Nuestra Señora de los Desamparados. San Juan de Dios	1582	1821	Población general, mulatos y negros libres. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital de Nuestra señora de Montserrat	1590	1821	Población general. Hombres y mujeres. Peste
Hospital de San Andrés	1779	1910	Población general. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes hasta 1787 que los atendió
Hospital de la Inmaculada Concepción. Terceros de San Francisco	1650	1843	Hermanos de la orden de San Francisco. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital Real de San Pedro o de la Santísima Trinidad	1557	1821	Población general. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital de San Antonio Abad	1628	1819	Población general. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades.
Hospital de Belem	1694	1820	Población general. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes.

Fuente: Muriel, J. *Los Hospitales de México*. 1956, UNAM.



socorro para los pobres e indigentes y esto ayuda mucho a la conversión...Para sostenerse todas estas obras, no ceso de recoger cuantas limosnas puedo, cosa poco productiva, en vista de la pobreza de los indígenas...”

El capellán y pequeño vasallo de V. M.

Fray Pedro de Gante (Zedillo, 1984: 30).

Su ubicación estaba fuera del casco principal de la ciudad en la antigua parcialidad de San Juan Moyotlán, al poniente de la ciudad, entre la calle de los Rebeldes (actual Artículo 123). A partir de las Reformas Borbónicas, el hospital quedo dentro del cuartel mayor 8 y 30 menor. La cédula real de su fundación fue expedida por Felipe II el 18 de mayo de 1553, y con ella el real patronazgo también quedo establecido, así como la ayuda económica necesaria para su construcción y funcionamiento. En el mismo año, la Real Audiencia propuso la terminación del hospital. La obra se terminó y la institución recibió el nombre oficial de *Hospital Real de Sanct Josef*, ya que se estaba bajo la advocación y protección del señor San José, padre putativo de Jesús.

La Cédula Real del 22 de abril de 1701 menciona el carácter diputado del Hospital (asociado a la Corona española) (Fierros, 2009:9). Con el tiempo ese nombre perdió uso, refiriéndosele de manera común como Hospital Real y de manera ulterior se le agregó la característica que lo distinguía de entre los demás: “de inocentes”; “de Indios” o “de Naturales”. Así lo encontramos nombrado en documentos del siglo XVI de dos maneras y a partir de siglo XVII como *Hospital Real de Naturales*, ya que estaba a cargo el Patronato Real y el control medular lo tenía el gobierno español.

El edificio sede del HRN se ubicó junto al Real Colegio de San Juan de Letrán y a espaldas del convento de San Francisco. Al norte corría una acequia que formaba parte de la calle del Santísimo (actual calle Victoria) y parte de la calle de los Rebeldes (actual calle Artículo 123).

Es poco común encontrar documentos o informes que lo refieran como *Hospital Real de San José de los Naturales*, como lo hacen algunos trabajos. Estimo que esto es inadecuado, ya que aunado a los datos ante-



riores, es posible mencionar que el único edificio referido como San José de los Naturales fue una capilla abierta para indios ubicada en el conjunto conventual de San Francisco en la Ciudad de México (Artigas, 2004: 131).

Por tanto, es importante señalar que el nombre que recibirá este establecimiento en el presente estudio, será *Hospital Real de Naturales* que fue el nombre más común en los documentos.

El HRN tenía al lado un cementerio y una capilla bajo la advocación a San Nicolás Tolentino y una Santa Escuela de María Santísima. El terreno que ocupaba contaba con 246 varas de largo (205 m), por el poniente 61 (51 m) y por el oriente $89 \frac{1}{2}$ (74.7 m)²⁷; (Orozco y Berra, 1998: 233). Para la asistencia y curación de los indios se contaba con una botica, cuatro salas de atención divididas de acuerdo al sexo de los pacientes²⁸; dos de cirugía, una para hombres y otra para mujeres; de especialidad, como la de enfermos contagiosos²⁹, y otra para convalecientes. Contaba con baño o “placer” y un temascal para los enfermos, cocina, tortillería, atolería, despensa, y dos roperías, una para ropa limpia y nueva, y otra para la de los enfermos. También con viviendas para el portero, los capellanes, dos médicos, dos cirujanos, varios practicantes y enfermeros, habitaciones para cocineros, proveedor y demás sirvientes, y una oficina para el administrador (Venegas, 1973: 43-44).

La disposición del hospital tuvo varias modificaciones. En caso de emergencia, como epidemias, se ampliaban las enfermerías y se utilizaban los corredores, el terreno del campo santo o cualquier otro lugar posible, no obstante el cupo del edificio. Durante las epidemias del siglo XVII y

27 La vara es una medida longitudinal. Equivale a .835 m (N. del A.).

28 Los libros de registro de pacientes indican que las salas de San Francisco Javier y San Miguel estaban destinadas para mujeres, mientras que las de Dolores y Nuestra Señora de Guadalupe estaban destinadas a hombres, existen referencias de otra sala bajo la advocación del Arcángel San Gabriel. Las salas eran amplias como la de San Francisco Javier que medía 88.51 m de largo y 6.68 m de ancho (591 m²); la de San Miguel medía 90.1 m de largo y 7.9 m de ancho (711.7 m²).

29 En varios documentos se refiere una sala para hidrofóbicos, esto se propició durante el siglo XVII donde eran abundantes en la ciudad los perros callejeros que no solo provocaron algunos casos de rabia sino abundantes enfermedades cutáneas como la escabiosis o sarna. Los casos de rabia disminuyeron notablemente para el siglo XVIII pero la costumbre de llamar a la sala de contagiosos para rabiosos perduró por mucho tiempo (N. del A.).



XVII se admitieron gran cantidad de indígenas los cuales prácticamente llegaban a “bien morir” (Venegas, 1973: 45). El 22 de abril de 1701 se otorgó la responsabilidad del hospital a los Hermanos de San Hipólito y el 10 de febrero del año siguiente tomaron posesión de él. Sin embargo, esto trajo problemas, ya que los hipólitos se negaron a administrar los bienes del hospital, por lo que en 1703 se les retiró del servicio administrativo dejándoles sólo el de enfermeros. Se nombró a un administrador laico³⁰ que tenía la obligación de disponer que se contara con abastecimientos suficientes para pacientes³¹ y servidores, las medicinas suficientes así como que las salas estuvieran limpias y con todos los menesteres necesarios, para los muertos se procuró contar con sayal de San Francisco para la mortaja. Además compartió, en su momento, responsabilidades con el general prior de los hipólitos, el decano de los oidores y un contador del Real Tribunal de Cuentas. En 1741, se exoneró a cualquier fraile la responsabilidad de servir en el hospital³² entonces la atención espiritual estuvo a cargo de cuatro capellanes y se nombró como supervisor general a un Juez Privativo Protector (Muriel, 1956: 122). En 1776 se reorganizó la administración y se establecieron nuevas ordenanzas para el Hospital Real de Naturales. El gobierno del hospital estuvo bajo la Real Junta Gubernativa del Hospital de Naturales, la cual integraban entre otros, el oidor decano de la Audiencia Real que también fungía como juez protector³³ tres vocales; un contador el mayordomo administrador; el capellán mayor y un secretario.

30 Las autoridades eclesiásticas estaban consientes de los abusos de la administración de los hospitales por parte de órdenes religiosas y desde 1311 el Papa Clemente V promulgó un decreto por el cual exigía a los administradores de los hospitales cumplir con honestidad. El hospital no era un bien de la Iglesia Católica y sus recursos estaban dedicados a servir a la comunidad (Rosen, 1989: 328).

31 La atención especial fue durante las crisis epidémicas ya que muchos de los indios que no morían de la enfermedad en curso lo hacían al salir del establecimiento, ya que no contaban con posibilidades de obtener alimento (Rodríguez Sala, 2005: 76).

32 Si bien el establecimiento surgió como iniciativa de los franciscanos, al quedar apoyado por el real patronazgo quedó como obra civil independiente de la Corona y así se mantuvo a lo largo de su existencia. En tanto que su administrador, la metrópoli proveyó cédulas reales de nombramiento o a propuesta directa del virrey (N. del A.).

33 También existía un Juez Privativo, el cual tenía como función el de asesorar los casos de pleitos y causas, tanto civiles como criminales; negocios y rentas.



En gran medida, las ordenanzas reglamentaban las funciones y sueldos de todos los empleados y, sistematizan algunas actividades hacia el interior del HRN. Entre ellas se encuentra la prohibición de almacenar la ropa sucia de los enfermos y guardar las pertenencias de los fallecidos, regular la alimentación de los enfermos y la administración de los medicamentos; los cambios de ropa de cama e higiene personal.

Resalta de manera muy importante los datos asentados en los libros de registro de enfermos en relación al sitio de origen y vecindad de los indios que asistían al HRN para recibir atención, ya que los lugares mencionados en los archivos muestran que era tan diverso como lo podemos imaginar.

Los servicios que se otorgaban en el HRN son referidos de la siguiente manera: cuando un indio llegaba, era destinado según su enfermedad a la sala de cirugía, medicina o de contagiosos. Allí era visitado por un capellán, que obligatoriamente hablaba náhuatl u otomí, para prestarle los servicios religiosos, de ser grave el caso se mandaba buscar a algún cirujano, si no, se esperaba la visita de los facultativos, éstos hacían sus visitas diarias, los cirujanos de seis a siete, y los médicos de siete a nueve de la mañana (Muriel, 1956: 124). En ambos casos eran acompañados por los practicantes destinados para cada sala. Además existían guardias y visitas de emergencia. También se contaba con mujeres que atendían y curaban a las enfermas además de dos mozos para diversos servicios. Cada día, los practicantes mayores eran los encargados de anotar la orden médica para cada paciente y llevaban el control de las sangrías, ayudas cáusticas y otras prácticas como baños en temascal, masajes con vinagre de Castilla y ventosas. Se verificaban la existencia y dosificación de los medicamentos y la dieta de cada paciente. Curiosamente, en la literatura revisada no se encontraron datos que describan quiénes eran los responsables de diagnosticar al ingreso de los pacientes y que procedimiento seguían para otorgarlo, una vez que tampoco se encontraron datos para saber si existía una rectificación del diagnóstico a la salida. Los encargados de suministrar los medicamentos y alimentos eran los enfermeros y enfermeras con la ayuda de algunos sirvientes que subían los alimentos a las salas con ayuda de una mesa llamada repontorio.

Los alimentos eran servidos a las 08:00, 11:30 y 18:00 horas. Todo era administrado con base en la orden médica. En el desayuno se podía dar



diferentes tipos de atole como blanco de maíz y champurrado de chocolate o caldo. En la comida se daba, de acuerdo a la orden médica, caldo de carnero, gallina asada, arroz, garbanzos, caldo de sustancia con dos yemas, dulce de cajeta. En la cena se daba asado, arroz y atole. Toda comida era acompañada con tortillas. También se proporcionaba agua cocida o cruda y en algunos casos pan blanco floreado.

Los administradores procuraban que tanto el almacén como la alacena estuviera suficientemente surtida con:

“...dulces, chocolate en tompiates, arroz, garbanzos, almidón, azúcar, sal de Colima, panes de jabón, tazas, platos, jarros de Cuautitlán, orinales de vidrio, cazuelas, bateítas, cocos de barro para chocolate, botes grandes y chicos para ungüentos, calderos y calderetas de cobre, manojos de velas, tortas y pan para cada día, dulce de cajeta, suero y vino blanco...”

La alimentación era variada diariamente de acuerdo con el número de enfermos y época del año, como en vigilia. A continuación se presenta un ejemplo del listado de alimentos solicitados al administrador por parte de los hermanos de la caridad de san Hipólito en agosto de 1712³⁴.

Lunes 1 de agosto 1712 años.

33 enfermos.

- De carne.
- De pan.
- De 4 gallinas.
- De suero, redaño, almendras dulces, pulque, unto sin sal, y arroz.
- De leña para todo el mes de las atoleras y cocinera.
- De un peso de apuntar las lancetas y a moler las naranjas.
- De media arroba de azúcar para los enfermos.
- De 6 libras de chocolate para los enfermos.

³⁴ El listado completo se encuentra en el trabajo presentado por Fierros, 2009.



- De tequestite para lavar las frazadas de los enfermos.

Viernes 5

34 enfermos.

- De carne.
- De pan.
- De 4 gallinas.
- De unto sin sal, suero, mantequilla, arroz, redaño y azúcar.
- Tequesquite para lavar frazadas.
- De la comida del viernes de 4 religiosos de la comida de los sirvientes y el administrador.

Sábado 6

35 enfermos.

- De carne.
- De pan.
- De 4 gallinas.
- De harina, huevos, redaño, agua miel, miel virgen, unto sin sal.
- De una botija de aceite para el sacramento.
- De medio de escobas para la enfermería.
- De la comida del sábado para siete sirvientes y el administrador.
- De carbón para la cocina y las enfermerías.
- De sahumero para las dos enfermerías.
- De verdura u especia para la enfermerías de toda la semana.
- De cuatro libras de chocolate para cuatro religiosos.
- De cuatro libras para los dichos.
- De 2 libras de chocolate para el mayordomo y el administrador.
- De una libra de azúcar para los dichos.
- De tres libras de chocolate para los sirvientes.

De igual manera en listados de otros días aparecen productos como cajetas, leche y aguardiente, vino defensivo, manteca, cebada, pasas, bofes,



vinagre de Castilla, jabón, tazas, y platos, cirios para dar la misa en la enfermería.

En el cuarto destinado a las atoleras asistían dos indias con metates que molían maíz para hacer tortillas para los enfermos y los que ahí servían, mientras otra india cocía las tortillas en un comal; en tanto, el atole se cocía en peroles y se colaba con cedazos especiales para la preparación se utilizaba leña que era entregada por la tarde diariamente.

También existen reportes de la situación particular de las salas de atención:

“...Se encontraron 23 indios enfermos, puestos en sus camas de maderas altas, con sus pilares, muy decentes... y en cada una de ellas dos tecuestles de tule y encima de éstos dos frazadas medianas en igual de colchón (por no admitir éste la naturaleza de los indios), dos sabanas de cotense florete delgado, otra frazada camera, un cobertor de paño azul de la tierra de dos varas y media y una almohada de crea, con su funda de valadillo, llena de lana y con funda de lanquín y al lado diestro de cada cama una cajilla de madera con su vaso dentro y a su pie un pulidor de jerga y una bateita para orinar...” (*crf.* Rodríguez Sala, 2005: 83).

En las salas dormían los enfermeros o enfermeras y practicantes, en cada sala existían dos mesas amplias de cuatro varas donde se ponían los enseres y medicinas entre las cuales se podía encontrar emplastos de gálbano, agua roja y de rosas, ungüento amarillo, ungüento en contracabres y ungüento de resino (Fierros, 2009: 95), en cada sala de convalecientes; en la de hombres, la visitaba por las tardes un español, mientras que en la de mujeres, la visitaba una española para enseñar los misterios de la fe católica.

En el caso de la sala de mujeres, las autoridades del hospital dispusieron que aquellos niños que acompañaban a sus madres enfermas fueran alimentados con las sobras de la comida diaria pero que fuera de calidad (Fierros, *op. cit.*, 208).



El HRN tenía en funcionamiento una lavandería propia, donde con una merced de agua, un pozo y un tanque se lavaban toda la ropa, tanto personal como de cama de los enfermos y de los empleados, se utilizaba panes de jabón y cazos donde hervía con tequestique la ropa a fin de evitar focos de infección.

La importancia del HRN en el terreno médico reside en muchos apartados, éste recibía a todo tipo de enfermos y consecuentemente se atendía prácticamente todas las enfermedades y problemas de salud, con excepción de las bubas, la locura y la lepra, cuyas enfermedades tenían establecimientos destinados a su particular atención. Se le recomendaba a los médicos que para proporcionar atención a los indígenas tenían que entender la naturaleza de los indios y su complexión, su modo de vivir alimentos y bebidas que acostumbraban a consumir así como a las enfermedades a las que eran propensos (Rodríguez, *op.cit.*).

Fue el primer lugar donde se realizaron autopsias con la venia real, sobre todo en tiempos de epidemias, en busca de respuestas para la cura de las enfermedades. También podía estudiar casos notorios de la época como la acondroplasia (Báez, 1995: 249). Además, algunos médicos prominentes de la época también colaboraban en la planta médica como fue el caso, en la segunda mitad del siglo XVIII, del doctor Luis José Montaña, que fungió como titular de la sala de cirugía de mujeres³⁵.

En 1639, el HRN fue sede de la clase de Anatomía Práctica bajo los estatutos de la Real y Pontificia Universidad, que indicaban la asistencia obligatoria de catedráticos y estudiantes cada cuatro meses a la práctica en el anfiteatro del hospital (Rodríguez-Sala, *op.cit.*, 53).

Me parece importante resaltar el trabajo de los practicantes. Éstos se dividían en mayores y menores según su grado de preparación. Los practicantes eran médicos con grado de bachiller y sus labores eran continuas durante 24 horas y realizaban actividades como la revisión de la orden mé-

35 Libro de entradas de las enfermas en la cirugía de mujeres. Enero a agosto de 1792 (AHSM). El doctor Montaña fue uno de los catedráticos que promovió la disensión médica fundándose en un pensamiento novedoso y desafió la prohibición expresa de leer obras de medicina no autorizadas (Ortiz, 2000: 96). Otros casos de cirujanos prominentes que sirvieron en el HRN fueron Alonso López de Hinojosos, Joseph Rodríguez y Domingo Russi Meave, entre otros (Rodríguez Sala, 2005).



dica, la administración de medicamentos y dieta, realizar curaciones, aplicación de apósitos, vendajes y cataplasmas. Acompañaban a los médicos en sus recorridos por las salas de atención. En las salas de cirugía había un practicante mayor que apoyaba al cirujano durante los procedimientos quirúrgicos (Romero y Ramírez, 2003: 497). Los practicantes mayores eran responsables de llevar a cabo la visita médica vespertina. En el HRN, se rompió la vieja tradición separatista entre médicos y cirujanos, ya que de acuerdo a las ordenanzas, ambas figuras tenían que trabajar en común para bienestar de los enfermos. En 1778 se estableció en el HRN, la Academia de Anatomía Práctica para adiestrar a los practicantes de medicina, además de un curso de operaciones de cirugía con duración de cuatro años y que era obligatorio, de no asistir, el Protomedicato Real no otorgaba el derecho a examinarse para el ejercicio médico. Fue entonces cuando el HRN también fue conocido como Escuela de Anatomía Práctica y Operaciones de Cirugía o Real Escuela de Cirugía (Venegas, 1973: 49; Muriel, 1956: 131). En este sentido, la práctica quirúrgica se amplió y refinó con la aplicación de nuevas técnicas de cirugía en las hernias crurales e inguinales (Viesca, 2001: 198).

También contó con un diseño innovador en sus amplias salas de atención para propiciar la libre circulación de aire y evitar el encierro de los miasmas mefíticos³⁶.

Para la atención de algunas enfermedades se hacia lo posible, se administraban purgantes, se aplicaban ungüentos, emplastos, pomadas, infusiones, baños y remedios evacuantes que tenían como propósito corregir los excesos y las alteraciones humorales. A través de vías naturales, el médico podía forzar al paciente a expulsar sudor, orina, y heces. También se administraban vomitivos con el mismo propósito. Además se contaban con otras formas de controlar el equilibrio de los humores a partir de sangrías, sanguijuelas, ventosas³⁷, masajes y escarificaciones.

36 A partir de la ampliación de las salas del hospital a finales del siglo XVII, se consideraba seriamente el espacio suficiente para que los aires viciados no se encerraban y se convirtieran en pútridos.

37 Las principales diferencias entre la aplicación de ventosas, sanguijuelas y sangrías se basa en la profundidad que cada uno tiene para ejercer su acción. Las ventosas son más superficiales y remedian problemas inflamatorios; le siguen las sanguijuelas y por último la flebotomía (Rodríguez, 2006).



Al hablar de estas técnicas para evacuar, nos estamos refiriendo a la teoría hipocrática galénica aplicada por los españoles en el HRN. Por tanto, es obvio que este tipo de medicina era hegemónica en el hospital pero no debemos olvidar los elementos de origen prehispánico presentes en la terapéutica aplicada como la existencia del temascal. Resulta interesante el inventario de la botica del HRN³⁸ en ella se hallaban elementos propios de la medicina galénica. Había gomas de: copal mangle, de sonora, galbano, caraña, hinojo, enebro, hiedra. Raíces de: valeriana, nopalillo, coralina, canela, jengibre, pelitre, sinoglosa, zarzaparrilla, orozus, quina, cúrcuma, azaró. Leños de: sándalo, guajilote, fresno, guayacán, cetrino. Se encontraban sales, aceites, productos de origen animal y mineral (Parodi, 2001: 329). Lo que implica que los tratamientos eran mixtos, aunque seguramente aquellos de origen europeo eran más comunes la presencia de otros elementos en la terapéutica nos habla ya de un conocimiento médico mestizo.

El HRN debía su mantenimiento a aportaciones gubernamentales, limosnas, censos (préstamo de dinero a particulares que generaba intereses), renta y venta de casas y caballerías³⁹, sin embargo, una de las aportaciones más importante fue “*el medio real del hospital*”, que consistía en el tributo de medio real anual que cada indio tributario de la Nueva España estaba obligado a pagar, la cantidad variaba de mes en mes y de año en año debido a las sequías inundaciones o plagas pero para 1778 se promediaban ingresos de \$230 diarios por concepto de la venta del maíz. Otro aporte importante fue la medida de maíz que cada comunidad de indios tenía que pagar, esto, fuera para venderlo o para consumo propio del hospital con lo que se reunía una considerable cantidad de grano.

El HRN contaba con un Coliseo o *corral de comedias* cuyos ingresos eran de relevante importancia. Este lugar fue considerado como el primer teatro de América, se construyó en el patio del hospital con el fin de realizar algunos espectáculos. Los lugares para contemplar la obra costaban entre medio real y un peso, contaba con palcos y un lugar llamado *mosquetería*

38 Para saber con más detalle de los productos en el inventario de la botica del HRN, puede consultarse a Zedillo, 1984: 271-284.

39 La caballería es una medida de superficie que equivale a 42.7 hectáreas.



donde los espectadores se encontraban de pie, los lugares mas simples era la *cazuela* donde hombres y mujeres gritaban burlas y lanzaban cáscaras. El coliseo podía albergar hasta un millar de personas, las funciones de los lunes y jueves eran gratis. Había funciones prácticamente todo el año menos sábados y durante la cuaresma. Las diversas compañías teatrales alquilaban el espacio por tres mil pesos la temporada mismos que se invertían en el sostenimiento del HRN (Rubial, 2005: 161); como el edificio estaba construido en su totalidad de madera el 19 de enero de 1722 al escenificarse *Ruinas e incendio de Jerusalén*, un descuido por parte de los mozos provocó un incendio que destruyó el recinto y gran parte del hospital. Los hermanos hipólitos y el corregidor de la ciudad lograron salvar a los enfermos para destinarlos a otros hospitales. En el lugar del incendio se edificó la iglesia del hospital y las casas de los religiosos (Guedea, 1991: 76). De manera ulterior al incendio, se construyó otro Coliseo en el callejón del Espíritu Santo y calle de la Acequia (hoy Bolívar y 16 de Septiembre) (González Obregón, 1991b: 92). De forma similar al anterior, los fondos recaudados fueron destinados al hospital. El HRN tuvo actividades no sólo dedicadas a la curación de almas y cuerpos, desde el siglo XVII y hasta 1790 se llevaba a cabo en el cementerio del hospital una gran celebración en honor a los fieles difuntos por parte de los indígenas que tenían algún familiar enterrado ahí. También en 1811 se realizó una *Jamaica*⁴⁰ en los patios del hospital (Viqueira, 1987: 166).

En 1778, los fondos totales con que contaba el HRN eran de unos \$350 920. De los cuales \$10 400 provenían de la Real Hacienda y otros \$ 900 por la impresión de cartillas (Ordenanzas, 1776). De acuerdo con Zedillo (*op. cit.*, 15) en 1783 los ingresos fueron de \$ 73. 150 pesos y en 1800 de \$42. 150 pesos.

En 1790 los responsables de la administración declararon que el Hospital Real tenía 30 casas de alquiler que le devenían \$14, 820.00 anuales y cuyo valor total se tasaba en \$296, 400.00 (Sedano, *op. cit.*, TII: 32).

40 Las Jamaicas, eran fiestas cuya principal diversión era bailar, eran diferentes a los saraos, ya que éstos se consideraban tertulias refinadas para gente de bien es decir, Jamaicas de ricos (Viqueira, *op. cit.*, 164).



A partir de la diferencia entre las cifras seguramente éstas se veían disminuidas a partir de las sequías, trastornos sociales como las epidemias que alteraban la dinámica social.

El HRN perduró prácticamente durante los tres siglos de dominación española. El Virrey Félix María Calleja en un último esfuerzo, amplió las facultades del hospital, sin embargo, la suma de varios factores como la falta de fondos, la poca supervisión por parte de los encargados y la supresión de las castas a partir de la declaración de independencia, propiciaron que este establecimiento cerrara sus puertas el 21 de febrero de 1822.

Sus bienes pasaron al Colegio de San Gregorio, y cuando éste desapareció, fueron destinados al beneficio de la Escuela de Agricultura. Posteriormente, fue fábrica de hilados y sede del periódico *Siglo XIX*, propiedad de don Ignacio Cumplido, donde periodistas como Mariano Otero, Luis de la Rosa y Francisco Zarco divulgaron su trabajo, también fue imprenta donde se publicaron numerosas obras.

Años después, el gobierno vendió el edificio a un particular que lo convirtió en vecindad y varios locales comerciales. Cuando se amplió la calle de López, fue demolida la capilla de San Nicolás y en 1936 con la ampliación hacia el poniente de la calle de San Juan de Letrán (hoy Eje Central Lázaro Cárdenas), fue derribado por completo el edificio que ocupó el Hospital Real de Naturales.

Materiales y técnicas utilizadas

Las fuentes primarias principales y que a la vez constituyen el material utilizado en la investigación fueron seis libros de papel vegetal y forrados en piel, el número de fojas es diverso y se encuentran de regular a buen estado. Estos libros contienen el registro de ingreso de pacientes al Hospital Real de Naturales de la Ciudad de México durante los años 1775 a 1802, el total de fojas es de 1, 464, haciendo un total de 18, 962 registros de enfermos, cada registro contiene los siguientes datos:

- Fecha de ingreso.
- Nombre del paciente.



- Grupo social.
- Edad.
- Lugar de origen.
- Vecindad.
- Estado civil.
- Nombre de los padres.
- Enfermedad.
- Sala de atención y número de cama, además de citar si murió o sanó con su correspondiente fecha.

Estos libros, forman parte del Archivo Histórico de la Parroquia de la Asunción del Sagrario Metropolitano de la Ciudad de México y son los únicos en cuanto a enfermos, se refiere, que se encuentran en este archivo. Los años seleccionados para el estudio parten del primer libro que comienza en 1775 y por criterios de tiempo y manejo adecuado de la información se decidió concluir en el libro seis. Quiero compartir la forma en que llegué al conocimiento de la existencia y estudio de estos materiales. Durante una investigación previa (López Romero, 2006) consulté la base de datos del Archivo Histórico del Arzobispado de México en donde se encuentra el inventario del Archivo Histórico del Sagrario Metropolitano. A partir de ahí, me referí al Sagrario como parte de la consulta documental y el Párroco Monseñor Reynoso me comentó que los libros del HRN fueron llevados por un capellán que sirvió tanto en el Hospital y como en el Sagrario, lo que permitió que al cierre del hospital estos libros quedaran en resguardo de la Catedral de México.

El inventario total de los materiales que se utilizaron es el siguiente:

1. *Libro en que se asientan los indios e indias enfermos que entran a curarse en el Hospital Real del señor San José de esta ciudad y comienza hoy día 1° de marzo de dicho año de 177. 1 marzo 1775 a 30 diciembre 1777.*
2. *Libro de las partidas de enfermos que entran en los departamentos correspondientes de medicina y cirugía en este Hospital Real el que comienza el día 1° de agosto de 1789. 1 agosto 1789 a 24 abril 1792.*



3. *Libro general que sigo por lo respectivo a los que se mueren en este dicho hospital para precaver las faltas que he experimentado en el libro principal de los apuntes de los que se mueren advirtiendo este mismo defecto aun en los libros que he puesto en cada sala o departamento por cada motivo padecen las partes cuando piden las certificaciones para la que les convenga cada uno los lleno con las señas arregladas a sus propios. 1 enero 1793 a 15 junio 1807.*
4. *Libro general en que se apuntan las partidas de los enfermos que entran en este hospital para su curación, con sus respectivas notas de los que mueren, siendo capellán mayor el bachiller don Francisco Rebollar. 13 septiembre 1794 a 5 septiembre 1797.*
5. *Libro de entradas de los enfermos. 5 septiembre 1797 a 6 noviembre 1799.*
6. *Asiento general de los enfermos que en este Real Hospital se curan y fallecen con expresión de sus nombres edades, origen y vecindad enfermedades, salas en que se les asigne, numero de la cama que les toca y días de su entrada y fallecimiento conforme a lo dispuesto por el tratado doce. 19 septiembre 1801 a 24 abril 1802*

Análisis del proceso salud enfermedad atención en el Hospital Real de Naturales

EL MANEJO estadístico de los datos estuvo basado en la estadística descriptiva con las variables cuantitativas ordinales y nominales así como la recopilación, organización y resumen de los datos que se encuentran en cada registro de ingreso, así como el establecimiento de las variables aleatorias discretas en cuanto al número de pacientes ingresados por día al hospital y la evaluación en cuanto a los indicadores de la salud en grupos socioeconómicos diferentes o específicos implica datos estadísticos acerca de las variables que se desean relacionar.

Un ejemplo, es la estimación general acerca de la proporción de qué enfermedades y en qué edad afectó a hombres y mujeres, esto servirá para corregir los datos proporcionados por autores como Muriel (1956), Venegas (1973), Zedillo (1984) y Romero y Ramírez (2003).

Para lo anterior, una vez realizado el ajuste, éste se deberá contrastar con los datos presentados por Márquez (1998: 101-103), MacLachlan y Rodríguez (1990: 197) y Miño (2001: 50), sobre la población indígena para la segunda mitad del siglo XVIII.

Para establecer tanto los parámetros estadísticos y las características demográficas se utilizó la hoja de cálculo de Microsoft Office Excel y el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 12.0.



La cuantificación total de los datos son presentados en la *Tabla 6* donde podemos observar el número total de casos obtenidos de los libros, por año, sexo, grupo social, edad y enfermedad y/o problema de salud. Estas variables fueron consideradas a partir de la cantidad de casos considerados para el presente estudio entre los años 1775 a 1802.

Tabla 6. Cuantificación total en las variables

		Libro	Año	Sexo	Grupo social	Edad	Enfermedad
N	Válidos	18962	18962	18962	18962	18962	18962
	Perdidos	0	0	0	0	0	0

La cantidad de registros derivados de cada libro es presentada en la *Tabla 6* el número de libro y su contenido nos da una idea del comportamiento de la cantidad de registro que cada uno aportó para nuestro trabajo.

Tabla 7. Frecuencia total de casos por cada libro considerado para el presente estudio

		Frecuencia
Válidos	Libro 1	2 520
	Libro 2	4 455
	Libro 3	1 499
	Libro 4	4 761
	Libro 6	3 943
	Libro 7	1 784
	Total	18 962

Siguiendo con el desglose de los datos aportados de cada libro en la *Tabla 7* se presenta el número específico por año por cada libro, cabe mencionar que el comportamiento de registro se ve alterado por algunos “vacíos” en el registro de los propios libros, véanse el caso de la interrupción



en la línea cronológica de 1775 a 1789 y la falta de los datos de 1800, esto se debió probablemente, a la desaparición física de los libros que contiene los registros correspondientes a esos años, sin embargo que no impidió hacer algunos ajustes como el que corresponde a 1792 y 1793 basándome en otras fuentes⁴¹.

Tabla 8. Frecuencia de ingreso por año

		Frecuencia
Válidos	1775	2520
	1789	1022
	1790	2066
	1791	1329
	1792	42 (1663)*
	1793	370(1285)*
	1794	936
	1795	2229
	1796	1601
	1797	2070
	1798	1720
	1799	1391
	1801	990
	1802	672
	Total	18958
Perdidos	Sistema	0
Total		18962

En la *Gráfica 1* es posible observar el comportamiento en los ingresos por año con los ajustes mencionados anteriormente, insisto en hacer mención de los datos de los años faltantes porque aunque esto podría parecer que la información esta sesgada considero que el comportamiento de los ingresos se mantiene estable en los años que se registraron en los libros. (**Tabla 8**).

41 En el libro del AHSM, se cuantifican únicamente 42 casos en 1792 y 370 en 1793, sin embargo en otro documento oficial de la época, el número manifestado en la tabla es el reportado por el Administrador del HRN (Rodríguez, op. cit., 89).



Gráfica 1. Distribución de del ingreso de personas al HRN 1775 a 1802.



Algo muy común en la historia del HRN es la tan referida exclusividad de atención médica para los indígenas lo que fue un fundamento verdadero en las reales ordenanzas que regulaban el funcionamiento del HRN, sin embargo en los datos obtenidos por los registros para el presente trabajo resulta interesante el observar en la *Tabla 8*, la frecuencia del grupo social, recordemos que para tener derecho a la atención en ciertos hospitales había que demostrar pertenecer al grupo social al cual estaba destinada la institución en particular. Cuando eran hospitales generales como el de Zacatecas o el de Atlixco, Puebla, era necesario asentar la casta al que pertenecían los pacientes (Ruiz y Román, 2001; Cruz, 2006). En el caso particular, vemos los casos “extraordinarios” en los que destacan algunas personas de afiliación étnica distinta al indígena. Dos españoles, uno de ellos herido en la espalda en un intento de robo en la cercanía al hospital y otro que era benefactor del hospital⁴² Hay el caso de un negro libre que trabajaba en una hacienda y fue atendido por una caída.

En el apartado de los europeos se encuentran tres casos, el de una mujer que fue también fue benefactora del hospital, el de un torero italiano

⁴² Libros de registro de enfermos.



que fue cogido por el toro durante la lidia y el de un checoslovaco proveedor de algunos objetos para el hospital y que desembarcó en Veracruz con escorbuto. Esto nos muestra que en algunas situaciones se podía hacer excepción a las ordenanzas.

Hay dos apartados que resaltan, el de los filipinos, recordemos que éstos también eran considerados “indios chinos” y que llegaron a la Nueva España en barcos vía Perú y desembarcaban en Acapulco o Manzanillo, de ahí su derecho a ser atendidos en el HRN. Generalmente estos chinos filipinos eran comerciantes o practicaban algún oficio como ser barberos.

Por último, los indios mecos o chichimecos que eran indios que provenían de las provincias del norte de Nueva España, eran considerados indios rebeldes e infieles por resistirse al bautizo o a la conversión religiosa cristiana. (**Tabla 9**).

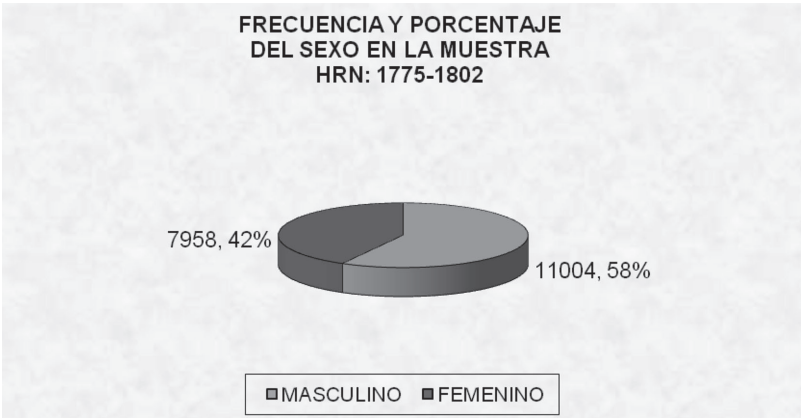
Tabla 9. Frecuencia del grupo social registrado

	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	18889	99.6
Español	2	.0
Negro	1	.0
Meco	41	.2
Europeo	3	.0
Filipino	26	.1
Total	18962	100.0

La cuantificación del sexo es una de las variables demográficas fundamentales en el presente estudio. Podemos observar que del total de nuestra muestra el sexo masculino con 58% y el sexo femenino con 42%, lo que sugiere que los varones tenían un acceso mayor a la atención médica por el tipo de actividad que realizaban, además es probable que ya se presentaran diferencias de acceso a los servicios médicos provocando un problema de género. (**Gráfica 2**).



Gráfica 2.



En lo que refiere a los datos más específicos podemos comenzar a verlo en la *Tabla 10*, la cual muestra la frecuencia por cada una de las enfermedades y problemas de salud registrada en los libros. Cada uno de ellos se cuantificó, resultando un total de 165 enfermedades y problemas de salud, cabe mencionar que más adelante se presentaran los datos de manera gráfica para un mejor manejo de la información.

Tabla 10. Frecuencia total por cada enfermedad registrada en los libros de registro de enfermos. Años 1775 a 1802

	4	Anomas	1
Absceso	4	Apático	2
Aborto	1	Apoplejía	40
Afónica	2	Apostema	1
Agudo	1046	Arenom	1
Ahogado	1	Ascitis	25
Anasarca	11	Asma	83
Angina	25	Augio	1
Angurria	1	Avitis	1
Ano	1	Bilis	6



Bisosa	1
Bubas sica	2
Bubas venéreas	94
Canoptica	1
Carbunco	4
Cefálico	19
Chachectico	1
Ciego	1
Cólera	27
Cólico	116
Condiloma	6
Constipación	2
Contusión	576
Crónico	2470
Demente	6
Diarrea	1075
Disentería	200
Dislocación	17
Dolor	78
Edema	81
Efervescencia	1
Elefanciaca	1
Empacho	6
Encarnación	1
Encordios	2
Enema	1
Enfisema	1
Espasmódica	1
Epilepsia	23
Erisipela	16
Escabia	211
Escorbuto	7
Escrófula	23
Espasmo	3
Espermático	18
Esplénica	1

Etico	3
Fiebre	2648
Fistula	8
Fisura	1
Flujo	15
Fractura	98
Frenético	1
Frios	15
Galopina	1
Gangrena	4
Gangrena Seca	1
Golondrino	2
Gonorrea	64
Gota	79
Gota coral	7
Gota serena	1
Granos	62
Gutural	1
Hemipléjico	6
Hemoptisis	82
Hemorragia	6
Hemorroides	5
Hencordios	6
Hepático	883
Hepatitis	475
Herida	2149
Hernia	25
Herpes	2
Hidrofobia	2
Hidropesía	314
Hipo	1
Histeria	5
Intermitente	31
Infarto	2
Infección	1
Inflamación	138



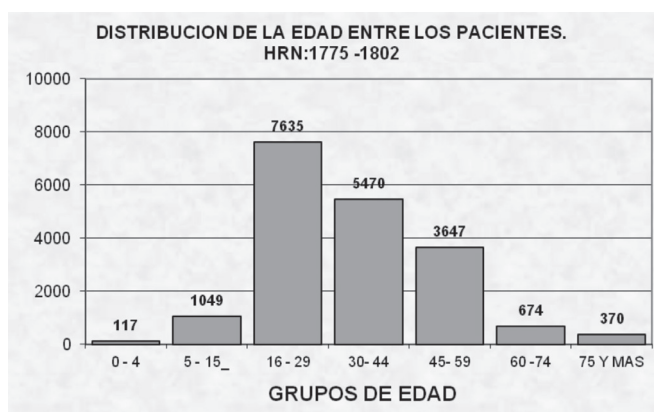
Insolación	2
Insulto	19
Intasmarico	1
Intermitente	20
Irritación	3
Isisura	2
Labio leporino	1
Landriso	1
Llagas	9
Lombrices	1
Luxación	4
Mal gálico	39
Maníaco	3
Melancolía	1
Miserere	1
Morbo	1
Mordida	3
Nefrítico	1
Neurosis	1
Obstrucción	23
Ofalmia	63
Panarizo	9
Parafimosis	2
Parálisis	1
Paranoico	1
Paratimosis	2
Parto	5
Pexenon	1
Pletórico	2
Pleuritis	541
Plusión	1
Podagrico	1
Pólipos	4
Postulas	1
Privado	3
Pujo	29

Pulmonía	2
Puntura	1
Purgación	2
Quemadura	4
Raquitismo	1
Raro	1
Relajación	5
Retención	8
Reumas	511
Sarna	1
Semetus	1
Sofocación	2
Sordera	6
Supresión	2
Supresión de orina	1
Timpánico	7
Tenesmo	279
Timosis	163
Tisis	312
Tlacuacha	25
Tlogosis	1
Tos	4
Tumor	1632
Úlcera	1297
Utala	1
Útero	10
Varicela	3
Varices	1
Varso	6
Vejez	6
Vena	1
Venéreo	99
Viruela	274
Viscera	1
Total	18962



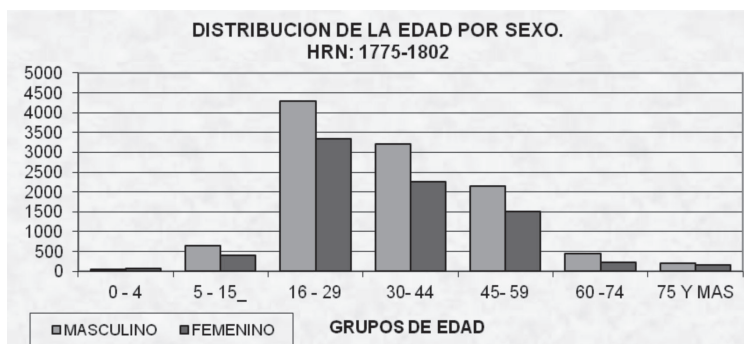
La edad es otra de las variables demográficas importantes, el conocerla permite adentrarnos en los efectos de la vida, morbilidad y mortalidad en los grupos de edad más vulnerables. En el caso particular muestra una contradicción con el discurso histórico que en los hospitales no era común atender infantes⁴³. En la *Gráfica 3* es posible observar la frecuencia de los grupos de edad, aunque es común que la muestra de población se distribuya de manera normal, el grupo de edad donde se eleva de manera importante la frecuencia es a partir de los quince años. Recordemos que a esa edad ya se era una persona en edad biológicamente reproductiva y socialmente era parte de la población productiva.

Gráfica 3.



Nuevamente hacemos la distinción en el sexo de las personas que ingresaron al HRN de 1775 a 1802, en la *Gráfica 4* se observa que las personas de sexo masculino superan en frecuencia a las de sexo femenino en prácticamente todos los grupos de edad, haciéndose más común en los grupos de 16 a 29, 30 a 44, y 45 a 59 que es donde se concentra la mayoría de los casos registrados.

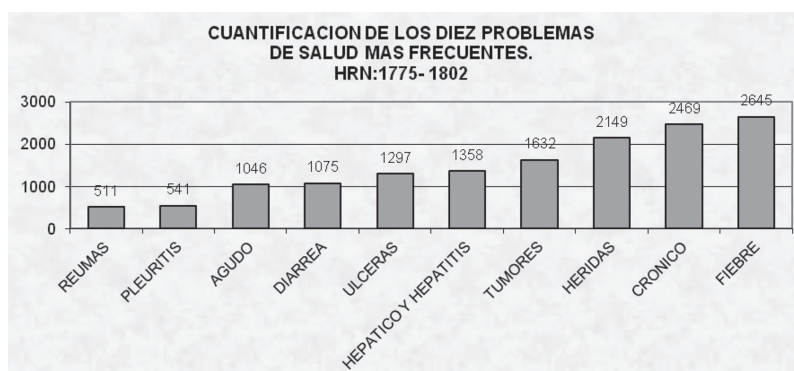
43 Elsa Malvido Miranda, comunicación personal. 2008.

**Gráfica 4.**

Los problemas de salud

Estimo que una de las contribuciones del presente estudio es marcar la diferencia entre el termino problema de salud y enfermedad, así como teorizar a partir de la manera individual de cada persona al padecer éstos. Pero para ir á allá en tanto de lo que enfermaban se estableció la frecuencia en relación del diagnóstico asentado en los registros del HRN. En la *Gráfica 5* vemos aquellos problemas de salud y enfermedades que presentaron una mayor frecuencia entre los 165 registrados. Resaltan aquellos casos que

Gráfica 5. Cuantificación de las diez enfermedades más recurrentes en los libros de registro HRN



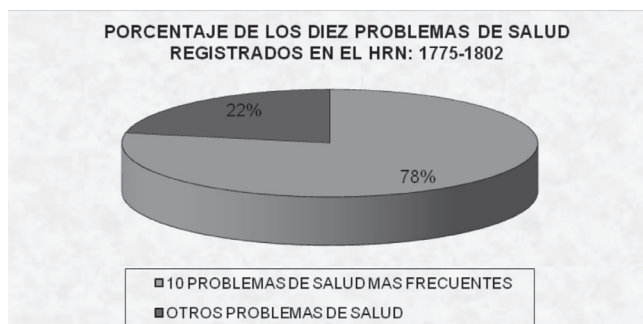


fueron identificados bajo la etiqueta de “crónico” y “agudo”, el problema reside en que el diagnóstico no resulta claro lo que puede representar vacíos en la cuantificación real de problemas de salud y enfermedades.

También es menester mencionar que los problemas de salud aquí mencionados serán analizados de manera particular más adelante.

La relevancia de la cuantificación de los diez problemas de salud más frecuentes radica en que estos representan el 78% de la muestra esto significa 14, 790 casos y los demás problemas de salud que son 155 únicamente representan el 22% o sea 4, 172 casos. (**Gráfica 6**).

Gráfica 6. Porcentaje de los diez problemas más frecuentes.



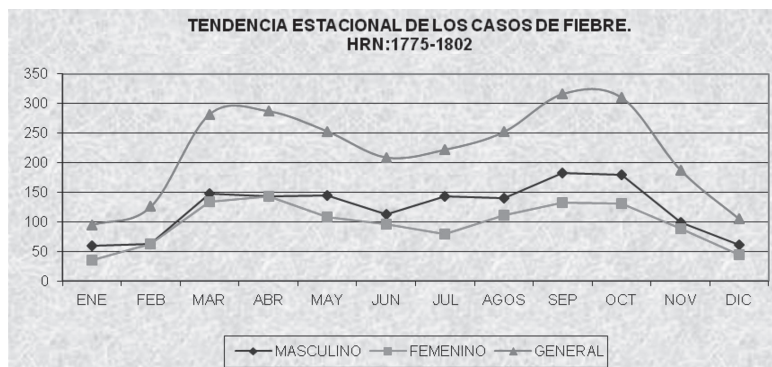
Al analizar los diez problemas de salud y enfermedades más frecuentes permite entender a partir de diversas perspectivas la presencia, frecuencia, incidencia persistencia y tendencia que se presentó, así como de la manera en que las personas las padecieron. En este caso, la decisión fue elaborar gráficas para observar el comportamiento estacional de la enfermedad por sexo.

La relevancia de analizar de forma estacional los problemas de salud es considerar la disponibilidad o carencia de algunos elementos como alimento y agua potable. Además la variación registrada de los factores físicos como temperatura (sequías y heladas), humedad relativa, lluvia, viento y luz solar suelen producir respuestas en el orden fisiológico de los seres vivos y en su respuesta inmune, incluyendo, por supuesto a los humanos.

A partir del nicho ecológico, los patrones estacionales de morbilidad y mortalidad están, a su vez, relacionados en el caso de los mamíferos con la reproducción y la crianza; mientras que los primeros se elevan en otoño e invierno, los segundos se presentan en primavera y verano (Nelson *et. al.*, 2000: xiii).

La fiebre es el problema de salud con mayor frecuencia en nuestro trabajo, sin embargo uno de los problemas que encontramos son los nombres con que las personas la nombraban. Por ejemplo, la fiebre fue conocida como tifo, tifoidea, pestilencia, landres, terciones, cuartana, malaria (Márquez, 1994: 13; Cook, 2005: 123; Gottfried, 1989: 21; Mitre, 2004: 51). Estas denominaciones que pueden ser más específicas de la causa del episodio febril, provocan cierta incertidumbre en la forma adecuada de realizar el retro diagnóstico. Por lo que toca a la *Gráfica 7* resalta el aumento de casos en los meses de temporada seca de marzo a junio y el aumento progresivo en el otoño momento de cosechas mientras que en la temporada seca y fría se mantiene una frecuencia baja lo que concuerda con el estudio realizado por Cruz (2006: 155).

Gráfica 7.

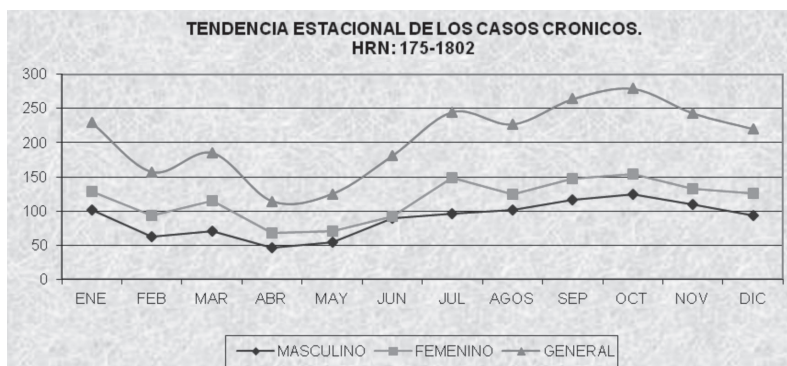


Como se comentó, el problema de la categoría crónico, es relevante, ya que al desconocer con precisión qué enfermedad o problema de salud es motivo del ingreso se pierde abundante información. Lo que resulta interesante de la *Gráfica 8*, es el comportamiento inestable en la presencia de



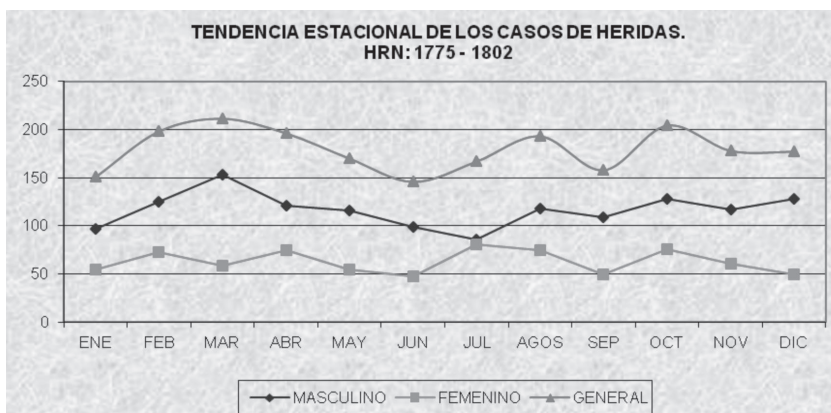
problemas crónicos que marca una baja en la estación seca de primavera y se leva de manera constante a partir del verano, otoño e invierno.

Gráfica 8.



Para acercarnos al ámbito de los accidentes, podemos considerar que las heridas constituyen un elemento de estos, que también pueden incluir a algunos eventos de violencia y agresión entre los habitantes de la Ciudad de México en la época virreinal. La *Gráfica 9*, muestra, de igual manera un comportamiento irregular a lo largo del año, pero tenemos un elemento

Gráfica 9.

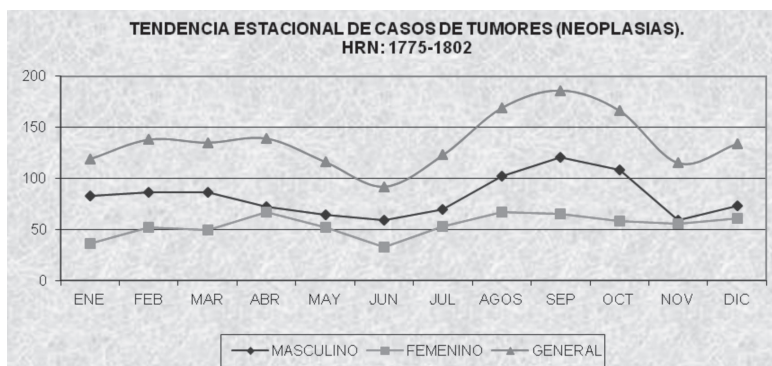




que se debe considerar en este gráfico, un mayor porcentaje en los casos de los hombres lo que hace suponer que las varones realizaban una división sexual del trabajo de forma muy marcada y como lo revisamos en su oportunidad los trabajos y oficios dedicados a los indígenas varones representaban altos riesgos de sufrir un accidente.

Los tumores, en la época de estudio que reseñamos, representaban casos no muy bien identificados, muchos de los diagnósticos que recaían en tumores no necesariamente los eran, asimismo los casos registrados en la época como cancro (cáncer) tampoco tenían muchos fundamentos nosológicos como en la actualidad. La *Gráfica 10* evidencia lo descrito por Nelson *et. al.*, (2000: 63) donde refiere que algunos tipos de cáncer y tumores se presentan de manera frecuente durante los meses de verano y otoño.

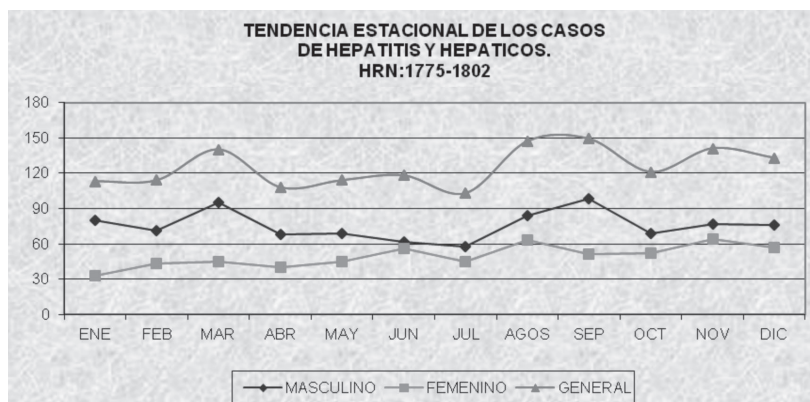
Gráfica 10.



En el caso de la hepatitis y problemas hepáticos (**Gráfica 11**) también el comportamiento de las curvas de frecuencia con inestables, no muestran un patrón definido durante el año. Una de las explicaciones de esta falta de picos o aumento significativo en algún punto del año es que las enfermedades hepáticas en general obedecían a diversos factores como lo fue la embriaguez, que de acuerdo con Corcuera (1991) era una actividad muy común entre los indígenas que aunque más frecuente entre los hombres, las mujeres también gustaban de ser *relajadas* en este sentido.

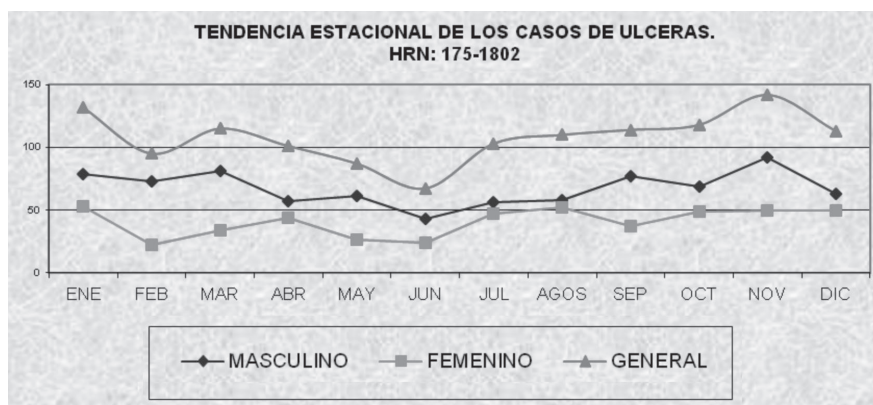


Gráfica 11.



Algunos tipos de úlceras como las gástricas eran comunes durante los meses de otoño e invierno (Nelson, *et. al.*, 2000: 63), muchas de ellas se derivaban de algunos hábitos como los alimenticios con grandes ayunos y alimentos picantes o grasos muy comunes en la dieta de los indígenas de finales del siglo XVIII y XIX. La *Gráfica 12* da cuenta de ello con frecuencias que se elevan precisamente a partir de la segunda mitad del año y persiste en los primeros meses de este donde las temperaturas bajan, los alimentos frescos escasean y se buscan comidas ricas en grasa.

Gráfica 12.

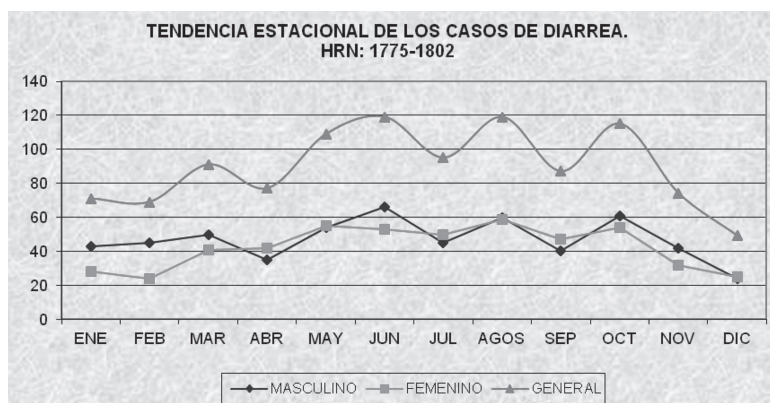




La diarrea como elemento anómalo puede obedecer por múltiples factores como síntoma de algún proceso infeccioso o por otra causa no infecciosa como plenitud, indigestión entre otros. El incremento de calor y la posterior temporada de lluvias hacen propicio el aumento de casos de diarrea ante las condiciones climáticas y las carencias de servicios de higiene pública.

En el caso de la *Gráfica 13*, precisamente se presenta el patrón antes descrito. Los picos de la curva general, aumenta en los meses cálidos de marzo a junio y de julio a septiembre durante la temporada de lluvias. La frecuencia baja durante los meses de invierno, secos y fríos, ya que algunos de las características de la Ciudad de México que facilitaban la aparición de casos de diarrea se veían atenuados.

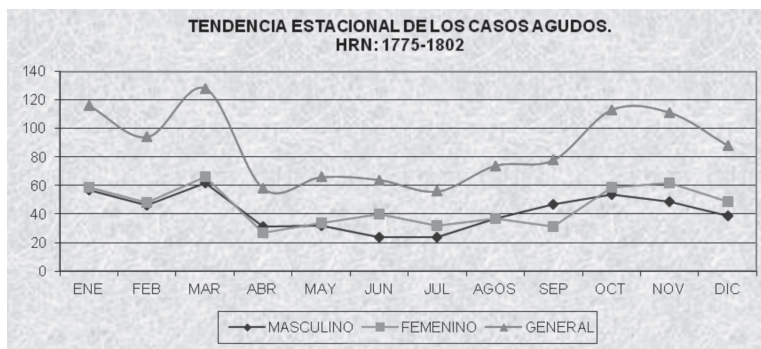
Gráfica 13.



Nuevamente nos encontramos con una categoría mal definida que conlleva a un diagnóstico limitado. La condición de *agudo* puede obedecer a múltiples problemas de salud que causan algún malestar momentáneo o a una enfermedad que presente un episodio de crisis. Lo relevante del comportamiento estacional de la categoría *agudo* (**Gráfica 14**) es el aumento de casos durante las temporadas secas de los meses que van de octubre a marzo, lo que parece indicar que los motivos que causan estos problemas no se ven relacionados con la humedad de la temporada de lluvias.

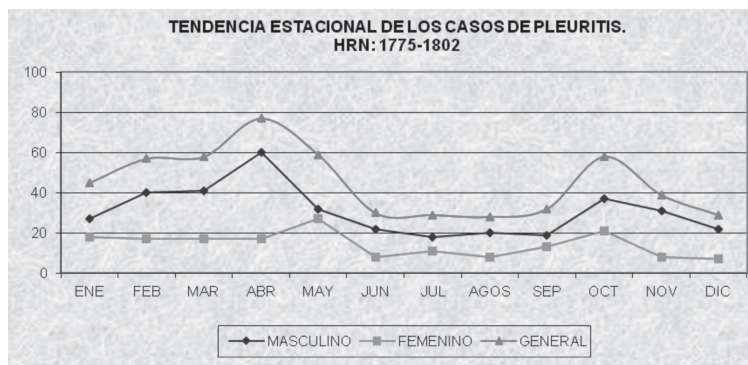


Gráfica 14.



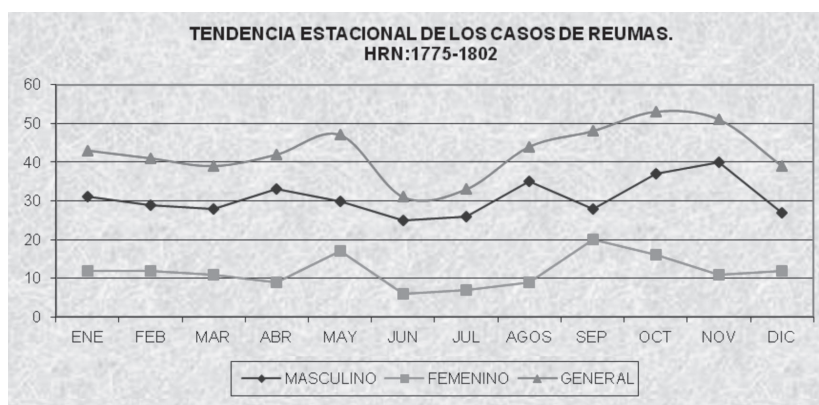
Al igual que la fiebre, la pleuritis tiene diversas acepciones, en algunas ocasiones se le igualó en España y sus colonias como dolor de costado mientras que en Inglaterra y Europa como pleuresía o pleuritis, que a su vez podía referirse a casos de gripe, tifo, neumonía o peste pulmonar. Lo que nos hace pensar en un abanico de posibilidades en torno a problemas relacionados con el aparato respiratorio. En el caso de la *Gráfica 15*, las curvas de frecuencia encuentran su mayor frecuencia en la temporada seca de febrero a mayo lo que se relaciona con lo descrito por Nelson *et. al.*, (2000: 63), donde la mayor frecuencia de neumonías se presenta durante la temporada seca anterior al verano y en noviembre.

Gráfica 15.



Los casos de reumas asentados en los libros de registro del HRN pueden referirse a numerosos problemas relacionados con el aparato osteoarticular como artritis reumatoide y diversas osteoartrosis. Para nuestro caso en particular, la *Gráfica 16* evidencia que la mayor frecuencia se ubica en la temporada húmeda y basta recordar que la Ciudad de México al encontrarse en una cuenca hidrológica y con los intentos de desecarla, las inundaciones eran constantes. Cooper (1980: 25) refiere que la causa de las dolencias de las personas causadas por las molestias reumas se debía al ambiente húmedo que se mantenía en las casas de la ciudad debido a su desnivel y sus pisos de tierra aún meses después de la temporada de lluvia.

Gráfica 16.



La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

Para llevar a cabo un manejo más simple y sencillo se decidió agrupar las enfermedades por sus características, para ello se utilizó una versión modificada para el presente trabajo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la cual se compone de 17 apartados basados en las recomendaciones de la XIX Asamblea Mundial de la Salud OMS, 1968. Lo anterior es importante, ya que el agrupar las enfermedades permite



ofrecer un panorama más amplio e incluyente para los problemas de salud y enfermedades que presentaron frecuencias muy bajas y cuyo desglose ofrecerían información estadística limitada.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se define como un sistema de categorías, a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo a criterios establecidos por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de datos de morbilidad y mortalidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas que permitan su fácil almacenamiento y recuperación posterior para el análisis y comparación de la información entre territorios y diferentes períodos o momentos.

Apartados de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

- I. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- II. Neoplasias (Tumores).
- III. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y de los trastornos de la inmunidad.
- IV. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.
- V. Trastornos mentales.
- VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
- VII. Enfermedades del aparato circulatorio.
- VIII. Enfermedades del aparato respiratorio.
- IX. Enfermedades del aparato digestivo.
- X. Enfermedades del aparato genitourinario.
- XI. Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.
- XII. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo.
- XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
- XIV. Anomalías congénitas.
- XV. Ciertas afecciones originadas en el periodo peri natal.
- XVI. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.
- XVII. Accidentes.



A partir del diagnóstico diferenciado⁴⁴ fue posible establecer a que apartado correspondía cada problema de salud y enfermedad que fue registrada en los libros de ingreso de pacientes del HRN

Aplicación de la CIE a los casos registrados en el HRN 1775–1802

Enfermedades infecciosas y parasitarias

Absceso, apostema, carbunco, cólera, disentería, erisipela, pasmo, fiebre, fístula, fríos, galopina, herpes, hidrofobia, infección, intermitente, landrizo, lombrices, pujo, flogosis, varicela, viruela.

Neoplasias (Tumores)

Tumor.

Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y de los trastornos de la inmunidad

Chachéctico, escorbuto, ético, raquitismo, supresión.

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

Efervescencia.

Trastornos mentales

Apático, Demente, frenético, histeria, maniaco, melancolía, neurosis, paranoico.

Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos

Cefálico, ciego, dolor, epilepsia, gota coral, gota serena, hemipléjico, oftalmia, parálisis, privado, relajación, sordera.

Enfermedades del aparato circulatorio

Almorranas, apoplejía, gangrena, gangrena seca, infarto, insulto, varices.

⁴⁴ Para realizar este ejercicio de clasificación conté con la invaluable ayuda del Dr. Federico Sandoval.



Enfermedades del aparato respiratorio

Afónica, ahogado, angina, angurria, asma, enfisema, escrófula, gutural, hemoptisis, hipo, pleuritis, pólipos, pulmonía, sofocación, tisis, tos.

Enfermedades del aparato digestivo

Anasarca, ano, ascitis, bilis, cólico, constipación, diarrea, empacho, enema, esplénica, fisura, flujo, hepático, hepatitis, hidropesía, miserere, obstrucción, retención, timpánico, tenesmo, víscera.

Enfermedades del aparato genitourinario

Bubas sica, bubas venéreas, bubón, condiloma, gonorrea, encordios, isisura, mal gálico, nefrítico, paraquimos, purgación, supresión de orina, fimosis, útero, venéreo.

Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio

Aborto, parto.

Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo

Edema, elefantiasis, lepra, encarnación, escaria, golondrino, granos, inflamación, insolación, irritación, llagas, mordida, panarizo, pletórico, postulas, sarna, ulcera, uta(la).

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Contusión, dislocación, espasmo, fractura, gota, hernia, luxación, podágrico, reumas.

Anomalías congénitas

Labio leporino.

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Ninguno.

Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos

Agudo, anomas, arenom, augio, avitis, bisosa, canóptica, crónico, intasmá-



rico, espermático, penexon, pulsión, raro, semetus, tlacuacha, varso, viejo.

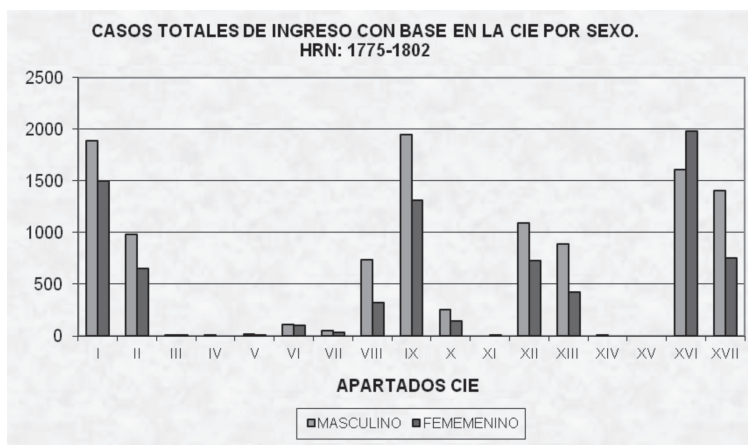
Accidentes

Hemorragia, herida, puntura, quemadura.

La distribución de los casos de ingreso divididos por sexo y con base a la CIE están dados en la *Tabla 11*, en los cuales destacan los apartados: I, enfermedades infecciosas y parasitarias; II, neoplasias; VIII, enfermedades del aparato respiratorio; IX, enfermedades del aparato digestivo; XII, enfermedades de la piel; XIII, enfermedades del sistema osteomuscular; XVI, signos, síntomas y estados morbosos mal definidos y XVII, accidentes. Igualmente se presenta una gráfica, la cual denota la frecuencia y la distribución por apartados de la CIE. (**Gráfica 17**).

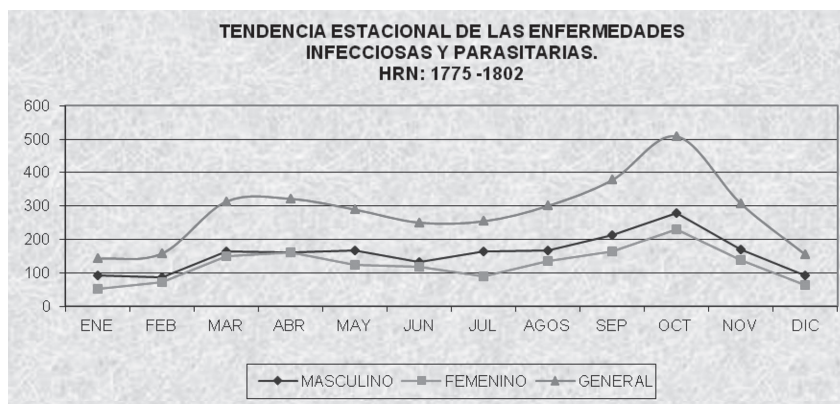
Tabla 11. Frecuencia de los casos de ingreso con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades

Apartado CIE	Masculino	Femenino
I	1889	1497
II	983	649
III	8	5
IV	1	0
V	19	2
VI	113	100
VII	49	35
VIII	738	321
IX	1951	1315
X	256	141
XI	0	6
XII	1094	728
XIII	889	426
XIV	1	0
XV	0	0
XVI	1608	1978
XVII	1405	755
Total	11004	7958

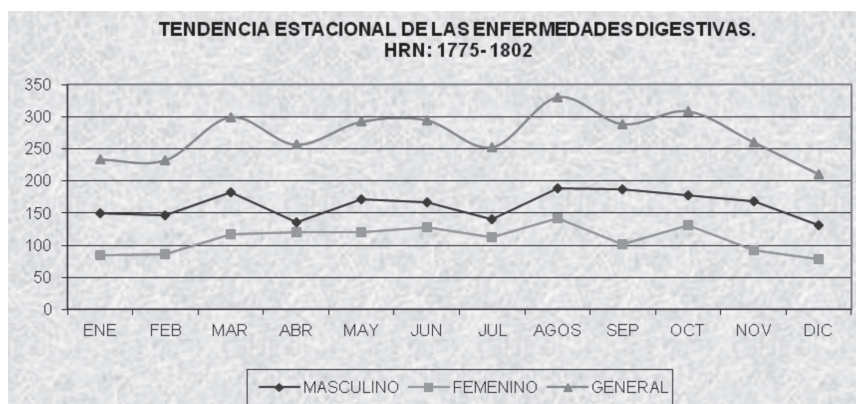
**Gráfica 17.**

El estrés, la exclusión y la marginalidad al acceso a los servicios resultaron en la mala calidad de la vivienda, trabajos riesgosos y mal retribuidos, mal vestido y poco adecuado para enfrentar los cambios estacionales, exposición cotidiana a agentes patógenos aunado a una mala alimentación, inhibe las funciones inmunes. Para mostrar algunas características de las enfermedades y problemas de salud que fueron agrupados en la CIE. A continuación se exhiben algunos gráficos construidos a partir de la frecuencia distribuida por meses.

Las enfermedades infecciosas son una de las principales causas de muerte en humanos a lo largo de la historia. Una enfermedad es considerada infecciosa si es provocada por un agente patógeno y pone en riesgo la vida del huésped. Las enfermedades infecciosas pueden ser producidas por parásitos, que también son considerados vectores; virus, bacterias y en ocasiones, hongos. Generalmente, en nuestro hemisferio geográfico los procesos infecciosos se presentan con mayor frecuencia en verano cuando las condiciones ambientales (calor-humedad) son más propicias para la reproducción del vector o de los agentes patógenos (Nelson, 2000: 64). Lo anterior permite concordar con lo observado en la *Gráfica 18*, donde se aprecian dos elevaciones constantes durante los meses de marzo a mayo y de agosto a noviembre.

**Gráfica 18.**

Las enfermedades digestivas hacen referencia a diversos problemas de salud gastrointestinales los cuales ocupan una de las primeras causas de ayuda médica y son también una de las primeras causas de muerte en México y en el mundo. Están asociadas a una baja calidad en los servicios básicos y en la higiene en general. Aunque relacionadas con la pobreza existen elementos que inciden aparición de enfermedades digestivas en cualquier edad y estrato social, donde el grupo más vulnerable suelen ser los niños pequeños y los ancianos. (**Gráfica 19**).

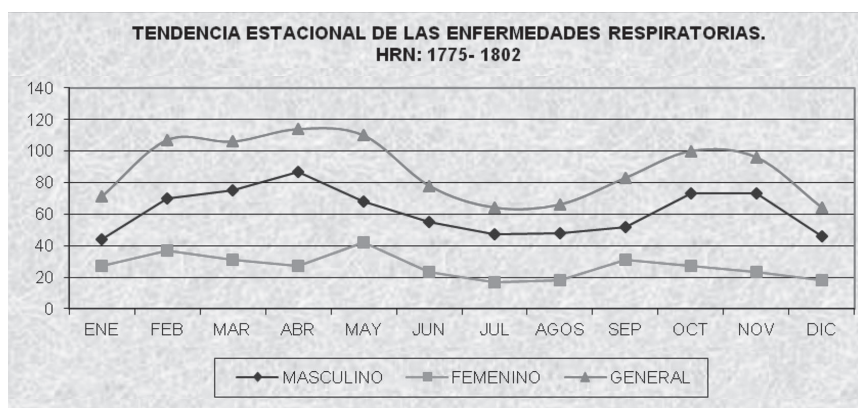
Gráfica 19.



Son ocasionadas por varios motivos que pueden ser desde orgánicos y psicológicos, pero principalmente son causadas por bacterias, virus o parásitos que penetran al organismo por medio de alimentos y agua contaminada principalmente con materia fecal, que también se disemina por el ambiente, sobre todo en temporada de calor. La posible explicación a esto es, recordar que al final del siglo XVIII la temporada seca en la Ciudad de México era calurosa, con mucho viento y polvo que provocaba contaminación en alimentos y sobre todo en las fuentes y pilas de agua donde se abastecía la población en general, aunado a lo anterior baste recordar las desagradables condiciones de higiene pública que prevalecían.

En los casos de enfermedades respiratorias, la forma relevante de contagio o transmisión es por el aire y por contacto directo o utilización de objetos contaminados. Los casos de este tipo de enfermedades tienen un repunte en la temporada seca y calurosa de febrero a mayo, ya que el calor y el polvo afecta el epitelio de las mucosas que recubren algunas de las estructuras respiratorias el efecto de la variación estacional (frío a calor) afecta la resistencia del huésped. Además no es nada raro encontrar una extensión de la alta frecuencia en el verano con la combinación humedad calor como se observa en la *Gráfica 20*.

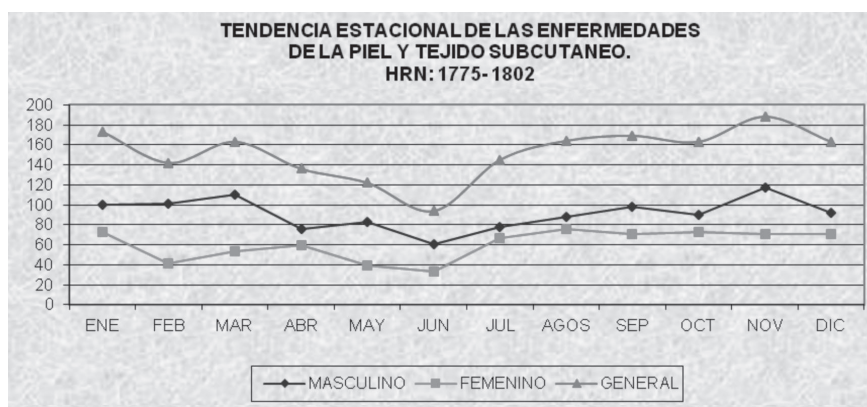
Gráfica 20.





Las enfermedades de la piel se presentan a partir de malas condiciones de higiene personal. Uno de los ejemplos claros en el apartado de las condiciones de vida cotidiana de los indígenas era los lugares inapropiados en que vivían, las condiciones en que laboraban y el hacinamiento al que estaban sometidos en diversas actividades. La *Gráfica 21* muestra que la frecuencia se mantenía alta prácticamente todo el año y también era común para ambos sexos. Lo que permite hacer conjeturas basadas en los relatos acerca de la vida cotidiana de los indígenas.

Gráfica 21.

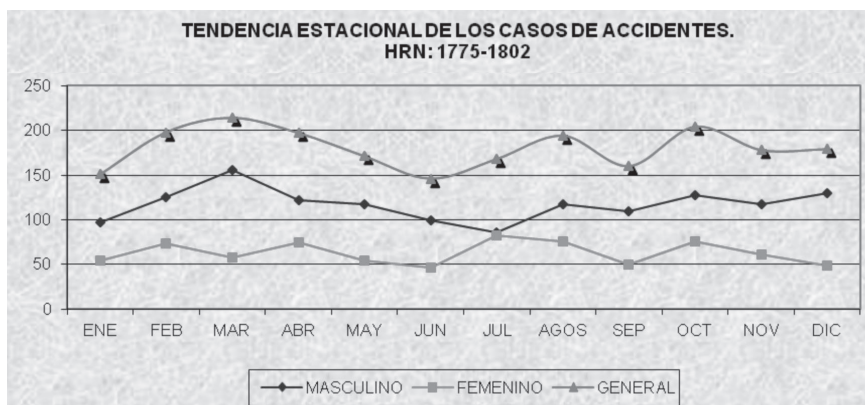


Se define como accidente a cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario que da lugar a una lesión corporal. La amplitud de los términos de esta definición obliga a tener presente que los diferentes tipos de accidentes se hallan condicionados por múltiples fenómenos de carácter imprevisible e incontrolable. Son provocados por actos y condiciones inseguras. Hemos ilustrado las condiciones laborales y de vida cotidiana de los indígenas durante el periodo de tiempo que abarca el presente estudio. La *Gráfica 22* muestra claros ejemplos que durante todos los meses de año los acci-



dentes⁴⁵ son frecuentes, mayoritariamente entre los hombres debido a que ellos se encontraban de manera más recurrente en las actividades, sin embargo al no contar con información precisa del tipo de accidente resultaría interesante saber cuales eran los casos de las mujeres.

Gráfica 22.



Mortalidad

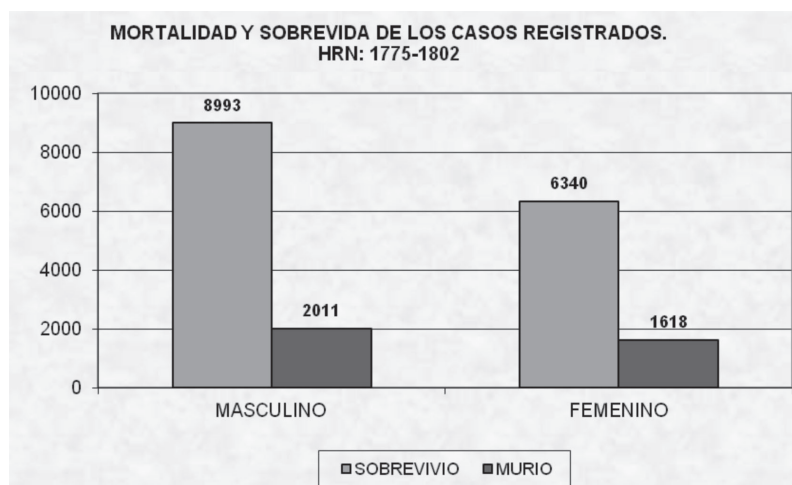
La mortalidad es la condición que tienen las personas a ser susceptibles de morir en el transcurso de una enfermedad, problema de salud o un accidente. En el HRN la mortalidad era un asunto cotidiano, aunque no de grandes magnitudes como se supone. A partir de episodios epidémicos se elevaba la frecuencia de muerte entre los pacientes. Con base en los registros de pacientes, los cuales presentaban una anotación al margen en el caso del fallecimiento de la persona, se establecieron las frecuencias y porcentajes (**Gráfica 23**). De los 18 962 casos, murieron 3 629 personas,

⁴⁵ Cabe señalar que en diversos documentos del siglo XVIII como libros de entierros es común que se relacione accidente como causa de muerte. v. gr.: Juan, de 20 años hijo legítimo de Juan Eladio, bautizado, su accidente fue hidropesía... (N. del A.).



es decir el 24% del total. De estos 2 011 fueron hombres (22.4%) y 1 618 mujeres (25.6%). En proporción, de cada diez personas que ingresaron al menos dos murieron.

Gráfica 23.

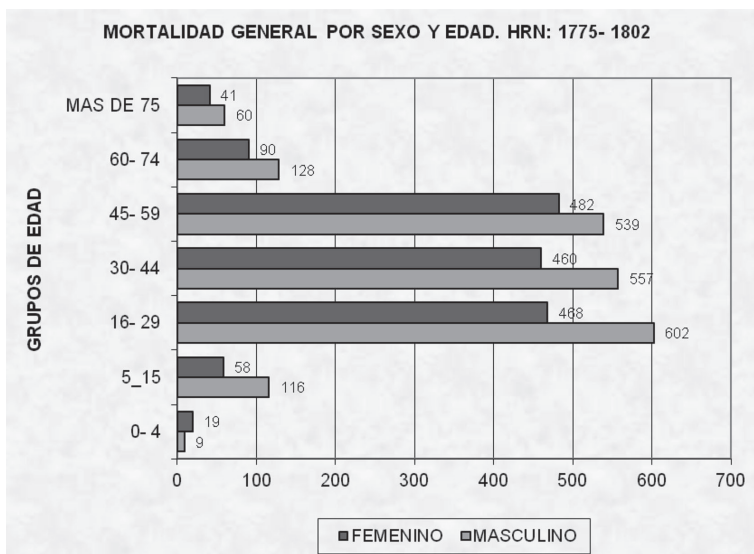


En cuanto a la edad en que morían los pacientes del HRN (**Gráfica 24**), se pudo observar que la mayoría se encuentra distribuido en el rango de 16 a 59 años los cuales dieron un total de 3 108 personas fallecidas, lo que nos hace suponer que son aquellas individuos dedicados principalmente a las actividades de la vida adulta productiva o no.

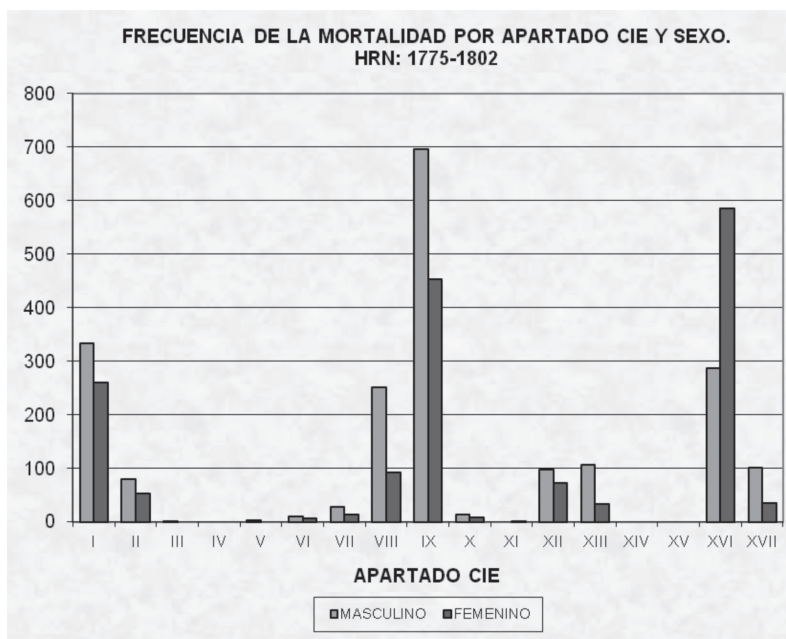
En cuanto a la mortalidad vista a través de la CIE, destaca en la *Gráfica 25* los apartados que corresponden a enfermedades digestivas (IX); enfermedades, signos y síntomas mal definidos (XVI); enfermedades infecciosas y parasitarias (I) y enfermedades respiratorias (VIII) que han sido analizadas anteriormente a partir de su gráfico particular. Sólo cabe resaltar que en el caso de los signos y síntomas mal definidos la frecuencia de las mujeres es mayor que a los hombres siendo este el único apartado que presenta dicha cualidad.



Gráfica 24.



Gráfica 25.





Prueba estadística

Para establecer si existe significancia estadística entre las variables elegidas para el análisis, decidimos llevar a cabo una prueba de correlación no paramétrica con el fin de ampliar nuestra capacidad de análisis. La estadística no paramétrica son procedimientos que prueban hipótesis que no llegan a ser afirmaciones tajantes acerca de las características paramétricas de la población estudiada. Además los procedimientos no paramétricos son más fáciles de calcular en función a una mayor simplicidad en la aplicación de fórmulas y la interpretación de resultados en comparación a los procedimientos paramétricos (Dawson *et. al.*, 2005).

Los procedimientos no paramétricos pueden aplicarse cuando los datos que sirven para el análisis constan simplemente de categorías o clasificaciones. Es decir, los datos pueden no estar basados en una escala de medición lo suficientemente sólida como para permitir las operaciones aritméticas necesarias para llevar a cabo los procedimientos paramétricos (Daniel, 2002: 659).

La prueba aplicada en el presente estudio es el coeficiente de correlación de rangos mejor conocido como *rho de Spearman*, la cual se emplea para comparar variables ordinales o nominales y numéricas. También es adecuada para muestras cargadas y datos extremos.

Prueba de hipótesis

Es importante proponer una prueba de hipótesis, cuyo objetivo es apoyar a la toma de decisiones y al discernimiento en cuanto a los resultados de ella y a su interpretación. Para este estudio nuestra Hipótesis estadística estará basada en el siguiente enunciado:

HB_{0B}: No existe correlación para presentar alguna enfermedad o problema de salud y la edad y el sexo de los pacientes que ingresaron al HRN entre 1775 y 1802.

HB_{1B}: Existe correlación para presentar alguna enfermedad o problema de salud y la edad y el sexo de los pacientes que ingresaron al HRN entre 1775 y 1802.

Correlación

		ENFERMEDAD = 0 (FILTER)	ENFERMEDAD	GRUPO SOC.	SEXO	EDAD
Rho de Spearman	ENFERMEDAD = 0 (FILTER)	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	18958	18947	18958	18956
	ENFERMEDAD	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1.000	-.011	.104(**)	-.112(**)
	GRUPO SOC.	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	18958	.148	.000	.000
	SEXO	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	18947	1.000	.014(*)	-.017(*)
	EDAD	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	18951	.048	18951	18949
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.104(**)	.014(*)	1.000	-.024(**)
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.000	.048	.001	.001
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	18958	18951	18962	18960
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.112(**)	-.017(*)	.024(**)	1.000
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.000	.023	.001	.001
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	18956	18949	18960	18960

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).



Los resultados de la prueba arrojan varios datos importantes. Primero, la correlación que existe de manera significativa entre las variables de enfermedad, edad y sexo, lo que nos lleva a aceptar la hipótesis alterna y rechazar la hipótesis nula. Segundo, lo anterior es muy importante ya que ahora sabemos que directamente el grupo social (indígenas) si era determinante para la presencia de enfermedades distribuidas por edad y sexo.

Consideraciones finales

LA NUEVA ESPAÑA del siglo XVIII fue una prolongación del ámbito de intercambio y la síntesis de tradiciones mágicas y religiosas conjugándose en lo litúrgico y festivo logrando convivir, el culto a los santos, junto al ojo de venado, el ensalmo indígena junto a la santería africana y la oración cristiana. Entre la cuna y la tumba hombres y mujeres novohispanos se vieron continuamente envueltos en una triada que marcaba su vida en salud-enfermedad-atención. Fortuna, infortunio; odio y amor. La primera recibe la influencia directa de las concepciones culturales que cada grupo posee de la enfermedad, cada persona desde su nacimiento es susceptible de enfermar aunque no necesariamente sea en el ámbito biológico, ya que la enfermedad también está ligada a la conciencia corporal. En las tres tradiciones que convivieron en la Nueva España, aunque de forma dispar entre sí, atribuían numerosas enfermedades a una causa sobrenatural, ya que creían que el mal no se formaba en el interior del cuerpo sino a partir de vapores climáticos, de la influencia de los astros, de las emociones (miedo, ira, melancolía, entre otras), de los seres malvados o demonios, del deseo insatisfecho y de lo pérfido de los otros.



Las fundaciones hospitalarias en la Nueva España en el primer siglo colonial surgieron como respuesta a acciones de individuos y colectividades, en muchos casos era impostergable la atención de los diversos aspectos sociales como la salud pública entre los diversos sectores de la población, fueran conquistadores o conquistados, estas acciones fueron apoyadas desde la metrópoli. Esto sirvió no sólo para la aparición de los hospitales, sino también para la práctica y desarrollo del saber médico, la medicina europea erigida como primordial se vio enriquecida con la botánica y el pensamiento americano y permitió en su caso, la mezcla de estos conocimientos que dio como resultado una terapéutica mestiza.

El pensamiento ilustrado y las reformas administrativas y religiosas suplantaron en buena medida el espíritu de caridad que dio origen al hospital como institución de beneficencia, renovando al mismo tiempo, el espíritu medieval y apareciendo como elemento coadyuvante la ideología de Tomás Moro. Estas reformas propiciaron un sentido más moderno de los hospitales, ya no vistos meramente como sitios de caridad sino como una institución necesaria para el funcionamiento estatal desde la perspectiva laica. En esta disyuntiva surge el carácter de los hospitales reales dotados de representatividad o diputados.

Es fácil quedar atrapado en una reflexión vacía al aproximarse al hospital como centro de atención médica. Es necesario y enriquecedor para los campos del conocimiento interesados, abordar la figura del hospital como institución social. Esto implica recrear el entorno de las personas que asistían a él para aliviar sus enfermedades y problemas de salud. Explicar la vida hospitalaria de manera integral, esto es considerar al conjunto arquitectónico y material, de la materia médica aplicada por cirujanos, médicos, practicantes y otros especialistas de la salud, es decir de sistemas tanto empíricos como hegemónicos. También, es sumamente relevante el acercarnos a la vida de elementos sociales como administradores, proveedores, enfermeras, cocineras, sirvientes, religiosos, boticarios, enfermos y sus familias.

Este último elemento, es pilar fundamental del presente trabajo, los enfermos, pacientes y sus familias, en algunos trabajos los mencionan como si fueran la materia prima, el material de estudio. Olvidamos a las



personas que nos anteceden en el tiempo lo que sugiere en buena medida una pronta y necesaria construcción histórica del paciente a partir de una historia social que no olvide a aquellos que al igual que nosotros creamos un derrotero en nuestro momento histórico.

Es aceptado un axioma que pretende establecer a la sanidad como un asunto social. Esto surge de la importancia de considerar a la salud pública no solamente como parte de una visión de bienestar sino como una estrategia gubernamental de defensa en un sentido reactivo o proactivo, esto es, un intento mucho más valioso a partir de la prevención que de la acción o corrección.

El agudo problema social que surgió a partir de la derrota militar de los mexicas en Tenochtitlán fue el grave abandono y miseria en que quedaron los vencidos. En este contexto, la orden de San Francisco procedió a fundar el Hospital Real de Naturales con la venia real, en la figura del patronazgo real, mercedes y rentas que le permitiera un sentido autónomo económicamente hablando y que contara con los requerimientos materiales necesarios.

Esto le permitió en su momento contar con los recursos materiales pero también con los recursos humanos que proporcionaron calidad en los servicios médicos. Se realizaron fuertes supervisiones en lo administrativo y también se reglamentó el funcionamiento clínico, incluyendo el aspecto académico. Lo que permitió que el HRN contara con reconocimiento de las autoridades civiles como el virrey, educativas como la Real y Pontificia Universidad de México y médicas como el Real Protomedicato.

Sobre la higiene, es sabido que tanto el abastecimiento y consumo de agua así como su calidad es de suma importancia para la salud pública. Para el presente trabajo, la anterior consideración es relevante ya que la contaminación del agua en muchos casos influyó pero también determinó la presencia de enfermedades de acuerdo a la estación del año en algunos grupos de edad. La relación del agua y algunas enfermedades y problemas de salud parte de algunas enfermedades del aparato digestivo se transmiten vía fecal a través de la contaminación de agua y alimentos. La fiebre tifoidea, la disentería, la diarrea y el cólera resultan ser las enfermedades y las causas más agudas.



Otro agente a considerar es el aire y las enfermedades de tipo respiratorio. La emisión de partículas contaminadas, al hablar, toser, estornudar o escupir pasan de persona a persona como es el caso de la viruela, la difteria, el sarampión, la tuberculosis y la influenza.

Otra vía de contagio es el aparato reproductor causante de enfermedades como bubas, sífilis, gonorrea y demás males venéreos. Otro agente es la sangre y otros tejidos a partir de la mordedura inoculación que son los que propagan los agentes patógenos como ocurre con la peste, el tifo, la malaria o fiebre amarilla.

Como hemos visto las creencias acerca de la corrupción de ambiente y agua y su relación directa con la aparición de enfermedades fue muy común durante el siglo XVIII. No hay duda que la preocupación de la gente por vivir en espacios insalubres estaba siempre latente y más en las ciudades donde la demografía era desigual y provocaba por un lado, aglomeraciones y por otro, cinturones de marginalidad⁴⁶.

Además de lo que hoy llamaría infraestructura pública era deficiente y limitada por la tecnología y el alto costo que esto podía provocar como la contratación de personal encargado de recoger las inmundicias y toda la inversión en la obra pública como drenajes y pavimentados entre otros. Sólo se podía hacer lo que estuviese a la mano para tratar de corregir los problemas sanitarios.

Por muy deprimente que pueda parecer este panorama, las evidencias que arrojan las obras consultadas así lo demuestran.

Fueron muchos los elementos que generaron la insalubridad de la que se habla en la Ciudad de México durante el siglo XVIII: fuentes y pilas de agua contaminada, acequias sucias, animales domésticos sueltos por las calles, animales muertos, malos hábitos de las personas en el manejo de excrementos y falta de sitios para disponer de éstos. Charcos y lagunas que

⁴⁶ La marginalidad es definida por la falta de un rol de los individuos donde se tiene acceso al sistema de producción sistematizado o permanente. De igual manera puede considerarse a la población marginada como aquella que presenta la falta de oportunidad de acceso al poder aun cuando se tenga representación, no se tiene voz ni voto. Se considera población sobrante al encontrarse al margen de los procesos políticos y sociales. La pobreza está definida en cuanto los ingresos per capita de cada persona (Adler de Lomnitz, 1985:17).



se convertían en lodazales en época de lluvia y extensiones secas de lagunas y lagunillas que eran tolveneras en época seca. Negocios de comida que desechaban los desperdicios en plena calle así como tenerías, carnicerías y curtidurías que eliminaban sus excedentes en las acequias o fuera de su negocio. Montones de ropa sucia y abandonada de gente común o enfermos. Aunque parece paradójico también los hospitales sacaban parte de sus desperdicios a la vía pública convirtiéndola en un foco de contagio e infección constante.

A partir de lo anterior es trascendental destacar el valor de las acciones dirigidas a prevenir las enfermedades:

- La provisión de agua limpia y potable con fácil acceso a ella.
- La eliminación adecuada de excretas y desechos o basuras.
- Mejoras en la higiene personal con acciones como lavarse las manos y el manejo adecuado de productos destinados a la alimentación.

Las basuras del casco de la ciudad de México se vertían afuera del límite administrativo, es decir, en los barrios indígenas. Rodríguez (2000: 43) da esta visión general de la higiene pública en los barrios indígenas:

“Si en las calles principales (de la ciudad) se veía mucha basura, en los barrios indígenas se encontraban grandes muladares, y el problema era mayor no porque los indígenas fueran más sucios que la población que habitaba en el casco de la ciudad, sino porque los encargados de la limpieza depositaban en los barrios periféricos la basura que se recogía del centro”.

Sin embargo, es fundamental considerar que los indígenas que habitaban los barrios y los pueblos cercanos aunque presentaran la disposición de darle un buen destino a sus desechos no contaban con la infraestructura necesaria. En los barrios no se contaba con agua corriente, lo que provocaba tomarla de pilas y fuentes sucias e incluso de acequias.

Algunas de las enfermedades más frecuentes en el periodo de estudio fueron de hígado y diarreas pero consideremos que entonces las enferme-



dades se confundían con sus síntomas, hecho que explica el que la diarrea apareciera como una enfermedad en sí.

Estas dos enfermedades habían causado muchas muertes en la Nueva España (Rodríguez, *op. cit.*, 59). Así, mientras *flujo de sangre* refiere a una disentería causada generalmente por amibas, el término *escrófula* puede estar indicando una relación muy cercana a la tuberculosis (French, 2003).

A pesar que en Europa se comienzan los intentos por promover la higiene personal, la difusión de estas ideas no son prontas y expeditas, se promueve la limpieza de las manos y pies, asimismo el ventilar ropa interior y de cama, y en aquellos lugares donde se acostumbraba utilizar colchones a que se cambie su interior de manera regular. Estas disposiciones e ideas estaban dirigidas a la población en general pero las personas que se ubicaban en los estratos sociales bajos como los indígenas, obviamente no las ponían en práctica a partir de sus necesidades básicas, incluso dudo mucho que la mayoría tuviera colchones. De los miasmas y efluvios mefíticos es importante resaltar el contexto histórico del conocimiento donde los encontramos referidos. Solían asociarse con la corrupción y putrefacción del aire, la descomposición de los cadáveres, las vísceras y, sangre que se tiraban y los excrementos. Las personas enfermas también contaminaban el ambiente con su traspiración. Aunque no estaba del todo claro como actuaba el aire contaminado en las personas y en sus humores. Se aceptaba de manera general que una pequeña cantidad de aire corrupto podía contaminar el aire de toda una habitación, la sola exhalación de un enfermo era el vehículo de contagio más peligroso que el contacto directo.

Estas creencias profundamente arraigadas determinaron en buena medida las políticas sanitarias de la época para aislar a los enfermos y evitar el contagio no solo por medio del contacto sino también de las exhalaciones nocivas que emanaban.

Del funcionamiento de los hospitales encontramos referencias del funcionamiento de éstos, por ejemplo, en el *Hôtel Dieu* (que funcionaba como hospital general) en Francia durante el mismo periodo de estudio, se describe como un centro fétido, donde los esputos degradan los muros, los colchones y almohadas se impregnaban de los olores provenientes de las letrinas, las cuales sólo eran cinco para una población promedio de 583



enfermos dispuestos en cinco salas. Los miasmas nauseabundos circulaban libremente originados de las salas de cirugía y la de las parturientas las cuales emanaban vapores, húmedos y calientes que aunado a las inmundicias propias del parto, las cuales se arrojaban a los patios, donde los vapores se expandían y espesaban el aire. Debajo de estas salas se encontraba el depósito de cadáveres de donde salían y se elevaban los efluvios propios de la corrupción de la muerte (Corbin, *op. cit.*, 64).

En cuanto a las prácticas para combatir el ambiente corrompido por los olores malsanos propios de la situación de la población indígena, lo aromático posee una doble virtud, combate los vicios de la atmósfera y aumenta la resistencia del organismo. El aire enriquecido con aromas terapéuticos, puede restituir el aire y evitar la enfermedad, sin embargo, el discurso médico y de las autoridades civiles tuvieron limitaciones al poner en práctica los sahumerios como productos de fumigación, donde aparecen productos como la mirra, el vinagre, el alcanfor, la manzanilla y las resinas de pino, naranjo y otros árboles.

Antes de mediados del siglo XVIII tanto en Europa como en América, la muerte de niños menores de un año era muy común, el 25% de los nacidos vivos no superaban esa edad debido a enfermedades. Otro 25%, sobrevivían de los diez años y el 50% restante llegaban a la adolescencia aunque también en esa etapa había estragos por muerte (Tanck, 2005b: 216). En la Nueva España esta situación provocó que los derechos parroquiales para sepultar a un niño fueran similares a los de un adulto.

Por la revisión de los textos aquí hecho fue posible verificar que ninguna de estas medidas fueron susceptibles de ser aplicadas por la población en general ni por la indígena en particular. Las consecuencias pues, fueron graves con episodios mórbidos a partir de la inobservancia de éstos. Aunque huelga mencionar que no sólo la falta de higiene representó el problema más grave. La paremiología reza “la enfermedad es hija de la pobreza”, esto resulta obvio al observar las condiciones del vestido, la habitación y recursos de la población indígena en la Ciudad de México durante el siglo XVIII. Por ejemplo, los recursos alimentarios con los que contaban eran limitados, no necesariamente por el número de opciones sino por la falta de economía para adquirirlos. Desde la conquista europea en América, el



problema alimentario en las clases socialmente desprotegidas se acentuaba por crisis climáticas. Cuando faltaba el maíz, alimento primordial en la dieta americana, se tenía que recurrir a otros alimentos de menor calidad o menor valor nutrimental. Por tanto, no era raro que como consecuencia de estas crisis aparecieran enfermedades causadas por la mala alimentación, problemas de salud provocados por el hambre y en ocasiones, muertes por inanición. Carmona (2005: 18) menciona que en ocasiones aparecía el *edema del hambre* que se caracterizaba por una hinchazón en pies y tobillos hasta formar un edema general (anasarca) y que derivaba en hidropesía. Al poco tiempo esta condición se agravaba y se podía caer en coma o en falla orgánica generalizada que provocaba la muerte. Pero sin llevar al extremo la crisis alimentaria era probable que las personas que sufrieran estas crisis quedaran debilitadas fisiológicamente. Las mujeres con periodos de amenorrea, los hombres con cansancio, apatía, melancolía, irritabilidad. Lo anterior, puede ser una posible explicación a la naturaleza del indio a la que hacían referencia los españoles y sus descendientes.

La evocación de las causas que provocan las enfermedades respiratorias como la tisis conduce a la reflexión y ataque ante la concentración de aires viciados que se consideran seriamente peligrosos sobretodo en la segunda mitad del siglo XVIII. Las más alarmantes parecen ser las atmósferas cerradas, prisiones, barcos, hospitales y casa de asistencia pero no menos peligrosos se identifican talleres, industrias, oficios y negocios como telares, obrajes, cererías, molinos, curtidores, minas, alfareros. Lugares donde se les precisa concentrarse y se les obliga a inspirar moléculas, minerales vegetales y animales, según su oficio y que despiertan inquietudes, y al final de la jornada se entrañan como nunca (Vigarello, 2006: 235).

Las características de las enfermedades gastrointestinales como salmonelosis, disentería, cólera y parasitosis son comunes a partir de prácticas de poca higiene en el manejo de alimentos y agua. La contaminación directa a partir de heces fecales por manejo manual o de forma indirecta por moscas (Patersson, 2003: 43).

La mayor causa de la anasarca, hidropesía, ascitis y oliguria es una falla congestiva cardíaca, falla hepática, de riñón y malnutrición, la deficiencia cardíaca congestiva produce hidropesía, cuando del corazón se pone dema-



siado débil al tratar de mantener normal el flujo de sangre en los capilares facilitando la circulación de agua en los tejidos circundantes de los órganos mencionados. Estas enfermedades presentan una mayor frecuencia en hombres que en mujeres. También es común que personas alcohólicas presenten enfermedades de este tipo (Estes, 2003: 102).

A la disentería basilar se le conoció también como flujo con sangre o simplemente como diarrea (lo cual podía indicar una afección más leve, temporal o hasta inocua). Cuando otras enfermedades como la viruela o la peste dejaron de ser las grandes epidemias, la disentería que tenía una baja presencia repuntó notablemente. Los enfermos corrían el riesgo de una deshidratación aguda y en ocasiones fatal aunque en realidad la mortalidad era baja, sobre todo en adultos. No así en los niños y ancianos que podían elevar la tasa de mortalidad en los meses calurosos y se prolongaba hasta el otoño. La opinión popular es que se debía a los excesos de la comida o la los vegetales y sobre todo fruta que no estuviera madura.

Los años de la infancia implican riesgos tácitos para enfermarse de manera leve o severa⁴⁷. Durante la época virreinal en México, muchas enfermedades como la viruela, la peste o el tifo (que no eran exclusivas de la edad infantil) aumentaban de manera relevante la mortalidad en este grupo de la población. Algunos accidentes como fracturas o quemaduras dejaban lisiados a los niños de por vida impidiéndoles vivir plenamente. En algunos casos, enfermedades como la tuberculosis glandular, conocida en el siglo XVIII como escrófula producía deformaciones en las extremidades.

Los parásitos internos como *vermes* o externos como chinches, debilitaban a los niños y adolescentes al igual que las anemias por desnutrición los volvían más vulnerables. Mientras otras enfermedades carenciales como el escorbuto, provocaban gingivitis severas que provocaban la pérdida de dientes. En general, la hambruna, que no es una enfermedad como tal, afectaba a la mayoría de las personas.

⁴⁷ Es posible hacer la diferencia de enfermedad leve cuando ésta no implica una limitación a nuestra vida cotidiana; y vera o grave cuando la enfermedad limita nuestras actividades y/o funciones vitales (N. del A.).



Se sabe que existe una correlación entre las deficiencias alimenticias y la posibilidad de tener alguna enfermedad. Generalmente los indígenas en la Nueva España solían tener limitaciones en la ingesta de proteínas, vitaminas y minerales, mientras que los grupos de mayor solvencia solían presentar, paradójicamente, problemas por el alto consumo de ciertos alimentos como la carne y desarrollaban enfermedades reumáticas como la gota.

Las condiciones de insalubridad, sin duda facilitaban la aparición y propagación de enfermedades gastrointestinales. La mala ventilación y el hacinamiento en viviendas provocaban el aumento en el número de contagios de enfermedades como la tuberculosis y la gripe. Mientras que algunos productos de uso común como la prendas de lana facilitaban la diseminación de los vectores de enfermedad como el *matlazahuatl*.

Las enfermedades y tipo de accidentes reflejan una manera muy particular de la forma en que vivimos. La tecnología va de la mano en la aparición, desaparición y en el aumento o disminución de algunas enfermedades, por ejemplo, ciertas dermatitis se originaron a partir del uso de maquillaje y cremas corporales. De igual manera al comenzar a utilizarse el nylon como material de fabricación en las prendas de vestir, el incremento de casos de *Hallux valgus* se debió al incesante cambio de moda en el calzado del siglo XIX⁴⁸. Aunque no fue nuevo, en el siglo XVIII se sabía la relación que guardaba la aparición de algunas enfermedades con diversos oficios. Así no fue raro encontrar, llagas y bubas relacionadas con la prostitución, mercurialismo en los trabajadores de minas y saturnismo con alfareros. Las enfermedades provocadas a partir de dietas deficientes, tales como raquitismo, generan información no sólo de los alimentos consumidos sino también su acceso a ellos, incluyendo los recursos sociales y otros aspectos de la sociedad y lo más sorprendente es que puede aplicarse tanto en el pasado como en el presente, por tanto, la aparición, desaparición, aumento o disminución de algunas enfermedades en un grupo social

⁴⁸ *Hallux valgus* también conocidos como juanetes, son prominencias o deformaciones óseas de gran tamaño, que se desarrollan en la base del primer orjejo o dedo gordo de los pies, en donde el calzado produce fricción.



en un momento determinado, no es casualidad sino el resultado de múltiples procesos tanto biológicos como socioculturales. Estos procesos se conforman, por una parte, de las características demográficas básicas de todo grupo humano como es el sexo y la edad pero además, la estructura social, la economía, la política institucional (si la hay), la ideología y por otro, del medio físico, la genética, la etiología, la incidencia y frecuencia, el predominio y la mortandad que se presenta a partir de un elemento patológico. De acuerdo a lo anterior, es factible sugerir que en la medida de que las enfermedades se deriven de las condiciones sociales y el ambiente serán un fenómeno biocultural que debe ser estudiado como tal con elementos que son mutuamente incluyentes, complementarios y de alguna forma inseparables.

Los riesgos de contraer algunas enfermedades o sufrir un accidente estaban presentes tanto en la casa como en las actividades o trabajo de las personas. Las sustancias cáusticas empleadas cotidianamente en muchos oficios como telares, curtidurías la minería eran perjudiciales para la salud.

La cercanía con el ganado provocaba riesgo constante de caídas, fracturas, contusiones, el riesgo de ser arrollado por algún caballo o carruaje era constante aunque menor que el ser arrollado o sufrir alguna lesión por colisión entre automóviles en la actualidad. En este caso es sumamente interesante para el presente trabajo el nivel de equilibrio entre las situaciones cotidianas y la tecnología desarrollada y utilizada por las personas de los años que abarca nuestra investigación.

Tradicionalmente el termino *transición epidemiológica* refiere al cambio de la presencia desarrollo y prevalencia de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas no infecciosas o enfermedades degenerativas (Mascie-Taylor *et. al.*, 2004: 15). El incremento de estas enfermedades crónicas está relacionado con el incremento de la longevidad y cambio en el estilo de vida. Los avances culturales y tecnológicos promueven con diversos aspectos la premisa que Grmek define como patocenosis. La patocenosis hace referencia al conjunto de estados patológicos presentes en el seno de determinada población en un momento dado; se trata de un sistema con propiedades estructurales particulares y cuyos parámetros nosológicos deben ser estudiados simultáneamente en forma cuantitativa y cualitativa.



La frecuencia de cada enfermedad depende de la presencia y distribución de todas las demás enfermedades, además de diversos factores endógenos y ecológicos.

La patocenosis tiende hacia un estado de equilibrio, siendo particularmente sensible si las condiciones ecológicas son estables. La atención debe centrarse en dos fases más marcadas para este proceso: por una parte, los períodos de equilibrio y por otra, los de cambio tecnológico que conlleva a la formación de nuevas enfermedades y problemas de salud.

A partir del lenguaje que versa sobre la salud y la enfermedad se tiene como base la relación de la persona con otras personas y con la sociedad. Las representaciones sociales⁴⁹ se construyen desde las percepciones de las personas en tanto estén sanas o enfermas. Es muy común que estas representaciones sociales estén relacionadas con los valores que cada sociedad le otorga al estado de salud o enfermedad. Por tanto, la enfermedad como constructo abstracto de la mente en un marco social tiene un marcado sentido sintáctico en el sentido que si se observa el origen de la palabra por ejemplo pleuresía que está asociada con síntomas como tos, respiración pesada y con dificultad, fiebre y pulso anormal, en sí todos los síntomas toman forma bajo una sola palabra: pleuresía. (Foucault, 1991).

De acuerdo a lo anterior, surgen preguntas necesarias ¿cómo se entendía y se explicaba la enfermedad en la época en la que nos hemos abocado? De la concepción o comprensión del estado morbosos dependían las actitudes y reacciones que se daban frente a él, así también las medidas profilácticas y curativas que se adaptaban para evitarlo y curarlo. A pesar de que persistía la aceptación de la enfermedad como pago de un pecado, la idea de que la verdadera dolencia era del alma y no del cuerpo estaba aún muy presente en el siglo XVIII (Pérez Tamayo, 1988). Por ello, una medida importante en la trayectoria del paciente era buscar remedios espirituales y posteriormente corporales. También estaba presente la parte que señalaba a la enfermedad como parte de un encantamiento, hechizo u algún

49 El término representación social fue acuñado por Moscovici y fue refinado por Jodelet. Este término hace referencia a la noción que cada persona le da a algo y que se nutre de un conocimiento individual y colectivo.



“daño” por parte de seguidores del diablo. El diablo estaba en el mundo para atacar a los hijos de Dios. Cuando el diablo atacaba por medio de sus seguidores el remedio era la imposición de manos, de reliquias, exorcismos para recuperar la salud espiritual y corporal de los dolientes.

La medicina popular mostraba un confuso trasfondo mágico, religioso y natural (empírico). Se fundamentaba en una serie de costumbres transmitidas a lo largo del tiempo y se refería a concepciones de la enfermedad, posibilidades de diagnóstico y al tratamiento con recursos naturales (plantas y minerales, entre otros) y religiosos adecuado al tipo de problema de salud. De acuerdo al tratamiento podía ser infusiones, cocciones, ungüentos, aceites, jugos, tinturas, apósitos, lavativas, emplastes y baños.

En este sentido, la enfermedad se explicaba como un desequilibrio. Los factores que podían intervenir para desatar este desequilibrio eran el origen frío o caliente a través de la humedad, el cambio de estación o los excesos en la comida y bebida.

En cuanto a la medicina oficial, es decir la académica, en ocasiones no era tan opuesta a la popular. Si consideramos los planteamientos de los médicos del siglo XVIII. La salud era considerada como un equilibrio humoral (de la teoría hipocrática galénica). De la normalidad de los cuatro humores: flema, bilis, sangre y melancolía. Del desequilibrio de éstos, se presentaba la enfermedad que se relacionaba con la vida desenfrenada, desordenada en ocasiones provocada por la posición de algunos astros o la alteración climática.

Aunque en varios sentidos confrontados, el humoralismo y el empirismo popular cohabitaron de forma cotidiana durante el siglo XVIII, incluso se renovaban de diversas formas y terminaron aceptando en común que algunos de los factores climáticos y ambientales influían directamente en la salud humana. Con esto no se quiere decir que se dejó de lado la teoría humoral o se reforzó el empirismo popular, sino que se sostenía que las condiciones del ambiente, el cambio estacional e incluso los niveles y la calidad del agua influían en la aparición de enfermedades y si estos factores se corregían, las enfermedades disminuían.

Ante la pregunta ¿de qué se enfermaban los indígenas que acudían al HRN en la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX? quizás la respuesta no sea tan simple como lo podemos imaginar. Los trabajos gene-



rados a partir de diversas especialidades acerca de la historia y desarrollo de la salud y la enfermedad así lo demuestran. Se consultan y analizan documentos para determinar tasas de mortalidad y morbilidad, como registros parroquiales, diarios, crónicas, censos, reportes, bandos, entre otros. Todos ellos aportan información relevante para cada estudio pero también plantean problemas y más preguntas. Los registros en ocasiones suelen estar incompletos, los diarios tienen una fuerte carga ideológica del estrato social del autor. Los registros parroquiales suelen asentar entierros y bautizos en lugar de muertes y nacimientos.

También resultan muy inexactos y complejos los datos generados de las enfermedades. La idea de un diagnóstico preciso en épocas pasadas es asunto de mucha suspicacia. La tarea de elaborar correctamente el retro-diagnóstico está lleno de confusiones y errores de interpretación que pueden resultar graves, el problema radica principalmente en la idea de poderlo hacer a partir de elementos médicos contemporáneos. Los nombres que se les daban a las enfermedades en el pasado no corresponden en muchos casos a los que podemos encontrar en el presente aun cuando lleven el mismo nombre. Así podemos encontrar que el hepático o la hidropesía no necesariamente corresponden a las entidades patológicas modernas. La hidropesía, por ejemplo, en el siglo XVIII se consideraba una enfermedad hoy se puede considerar como un síntoma, en el mismo caso encontramos a la fiebre. No puede igualarse la palabra *peste* tal como se utilizaba en el pasado, el cual como se abordó anteriormente, tenía una serie de condicionantes para su aparición, y en varias ocasiones solamente se refería a una serie de problemas de salud o situaciones desagradables. En el caso de la viruela se pudo confundir con sarampión, rubéola o escarlatina. Mientras que la antigua sífilis se puede comprender mejor en la actualidad a partir de hacer una analogía con el chanco duro.

La convención de clasificar enfermedades como entidades morbosas, apareció a partir de algunas nosologías rudimentarias del siglo XVII y difieren sustancialmente de las actuales. Resulta difícil establecer a que se referían las personas de los primeros tiempos modernos al referirse a enfermedades como esquinancia, tisis o consunción que no necesariamente es tuberculosis pulmonar como lo consideramos ahora. Catarro, melancolía,



escaria, apatía o relajación, flujo de sangre son enfermedades que fueron entendidas como tal en su momento y que actualmente ni siquiera serían consideradas como problemas de salud mucho menos enfermedades. La etimología en ocasiones lo hace también confuso, podemos considerar al *cancro* parte de una adivinación o como parte de un proceso morboso como es actualmente el cáncer.

A partir de los problemas antes expuestos es importante reflexionar, ¿tenemos que abandonar el intento de acercarnos al conocimiento médico de épocas pasadas?, la respuesta obvia es, no. Pero debemos de ser cautelosos, sobre todo si pretendemos introducirnos en la visión social e individual de la época que estemos abordando y evitar las analogías frágiles surgidas a de las convenciones actuales. Tenemos que actuar con sigilo y prudentes al identificar e interpretar las enfermedades del pasado pero tampoco podemos establecer un ostracismo al aventurar diagnóstico de las enfermedades y problemas de salud que aquejaron a las personas de sociedades pretéritas.

Enfermedades que hoy podríamos considerar menores como la escabia, cistitis, o diarrea, en siglos pasados se hacían graves y severas. Sin embargo, la estrategia social del siglo XVIII para evitar disminuir esto fue cada vez más frecuente y no sólo se aceptaba la influencia divina como explicación de que la enfermedad estaba desapareciendo.

Como última reflexión es necesario reconsiderar la trayectoria médica de las personas enfermas en la época que ha abordado este trabajo fue, seguramente como en el presente, consultaban varias instancias, desde los estratos más bajos como vecinos, conocidos, especialistas médicos populares hasta llegar tal vez, con el modelo hegemónico. Es importante resaltar que a partir de la literatura consultada de la vida cotidiana la práctica médica casi siempre comenzaba en la casa. Tal vez con remedios caseros, siguiendo con consultas a otras personas resultando, en algunos casos con prácticas que hoy día nos resultan inverosímiles y hasta contraproducentes pero los hábitos diarios dependían mucho de las diferencias personales y del grupo social al que perteneciera cada persona. Resumiendo esto, seguramente lo que funcionaba y se consideraba benéfico para algunas personas para otras resultaría nocivo e incluso fatal.



También hay que resaltar la aplicación del conocimiento médico práctico es decir en los pacientes. Me parece importante el hecho que la mayoría de la población novohispana no acudía al médico de manera regular para solucionar sus enfermedades y problemas de salud. Primero, porque la cantidad de médicos no era la suficiente para atender a la población. La trayectoria del paciente así lo demuestra, en un primer momento intentará solucionar su enfermedad o problema de salud con los medios que tenga a la mano. Además los médicos solían establecerse en centros urbanos donde se encontraban hospitales o instituciones de beneficencia.

En segundo lugar, existe la idea generalizada que las personas de la época virreinal en México, particularmente los indígenas, rehuían a los médicos por aversión a ellos. Estimo una mejor idea, considerar un manifiesto escepticismo al modelo médico aplicado. Aunque sería prudente reflexionar si es que el escepticismo era generalizado o partía de una idea surgida de otros especialistas de la salud. Cabe plantarse la pregunta, las personas con quien preferían atenderse, ¿con un médico o con otro especialista de la salud? La pregunta es muy compleja y difícil de contestar, sin embargo, considero que la decisión estuvo principalmente fundamentada en las preferencias personales así como en la capacidad económica. Las preferencias sociales y los roles que cada grupo y estrato social desempeñaba en la sociedad novohispana también influyeron de forma importante en la toma de decisiones. No olvidemos que la gente tiene criterio selectivo. Discurro que aquellos que no consultaban directamente a los médicos o cirujanos no era necesariamente por recelo o temor como algunos afirman sino porque pensaban que los médicos eran capaces de curar algunas enfermedades y otras no.

La historia sobre la salud y la enfermedad puede escribirse de muchas formas. Puede optarse por solo relatar la parte del progreso, los descubrimientos, enfocarse en las prácticas que resultan ajenas y extrañas y relacionar de forma paralela la historia de la medicina y el contexto histórico general.

En este trabajo nos hemos concentrado en un periodo de cambio y continuidad simultaneo, aunque resulta paradójico. A partir de varios elementos modernos como la teoría de la transición de la salud de Frenk *et. al.*, así como de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE),



podimos ubicarnos para realizar una aproximación a un problema complejo en el análisis de algunos elementos del proceso biocultural salud-enfermedad-atención en épocas pasadas. Además, no puede considerarse a la Nueva España como una unidad única. La medicina estaba arraigada entre los sectores más amplios de la sociedad. El crecimiento demográfico, la religión y sus cambios, –como la expulsión de los jesuitas–, los desastres naturales, las crisis sociales, la urbanización, el despunte y ocaso de centros mineros, todo ello influyó profundamente en la construcción del México actual. Algunas analogías empleadas en este trabajo para asimilar las situaciones en el periodo de estudio pueden resultar vacías e incluso inútiles pero también han intentado recrear las formas y las acciones de las personas que se dirigieron a ser atendidas en el Hospital Real de Naturales. Mucho se ha escrito del HRN pero también en muchas ocasiones se olvida el carácter social de la institución las relaciones de pacientes con el entorno, el antes y después que se desarrolló en la trayectoria del paciente. La evolución de su enfermedad, la formulación de una terapéutica mestiza y los elementos que la construyeron durante la época virreinal y que dio como resultado, en buena medida, la tradición médica actual.

Este trabajo también ha tratado de reflexionar acerca de la idea generalizada acerca de la escasez de especialistas de la salud. La literatura está llena de referencias acerca de su presencia en todos los ámbitos sociales: médicos, cirujanos, practicantes, sobadores, barberos flebotomianos, parteras, comadronas, boticarios, entre otros más. La presencia de éstos hace pensar que a pesar que en el HRN se aplicaba un conocimiento médico hegemónico como en España, seguramente la práctica médica se ajustó a las necesidades de la población atendida para que ese conocimiento fuera asimilable para los pacientes.

He considerado seriamente en esta obra presentar un concepto diferente a otros trabajos de la Antropología que se refieren a los humanos que son parte del estudio como sujetos o individuos y que de alguna manera limitan las formas de ser personas. Esta idea surge de la premisa que los ubica como nuestros antecesores en el proceso social e histórico y que pretende alejarse de esa dicotomía de los otros y nosotros, es decir evitar esas diferencias. No se trata de señalar un estado de atraso científico y etique-



tarlos de atrasados, equivocados, ignorantes o miserables y que a cambio nosotros estemos del lado de la razón omnipotente. La dinámica social e histórica afecta tanto a los que nos antecedieron como a nosotros mismos. Pero no podemos considerarlos ni a ellos ni a nosotros como las víctimas de procesos funestos y que no podemos controlar, en todo caso, los procesos que sufrieron y que afectaron a las personas que vivieron durante el periodo de estudio son el tema de la historia que nos sirve para acercarnos a la comprensión de sus estrategias para enfrentar a la enfermedad.

Los puntos que hemos desarrollado durante la presente investigación nos llevan a establecer lo siguiente:

La cultura que producimos conlleva a elaborar categorías referenciales como lo es salud y enfermedad. Lejos de definir las como un constructo único e inamovible, los grupos humanos a partir de sus categorías culturales elaboran las definiciones y las formas de actuar ante las dos situaciones. Los especialistas de la salud en cada cultura manifiestan a través de su experiencia las técnicas de sanar y las reproduce, las alimenta de conocimientos propios y de préstamos a fin de enriquecerlas.

En la Antropología, en general y en particular, la Antropología Física mexicana se suele utilizar un discurso oficial en el desarrollo de la especialidad en relación a utilizar sin miramiento términos como enfermedad, padecimiento, patología y afección como sinónimos, sin tomar en consideración las formas teóricas que nos proponen manejar estos términos de forma más enfocada, precisamente, a construir un discurso teórico que haga las precisiones adecuadas para los términos mencionados. Huelga decir, por ejemplo, que a partir de la revisión bibliográfica percatamos que lo que se define como enfermedad a partir de la biomedicina en ocasiones se refiere a un problema de salud. Asimismo en la categoría de padecimiento, se aplica de modo llano sin considerar, de igual manera, las formas que los humanos en general y las personas, en particular, viven como experiencia personal su problema de salud ya sea en sociedades pasadas o actuales.

En otro sentido, es posible afirmar que el presente estudio tuvo un enfoque diferente a lo escrito en cuanto a la forma de abordar el análisis del proceso biocultural salud enfermedad atención en sociedades antiguas. Tuve la inquietud de retomar renovados caminos dentro de la Antropolo-



gía. Utilizando como material de estudio antiguos libros de registro de enfermos, logré obtener datos relevantes acerca de los diagnósticos médicos que se aplicaron durante los años de estudio. Se logró, asimismo, conocer las variables demográficas de edad y sexo así como aspectos de la vecindad y migración de las personas que ingresaron al HRN. Todos estos datos llevaron a tener esa información que se suele desconocer en términos de los estudios de osteología antropológica.

Lejos de considerar a esta investigación como referente terminado estimo seriamente que sólo es una aproximación al proceso biocultural salud enfermedad atención y que faltan muchos datos de otras áreas del saber para seguir aportando conocimiento a partir de estos materiales. Debo reconocer que de muchas formas, el trabajo se enriqueció de manera teórica y práctica de otras áreas diferentes a la Antropología. En muchos momentos, la investigación se inclinó y derivó entre una línea delgada recorriendo los límites de otras disciplinas pero de qué otra forma podía hacer el trabajo sin considerar una manera holística de abordarlo y obtener la información necesaria.

A partir de nuestra postura teórica de considerar los elementos integradores de los condicionantes de la salud y que la ruptura en el equilibrio de éstos conlleva a una alteración en el estado de salud de las personas, dirigimos nuestra atención a describir las características del entorno social del grupo de estudio, en este caso, los indígenas. La revisión historiográfica y descripción de las condiciones sociales de la Ciudad de México durante la época virreinal permitió en gran medida acercarnos a comprender la vida cotidiana de los antiguos indios de México.

A partir de esta revisión histórica dimos cuenta de las pésimas condiciones generales en que vivían los indígenas, lejos del casco de la ciudad, asentados en los márgenes, en los lodazales y muy cerca de los basureros. Dedicados a un sinnúmero de oficios no siempre seguros ni bien remunerados. Esto era común desde el establecimiento del dominio europeo, las condiciones ambientales de la cuenca comenzaron a cambiar, la deforestación y la desecación paulatina de los cuerpos de agua de los antiguos lagos comenzaron a producir condiciones insalubres. Las inundaciones eran constantes en época de lluvia y en temporada seca se levantaban grandes polvaredas, esto trajo como consecuencia la aparición, y prevalencia de en-



fermedades de tipo infeccioso. Aunado a lo anterior, las maneras habituales de los habitantes de la ciudad en torno a la higiene personal y hábitos de limpieza general no eran del todo ideales lo que favorecía aun más los problemas de salud. La “vida relajada”, por un lado, y las condiciones de marginalidad y pobreza por el otro, fomentaban en gran medida, que los cuadros de ciertas enfermedades y problemas de salud relacionadas con la embriaguez, la prostitución y el hambre aumentaran.

La medicina aplicada en el periodo de estudio, particularmente en la Ciudad de México fue construida a partir de la tradición prehispánica y se vio unida a la medicina de tradición hipocrática traída de ultramar por los europeos. Enriquecida en algunos aspectos y, limitados y aislados en otros, la medicina oficial se ejercía por un limitado número de médicos y cirujanos permitiendo a los demás especialistas de la salud una práctica no regulada por el protomedicato pero reconocida por el grueso de la población. Así parteras, sobadores, flebotomianos, barberos, hueseros, yerberos, hacían de su práctica profesional un conciliábulo con sus clientes y no en pocas ocasiones aplicaron sus conocimientos en instituciones oficiales como el Hospital Real de Naturales.

Precisamente, del Hospital Real de Naturales de la Ciudad de México se sabe fue una institución médica fundada en el siglo XVI y clausurada en el siglo XIX dedicada a atender los problemas de salud y enfermedades que presentaron los indígenas. Contó en diversos momentos con diversas formas de administración de la Corona, sin embargo esto no impidió que en él se ejerciera una medicina con claros aspectos mestizos. La alimentación proporcionada a los enfermos claramente fue mestiza y las autoridades del HRN lo recomendaban así para una mejor recuperación del paciente. El HRN, a pesar de su abundante bibliografía y lo numeroso de los estudios generados a partir de sus datos genera, aún hoy día, muchas interrogantes, es prolijo en conjeturas sobre su origen, ubicación y límites, funcionamiento, administración, presupuestos, por supuesto la forma de ejercer la medicina, pero aún más incógnitas se reconocen a cerca de las personas que asistieron a él a aliviar penas, dolores, molestias y a bien morir. Sabemos con base en los materiales que estudiamos que la gran mayoría de pacientes atendidos en el HRN fueron indígenas lo que se acepta a partir de



las ordenanzas de 1776 pero también se aclaró que en casos extraordinarios ingresaron personas de otra filiación étnica o biológica; españoles, negros u otros. También es importante recalcar que grupos considerados como indios por parte de las autoridades tuvieron ingresos comunes en los hospitales, tal fue el caso de los filipinos conocidos como *indios chinos* y los indios provenientes de territorios del norte, los *mecos*, considerados indios rebeldes e infieles por negarse en muchos casos a aceptar el bautismo cristiano. Otro punto considerablemente preponderante fue el ingreso al HRN de niños, una idea generalizada en la historia novohispana es la negación de ingreso de infantes para la atención médica, considerados personitas puras limpias de pecado, por tradición era preferible que se atendieran y en su caso murieran en su hogar.

En los resultados, se reveló interesante la definición de algunas enfermedades y problemas de salud como su cuantificación.

El comportamiento estacional de algunas enfermedades permitió acercarnos a conocer la influencia que tuvieron algunas de las características físicas del entorno y las condiciones sociales de la población indígena en torno a la salud y la enfermedad. Las diversas gráficas elaboradas para acercarnos a las condiciones antes referidas son importantes, ya que se dirigen a generar mayor información de los estudios sobre poblaciones antiguas, lo que considero un aporte importante para el presente estudio.

Pudimos allegarnos a los espacios del HRN y las prácticas médicas ejercidas en él. Después de someter los datos nominales de las enfermedades y problemas de salud, se elaboró un glosario que, considero, será de ayuda en investigaciones de la misma índole.

Debo, por último, declarar las limitaciones del trabajo. Primero, los materiales como los utilizados en el presente estudio, fueron de primera mano, sin embargo hubo categorías que fueron ambiguas y no fue posible establecer los diagnósticos, en estas categorías dejó a *agudo* y *crónico*. Segundo, el manejo de técnicas propias de la historia como la paleografía requiere un manejo básico necesario del cual los antropólogos físicos, por lo general carecemos.

Tercero, la información obtenida es sin duda relevante, pero estimo que se encuentra hasta cierto punto limitada, sería interesante sopesar la



información derivada de estudios como el presente y las investigaciones de corte osteológico.

A su vez, también las ventajas que se derivan de esta clase de estudios deben ser reconocidos por la comunidad antropológica, aporta información que en todo caso no obtendríamos con la osteología, por tanto, considero que este es un buen aporte y tal vez el inicio de una renovada intención de acercarse a la vida y muerte de las personas que nos antecedieron en de la historia social y biológica de la humanidad.

Bibliografía

- Abascal, F., Traza, desarrollo urbano de la ciudad colonial y tendencias arquitectónicas. En *La muy noble y leal Ciudad de México. Ensayos sobre la Ciudad de México.*, Tomo II. CNCA, México, 1994, pp.: 19-39.
- Adler de Lomnitz, L., *Como sobreviven los marginados.*, Siglo XXI Editores. México, 1985
- Aguirre Beltrán, G., El sistema de castas en España y su traslado a Nueva España. En *Historia de la medicina, Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI.* Aguirre Beltrán, G. (Coord). UNAM, México, 1990, pp.:54-59.
- Aguirre, V. y García, I., *De la caridad a la beneficencia pública en la Ciudad de México (1521-1910)*, Valero, A. (Coord.) ENTS, UNAM, México, 2000.
- Alfaro, M. E., Utilización del rebozo y el mecapal para el transporte de objetos durante el periodo virreinal. Estudio de caso de cuatro mujeres de la colección de San José de los Naturales. En *Memoria del VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Biológica.*, Hernández, P.; Serrano, C. y Ortiz, F. (Coord). Colección científica Núm. 507, INAH, México, 2006, pp.: 55-64
- Álvarez, J., *Estudio de las creencias, salud y enfermedad.*, Trillas UANL, México, 2002.
- Álvarez, A. L. y López, R., *El servicio de limpia en la Ciudad de México.*, GDF, México, 1999.
- Anna, T. E., *La caída del gobierno español en la Ciudad de México.*, Fondo de Cultura Económica, México, 1981.



- Anónimo, *Discurso sobre la policía de México, 1788. Reflexiones y apuntes sobre varios objetos que interesan la salud pública y la policía particular de esta Ciudad de México, si se adaptasen las providencias o remedios correspondientes.*, Versión paleográfica, introducción y notas de González, I.
- 1984 Reflexiones y apuntes sobre la Ciudad de México (Fines de la Colonia). Colección Distrito Federal (4). Departamento del Distrito Federal, México, 1788.
- Anzures, C., *La medicina tradicional en México.*, Instituto de investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1989.
- Artigas, J., Obras del siglo XVI. En *Arquitectura religiosa de la Ciudad de México. Siglos XVI al XX.*, Asociación del Patrimonio Artístico Mexicano A.C. Comisión de Arte Sacro. Arquidiócesis de México. Gobierno del Distrito Federal, 2004.
- Ayala, E., LA habitabilidad en la casa y la Ciudad de México en la época de la Ilustración. En Lombardo, S. (Coord). *El Impacto de las reformas borbónicas en la estructura de las ciudades.*, Consejo del Centro Histórico de la Ciudad de México GDF, México, 2000, pp.: 145- 205.
- Báez, S., Un enano en la época colonial. En *Presencias y encuentros. Investigaciones arqueológicas de salvamento.*, Dirección de Salvamento arqueológico. INAH, México, 1995, pp.: 249-255.
- Baños, F., Florilegio médico mexicano. Crónicas, documentos y relatos de la época colonial. Laboratorios Syntex, México, 1994.
- Basarás, J., *Una visión del México del Siglo de las Luces*, (1763). Landucci, México, 2006.
- Basto Girón, L., *Salud y enfermedad en el campesino peruano del siglo XVII.*, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, 1957.
- Calvo, T., *Acatzingo, demografía de una parroquia mexicana.* INAH, México, 1973.
- ____ (Comp). *Historia y población de México (Siglos XVI-XIX).*, El Colegio de México, 1994.
- Campos, R., Notas clínica y etnográficas sobre un caso de empacho. En *Historia de la salud en México.*, Malvido, E. y María Elena Morales (Coord). Colección científica (325), INAH, México, 1996.
- Campos, R. y Ruiz-Llanos, A. Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España. En *Gaceta médica de México.*, Vol. 137, núm. 6, México, 2001: 595-608.



- Canguilhem, G., *Lo normal y lo patológico.*, Siglo XXI Editores, México, 2005.
- Carmona, J. I., *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos.*, Universidad de Sevilla, 2005.
- Castro, R., *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza.*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. México, 2002.
- Castro, J., Rangel, M. y Tovar, R., *Desarrollo sociodemográfico de la ciudad de Guanajuato durante el siglo XVII.*, Universidad de Guanajuato, México, 1999.
- Chocano, M., *La América colonial (1492-1763).*, Editorial síntesis, Madrid, 2000.
- Civera, M., Aspectos de salud y mortalidad en la población prehispánica de San Gregorio Atlapulco, Xochimilco. En *Memoria del VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Biológica.*, Hernández, P.; Serrano, C. y Ortiz, F. (Coord). Colección científica Núm. 507, INAH, México, 2006, pp.: 111-120.
- Civera, M. y Márquez, L., Perfiles paleodemográficos de algunas poblaciones prehispánicas mesoamericanas. En *La antropología física en México.*, Estudio sobre la población antigua y contemporánea. López, S., Serrano, C. y Márquez, L. (Edit), UNAM, México: 153-162, 1996.
- Coe, Rodney. *Sociología de la medicina.* Alianza Universidad, México, 1988.
- Commons, A. División territorial. (La Nueva España en el siglo XVIII). En *Medicina Novohispana. Siglo XVIII. Tomo IV.* Rodríguez, M. E. y Martínez, X. (coord.). Academia Nacional de Medicina; Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, pp: 3-12.
- Constanzó, M. Comunicación de Miguel Constanzó a Pedro Basave, 30 de Junio de 1796, en Moncada, O. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales.*, Vol. XI, núm. 692; 2006. Universidad de Barcelona, 1796.
- Cooper, D. *Las epidemias en la Ciudad de México 1761-1813.*, IMSS, México, 1980.
- Cook, S. y Borah, W. *Ensayos sobre historia de la población. México y el Caribe.*, Siglo XXI editores, México, 1977.
- _____. *El pasado de México, aspectos sociodemográficos.*, FCE, México. 1982
- Constituciones y ordenanzas para el régimen y gobierno del Hospital Real y General de los Indios de esta Nueva España*, Edición facsimilar 1983. Colección *documenta novae hispaniae*. Vol. B-1. Rolston-Bain, México, 1776.
- Corbin, A., *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX.* Fondo de Cultura Económica. México, 1987.



- Corcuera, S., *El fraile, el indio y el pulque. Evangelización y embriaguez en la Nueva España*. Fondo de Cultura Económica, México, 1991.
- , *Entre gula y templanza. Un aspecto de la historia mexicana*. Fondo de Cultura Económica. México, 1996.
- Crespo, E., *Distribución y frecuencia en algunas patologías bucales y desgaste dentario en tres colecciones óseas del México Prehispánico.*, Tesis de licenciatura. ENAH, México, 1989.
- Cruz, R., *Las enfermedades en el hospital de San Juan de Dios de Atlixco, 1737-1747.*, Tesis de doctorado, posgrado en Historia. Facultad de filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, 2006.
- Cue, A., *Historia social y económica de México 1521-1854.*, Editorial Trillas, México, 1988.
- Cuenya, M. A., *Puebla de los Ángeles en tiempos de una peste colonial*. El Colegio de Michoacán-BUAP, 1999.
- Daniel, W., *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. Limusa, México, 2002.
- Dávalos, M., *Basura e Ilustración. La limpieza de la Ciudad de México a fines del siglo XVIII.*, INAH/Gobierno del Distrito Federal, México, 1997.
- Davis, A. V., *El siglo de oro de la Nueva España (Siglo XVIII).*, Editorial Polis, México, 1945.
- Dawson, B. y Trapp, R. G., *Bioestadística médica.*, Manual Moderno, México, 2005.
- de la Fuente, J. M., *El Hospital Real de Indios de la Ciudad de México.*, Sobretiro de memorias de la sociedad científica. Tomo 34. México, 1914, pp.: 75-92.
- del Castillo, O., *Condiciones de vida y salud de una muestra poblacional de la Ciudad de México en la época colonial.*, Tesis de Maestría, ENAH, México, 2000.
- del Castillo, O. y Márquez, L., Mujeres, desigualdad social y salud en la Ciudad de México durante el virreinato. En *Salud y sociedad en el México Prehispánico y Colonial.*, Márquez, L. y Patricia Hernández (Coord). ENAH; México, 2006, pp.: 395-439.
- de la Torre, G., La demarcación de cuarteles. Establecimiento de una nueva jurisdicción en la Ciudad de México del siglo XVIII. En Lombardo, S. (Coord). *El Impacto de las reformas borbónicas en la estructura de las ciudades.*, Consejo del Centro Histórico de la Ciudad de México GDF, México, 2000, pp.: 89-108
- Diccionario médico Salvat.*, Salvat Editores, Barcelona, 1993.
- Donnangelo, M. C., *Salud y Sociedad.*, Universidad de Guadalajara, México, 1994.
- Dubos, R., *Salud y enfermedad.*, Colección científica del *Times Llife*, México.1980.

- Estes, J. W. Dropsy. En *The Cambridge historical dictionary of disease*. Kiple, Kenneth F. (Editor). Cambridge University Press., 2003, pp.:100-105
- Esteyneffer, Juan de., *Florilegio medicinal de todas las enfermedades, sacado de varios y clásicos autores para bien de los pobres* (original de 1712). Estudio preeliminar y glosario de María del Carmen Anzunes. Academia Nacional de Medicina, México, 1978.
- Fabrega, H. Jr., Culture, biology and the study of disease. En Rothschild, H. (Editor) *Biocultural aspects of disease.*, Academic Press, 1981, pp.:54-94.
- Faulhaber, J., El mestizaje durante la época colonial. En *Antropología Física. Época moderna y contemporánea*. INAH, México, 1976, pp.: 79-118.
- _____. El mestizaje biológico en la época colonial. En *Historia de la medicina. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI*. Aguirre Beltrán, G. (Coord). UNAM, México, 1990, pp.:37-45.
- Fierros, J., *El Hospital Real de Naturales (1701-1741). Un hospital diputado de la capital novohispana.*, Tesis de doctorado. ENAH, México, 2009.
- Florescano, E. y Malvido, E., *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México.*, IMSS, México, 1982.
- Florescano., E. y Rojas, R. *El ocaso de la Nueva España.*, Editorial Clío. México, 1996.
- Florescano, E. y Menegus, M. La época de las reformas borbónicas y el crecimiento económico (1750-1808). En *Historia General de México.*, versión 2000. Centro de Estudios Históricos. El Colegio de México, 2000, pp.: 363-430
- Florescano, E. y Acosta, V. (Coord) *Mestizajes tecnológicos y cambios culturales en México*. CIESAS; Miguel Ángel Porrúa. México, 2004.
- Foucault, M., *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI editores. México, 1991.
- French, R., Scrofula. En *The Cambridge historical dictionary of disease*, Kiple, Kenneth F. (Editor). Cambridge University Press, 2003.
- Frenk, Julio *et. al.*, Elementos para una teoría de la transición de la salud. En *Salud Pública de México.*, Vol. 33, No. 5., 1991, pp. 448-462.
- Fuentes, J., El amanecer de la historia. En *Historia ilustrada de México. Desde los orígenes hasta Ernesto Zedillo.*, Océano Grupo Editorial, México, 1998, pp.: 44-118.
- Garza, I. y Ballesteros, A., Yaws en Las Amilpas, Morelos. En *Estudios de Antropología Biológica IX.*, UNAM, México, 1999, pp.: 231-246.
- Gibson, C., *Los aztecas bajo el dominio español (1519-1810)*. Siglo XXI Editores, México, 1979.



- González Cortés, A., *Lecciones de epidemiología*. Editorial Méndez Cervantes, México, 1980.
- González-Hermosillo, F., Macehuales versus señores naturales. En *Gobierno y economía en los pueblos indios del México colonial*. González-Hermosillo, F. (Coord). INAH, México. 2001, pp.: 113-143
- González Obregón, L., La ciudad colonial. En *Las calles de México*. Alianza Editorial, México, 1991, pp.: 176-183.
- _____. La vida colonial en las calles y las plazas. En *Las calles de México*. Alianza Editorial, México, 1991^a, pp.: 212-225.
- _____. *México viejo. Época colonial. Noticias históricas, tradiciones, leyendas y costumbres*. Alianza Editorial, México, 1991b.
- González, F. y Navarro, A., *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Ars médica, Barcelona, 2005.
- González, I., *Reflexiones y apuntes sobre la Ciudad de México (Fines de la Colonia)*. Colección Distrito Federal (4). Departamento del Distrito Federal, México, 1984.
- Gottfried, R. S., *La muerte negra*. Serie Desastres en la Europa Medieval. Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- Grmek, M *Diseases in the ancient greek World*. Johns Hopkins university press, 1989.
- Gruzinski, S., *La colonización de lo imaginario. Sociedades indígenas y occidentalización en el México español. Siglos XVI-XVIII*. Fondo de Cultura Económica, México, 1991.
- Guedea, V. *Las gacetas de México y la medicina. Un índice*. Instituto de investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1991.
- Humboldt, A. von., *Tablas geográficas y políticas del Reyno de Nueva España* (original de 1804) Siglo XXI editores, México, 2004.
- Israel, J., *Razas, clases sociales y vida política en el México Colonial (1610-1670)*. FCE, México, 1980.
- Jaén, M. T. y Serrano, C. Osteopatología. En *Antropología Física; Época prehispanica*. SEP-INAH, México, 1974, pp.: 155-158.
- Jiménez, G., *México. Su tiempo de nacer. 1750-1821*. Fomento cultural Banamex, México, 1997.
- Jiménez, R., Un antropólogo en el Archivo General de la Nación. En *Diario de campo* (16), INAH, México, 2002, 24-26.
- King, L., Clínica y patología de la Ilustración. En *Historia Universal de la medicina Tomo V. Ilustración y Romanticismo*. Laín Entralgo, P. (director). Salvat Editores, Barcelona, 1976, pp: 63-84.

- Kleinman, A., Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. En *Social Science and Medicine*, 1978, Núm. 12. pp.: 85-93
- Lagunas, Z., Algunos aspectos sobre la antropología física mexicana en las postrimerías del siglo XX. En *Antropología física. Disciplina plural*. Mansilla, J. y Lizarraga, X. (Coord). INAH, México, 2003, 121-144.
- Laplantine, F., *Antropología de la enfermedad*. Ediciones del Sol. Argentina, 1989.
- Lavín, L. y Balassa, G., *Museo del traje mexicano. Vol. IV El Siglo de las Luces*. Editorial Clío. México, 2001.
- León, S. y Lara, E., *Historia y filosofía de la medicina*. Instituto Politécnico Nacional, México, 2000.
- León, M. C., A cielo abierto. La convivencia en plazas y calles. En *Historia de la vida cotidiana en México. Tomo II*. Rubial, A. (Coord). Fondo de Cultura Económica El Colegio de México, 2005, pp.: 19- 46.
- Lindemann, M., *Medicina y sociedad en la Europa moderna, 1500- 1800*. Siglo veintiuno de España editores, S. A, 2001.
- Lizarraga, X., De la inquietud a la disciplina: la antropología física. En *Antropología física. Disciplina plural*. Mansilla, J. y Lizarraga, X. (Coord). INAH, México, 2003, 65-66.
- Lockhart, J., *Los nahuas después de la Conquista. Historia social y cultural de la población indígena del México central, siglos XVI- XVIII*. Fondo de Cultura Económica, México, 1999.
- Lombardo, S. (Coord)., *El Impacto de las reformas borbónicas en la estructura de las ciudades*. Consejo del Centro Histórico de la Ciudad de México GDF, México, 2000.
- López de Hinojosos, A., *Suma y recopilación de cirugía con un arte para sangrar muy útil y provechosa*. Academia Nacional de Medicina, México, 1977.
- López Piñero, J. M., Europa latina. En *Historia Universal de la medicina Tomo V. Ilustración y Romanticismo*. Laín Entralgo, P. (director). Salvat Editores, Barcelona, 1976, Pp: 73 -84.
- López Romero, D., *La colección ósea del Hospital Real de Indios y la de San Gregorio Atlapulco, Xochimilco, Algunos indicadores paleoestomatológicos*. Tesis de Licenciatura. ENAH, México, 2002.
- _____. *Acercamiento a la salud oral de la población colonial en la Ciudad de México: Un estudio de antropología dental*. Tesis de Maestría. Fac. de Filosofía y Letras, UNAM, México, 2006.



- _____. *Archivos, ¿nueva? línea de investigación sobre poblaciones desaparecidas*. Ponencia presentada en el XIV Coloquio Internacional de Antropología Física Juan Comas. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, Noviembre 2007.
- _____. *Cuando los huesos no son suficientes. La utilización de archivos en investigaciones de salud en poblaciones históricas*. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional Salud Enfermedad de la Prehistoria al siglo XXI. Ciudad de México. Septiembre 2008.
- _____. *Entre sanos y enfermos. El conocimiento médico aplicado en el Hospital Real de naturales. Siglo XVIII*. Ponencia presentada en el V Congreso Internacional de Historia y Filosofía de la Medicina. Morelia, Michoacán. Mayo 2010
- Lugo, C., *Enfermedad y muerte en la Nueva España*. En *Historia de la vida cotidiana en México. Tomo II*. Rubial, A. (Coord). Fondo de Cultura Económica El Colegio de México, 2005, pp.: 555-586.
- Llamosas, E. F., *Estudio de la salud bucal de un grupo prehispánico y un grupo del virreinato*. Tesis de Doctorado, Facultad de Odontología, UNAM. México, 1997.
- MacLachlan, C. y Rodríguez, J., *The forging of the cosmic race. A reinterpretation of Colonial México*. University of California Press. USA, 1990.
- Maldonado, C., *Ciudad de México, 1800-1860: epidemias y población*. INAH, México, 1995.
- Malvido, E., *Las epidemias: una nueva patología*. En *Historia de la medicina. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI*. Aguirre Beltrán, G. (Coord). UNAM, México, 1990, pp.:93-118.
- _____. *Condiciones sanitarias en la Ciudad de México, 1822-1850*. En *Cuicuilco, Nueva Época*. Vol. 5 (13). ENAH, México, 1998, pp.: 261-276
- Mansilla, J., Pijoan, C., Pompa, J. A. y Villegas, D., *Los entierros primarios del templo de San Jerónimo, Ciudad de México (Temporada 1976)*. Estudios de los indicadores de las agresiones ambientales. En *Anuario de antropología física*. Jaén, M. T., Fernández, J. L. y Pompa, J. A. (comp). INAH, México, 1991, pp.: 121-148.
- Mansilla, J., *Indicadores de respuesta al estrés (agresiones ambientales) en la colección osteológica del templo de San Jerónimo, Ciudad de México*. Tesis de doctorado. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México, 1997.
- Márquez, J., *Ciudad, miasmas y microbios*. Editorial universidad de Antioquia, 2005.
- Márquez, L., *Sociedad colonial y enfermedad. Un ensayo de osteopatología diferencial*. INAH, México, 1984.

- _____. *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México. El tifo y el cólera (1813 y 1833)*. Siglo XXI editores, México, 1994.
- _____. Los parroquianos del Sagrario Metropolitano: panorama sociodemográfico. En *Perfiles demográficos de poblaciones antiguas de México*. Márquez, L. y Gómez, J. (Comp). CNCA-INAH- CONAPO, México, 1998, 95-125.
- _____. Población y sociedad. (La Nueva España en el siglo XVIII). En *Medicina Novohispana. Siglo XVIII. Tomo IV*. Rodríguez, M. E. y Martínez, X. (coord.). Academia Nacional de Medicina; Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, pp: 13-22.
- _____. La investigación sobre la salud y la nutrición en poblaciones antiguas en México. En *Salud y sociedad en el México Prehispánico y Colonial*. Márquez, L. y Patricia Hernández (Coord). ENAH; México, 2006, pp.: 27-57.
- Martínez Cortés, F. El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina. En *Médico moderno*. Año XXXIV Núm. 2, 1995.
- Mascie-Taylor, Nick; Peters, Jean; y McGarvey, Stephen T. (Edits) 2004 *The changing face of disease: implications for society*. CRC Press.
- Menéndez, E., *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS, México, 1988.
- _____. Modelo hegemónico, modelo de alternativo subordinado, modelo de auto atención. Caracteres estructurales. En *La antropología medica en México*. Tomo I. Campos, R. (Comp). UAM, México, 1992, pp: 97-114.
- Meza, A. y Báez, S., Paleopatología y demografía en el Hospital Real de los Naturales. En *De fragmentos y tiempos. Arqueología de salvamento en la Ciudad de México*. Subdirección de Salvamento Arqueológico, INAH. México, 1994, pp.: 53-67.
- Mijares, I., *Mestizaje alimentario. El abasto en la Ciudad de México en el siglo XVI*. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1993.
- _____. El abasto urbano: caminos y bastimentos. En *Historia de la vida cotidiana en México. Tomo II*. Rubial, A. (Coord). Fondo de Cultura Económica El Colegio de México, 2005, pp.: 109-140.
- Miño, M., *El mundo novohispano. Población, ciudades y economía; siglos XVII y XVIII*. FCE, México, 2001.
- Miranda, J., Vida colonial y albores de la independencia. SEP-SETENTAS, México, 1972.
- Mitre, E., *Fantasmas de la sociedad medieval. Enfermedad, peste y muerte*. Universidad de Valladolid, 2004.



- Molina, A., *Por voluntad divina: escasez, epidemias y otras calamidades en la Ciudad de México, 1700-1762*. CIESAS-INAH, México, 1996.
- _____. *La Nueva España y el Matlazahuatl 1736-1739*. Ciesas- El Colegio de Michoacán, México, 2001.
- Mondragón, L., *Esclavos africanos en la Ciudad de México. El servicio doméstico durante el siglo XVI*. Ediciones Euroamericanas, México, 1999.
- Moreno, A., El siglo de la conquista. En *Historia general de México*. Tomo I. El Colegio de México, México, 1976, pp.: 291-369.
- Morín, C., *Santa Inés Zacatelco (1646-1812)*. INAH, México, 1973.
- Muriel, J., *Hospitales de la Nueva España*. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI. Instituto de Historia. UNAM, México, 1956, pp.: 115-136.
- _____. *Cultura femenina novohispana*. Instituto de Historia, UNAM. México, 1982.
- Nelson, R. et. al., *Seasonal patterns of stress, immune function and disease*. Cambridge University Press, 2000.
- Oliver, L., *El Hospital Real de San Miguel de Belem: 1581- 1802*. Universidad de Guadalajara, México, 1992.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), XIX Asamblea Mundial de la Salud, VOL. I, Ginebra., 1968.
- Osorio, R. M. , *Entender y atender la enfermedad*. CIESAS, INAH, INI, México, 2001.
- Oropeza, D., *Los indios chinos en la Nueva España: la inmigración de la nao de China, 1565-1700*. Tesis de doctorado. Centro de Estudios Históricos del Colegio de México, 2007.
- Orozco y Berra, M., La Ciudad de México. En *La Ciudad de México*. Lafragua, J. M. y Orozco y Berra, M. Col. "sepan cuantos..." Núm. 520, Editorial Porrúa, México, 1998.
- Ortiz, F., *Hospitales*. McGraw Hill Interamericana Editores, México, 2000.
- Ots, J. M., *El Estado español en las Indias*. FCE, México, 1941.
- Parodi, B., Las boticas. (La farmacia). En *Medicina Novohispana. Siglo XVIII. Tomo IV*. Rodríguez, M. E. y Martínez, X. (coord.). Academia Nacional de Medicina; Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, pp: 325-334.
- Patersson, D., Bacillary dysentery. En *The Cambridge historical dictionary of disease*. Kiple, Kenneth F. (Editor). Cambridge University Press, 2003, pp.: 43-44
- Pescador, J., *De bautizados a fieles difuntos*. El Colegio de México, 1992.



- Pérez Tamayo, R., *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo II. Facultad de Medicina, UNAM; Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; Fondo de Cultura Económica. México, 1988.
- _____. *De la magia primitiva a la medicina moderna*. Colección “La Ciencia para todos” Núm. 154. FCE, México, 1997, pp.: 77-110.
- Quesada, E. Instituciones educativas novohispanas. En *La muy noble y leal Ciudad de México. Ensayos sobre la Ciudad de México*. Tomo II. CNCA, México, 1994, pp.: 129-142.
- Quesada, F., *Hospitales*. McGraw Hill, México, 2000.
- Quezada, N., *Enfermedad y maleficio*. UNAM, México, 2000.
- Quiroz, E., Del mercado a la cocina. La alimentación en la Ciudad de México. En *Historia de la vida cotidiana en México*. Tomo III. Aizpuru, P. (Coord). Fondo de Cultura Económica El Colegio de México, 2005, pp.: 17- 44.
- Rabell, C., *La población novohispana a la luz de los registros parroquiales*. UNAM, México, 1999.
- Ramos, M., La Iglesia y la Ciudad de México en el virreinato. En *La muy noble y leal Ciudad de México. Ensayos sobre la Ciudad de México*. Tomo II. CNCA, México, 1994, pp.: 111-127.
- Real Academia Española, *Diccionario de autoridades*. 3 tomos edición facsimilar de 1732. Editorial Gredos, Madrid, 1963.
- Riva Palacio, V., *Ensayos históricos*. CONACULTA-UNAM, México, 1997.
- Rivera, A., *Principios críticos sobre el virreinato de la Nueva España*. SEP, México, 1988, pp.: 41-49.
- Román, J. A. y Rodríguez, M., Las patologías dentales en individuos localizados en ofrendas a los dioses de la lluvia. En *El cuerpo humano y su tratamiento mortuario*. Malvido, E., Pereira, G. y Tiesler, V. (Coord). INAH; México, 1997, pp.: 213-240.
- Rodríguez, M. A., *Usos y costumbres funerarias en la Nueva España*. El Colegio de Michoacán. El Colegio Mexiquense, 2001.
- Rodríguez, M. E., *Contaminación e insalubridad en la Ciudad de México en el siglo XVIII*. Facultad de Medicina, UNAM, México, 2000.
- _____. 2001a Las juntas de sanidad en la Nueva España. Siglos XVIII y XIX. En *La Revista de Investigación Clínica*. Vol. 53. Núm. 3.
- _____. 2001b Reglamentación e higiene. (Política sanitaria). En *Medicina Novohispana. Siglo XVIII. Tomo IV*. Rodríguez, M. E. y Martínez, X. (coord.). Academia Nacional de Medicina; Facultad de Medicina. Universidad Na-



- cional Autónoma de México. pp: 345-350.
- _____. 2002 Recursos preventivos y curativos contra la viruela en México a finales del siglo XVIII. En *Biological and medical sciences*. Vol. XI. Buican, D. y Thieffry, D. (edit) Brepols, Furnheut.
- _____. 2006a Hospitales medievales y novohispanos. Algunas similitudes. En *LABORAT-acta*. Vol. 18. núm. 2.
- _____. 2006b Un espacio para la atención del indígena. El Hospital Real de Naturales. En *Pensamiento novohispano*. Núm. 7. Esquivel, N. (Comp), Toluca.
- _____. 2008 *La Escuela Nacional de Medicina 1833- 1910*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez-Sala, M. L. , *El Hospital Real de los Naturales, sus administradores y sus cirujanos (1531-1764), ¿miembros de un estamento profesional o de una comunidad científica?* Serie Los cirujanos en la Nueva España (III) Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, 2005.
- Romero, A. y Ramírez, J., La atención médica en el Hospital Real de Naturales. En *Cirugía y cirujanos*. Vol. 71. Núm. 6, 2003.
- Rubial, A., La sociedad novohispana de la Ciudad de México. En *La muy noble y leal Ciudad de México. Ensayos sobre la Ciudad de México*. Tomo II. CNCA, México, 1994, pp.: 67-84.
- _____. 2005 *Monjas, cortesanos y plebeyos. La vida cotidiana en tiempos de Sor Juana*. Taurus Aguilar, México.
- Ruiz Cortines, A.; Amor, R.; Batrens, M.; Granillo, R y Monjaraz, J., *Sinonimias populares de las enfermedades*. Revista del bloque nacional de médicos, México, 1954.
- Ruiz, J. C. y Román, A., Salud y enfermedad en la ciudad de nuestra señora de los Zacatecas. En *Medicina Novohispana. Siglo XVIII. Tomo IV*. Rodríguez, M. E. y Martínez, X. (coord.). Academia Nacional de Medicina; Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, pp: 3251- 264.
- Rosen, G., *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI Editores, México, 1985.
- San Martín, H., *Salud y enfermedad*. La prensa médica mexicana, México, 1981.
- San Isidoro de Sevilla. *Etimologías*. Libro IV De Medicina. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1951, pp.: 99-110.
- Sedano, F., *Noticias de México. Crónicas del siglo XVI al XVIII* (Original de 1880). Colección metropolitana; tres tomos. Secretaria de Obras y servicios. Departamento del Distrito Federal, México, 1974.



- Schifter, L., *Medicina, minería e inquisición en la Nueva España*. Universidad Autónoma Metropolitana, 2002.
- Sigerist, H., *Civilización y enfermedad*. Fondo de Cultura Económica, México, 1946.
- Smith, M., Archival research in physical anthropology. En *Human biologist in the archives. Demography, health, nutrition and genetics in historical populations*. Swedlung, A. y Herring, A. (Ed). Cambridge University Press UK, 2003,: 311-335.
- Sonn, M., Garza, I. y López, D., *Evidencias de endodoncia en poblaciones prehispánicas de Morelos*. En *Memoria del 4° Congreso del Centro INAH Morelos*. Colección científica (499) INAH, México, 1999.
- Soustelle, J., *La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la conquista*. Fondo de Cultura Económica, México, 1970.
- Storey, R., Counting the dead for paleoepidemiological purposes. Its application to prehispanic populations. En *Memoria del VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Biológica*. Hernández, P.; Serrano, C. y Ortiz, F. (Coord). Colección científica Núm. 507, INAH, México, 2006, pp.: 29-38.
- Swedlung, A. y Herring, A., Human biologist in the archives, demography, health, nutrition and genetics in historical populations. En *Human biologist in the archives. Demography, health, nutrition and genetics in historical populations*. Swedlung, A. y Herring, A. (Ed). Cambridge University Press : 1-1, 2003.
- Tanck, D., *Atlas ilustrado de los pueblos de indios. Nueva España 1800*. El Colegio de México, Fomento Cultural Banamex, México, 2005^a.
- _____. Muerte precoz. Los niños en el siglo XVIII. En *Historia de la vida cotidiana en México*. Tomo III. Aizpuru, P. (Coord). Fondo de Cultura Económica El Colegio de México, 2005b pp.: 213-245.
- Taylor, W. B., "...de corazón pequeño y ánimo apocado". Conceptos de los curas párrocos sobre los indios en la Nueva España del siglo XVIII. En *Entre el proceso global y el conocimiento local. Ensayos sobre el Estado, la sociedad y la cultura en el México del siglo XVIII*. UAM, Porrúa ediciones, México, 2003, pp.: 261-318.
- Terán, M., Gobiernos indígenas en los pueblos michoacanos al final de la Colonia (1786-1810). Una diversidad. En *Gobierno y economía en los pueblos indios del México colonial*. González-Hermosillo, F. (Coord). INAH, México, 2001, pp.: 213-231.
- Timio, M., *Clases sociales y enfermedad*. Editorial Nueva imagen, México, 1979.
- Torales, M. C., El Cabildo de la Ciudad de México. En *La muy noble y leal Ciu-*



- dad de México. Ensayos sobre la Ciudad de México.* Tomo II. CNCA, México, 1994, pp.: 87-108.
- Torres, G., *México hacia el fin del virreinato español.* CONACULTA, México, 1990.
- Tostado, M., *El álbum de la mujer.* Vol. II. Época colonial. INAH, México, 1991.
- Tlabulsee, E., *Historia de la ciencia en México. (Versión abreviada).* Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; Fondo de Cultura Económica, México, 1994.
- Uchmany, E. A., El mestizaje en el siglo XVI novohispano. En *Historia Mexicana.* Vol. XXXVII. Núm.1. Centro de Estudios Históricos del Colegio de México, México, 1987, pp: 29-47.
- Vargas, L. A., Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. En *Gaceta Médica de México.* Vol. 127, núm. 1., 1991.
- 2000 Las raíces históricas de la desnutrición en México. Trabajo presentado en la *Segunda conferencia Dr. Rafael Ramos Galván. La desnutrición infantil en México, pasado, presente y futuro.* Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Noviembre 2000
- 2006 Antropología y medicina. Una contribución para conciliar un doble recorrido. En *Thule, revista italiana di studi americanistici.* Núm 20/21. pp.: 77-87.
- Vargas, L. A. Campos, R y Casillas, L., *La atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas.* Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina. 13 (1): 21-26, 2010.
- Vargas, L. A. y Casillas, L., La alimentación en México durante los primeros años de la Colonia. En *Medicina novohispana siglo XVI.* Tomo II. Aguirre Beltrán, G. (Coord). Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1996, pp.:78-90.
- 2003 El encuentro de dos cocinas: México en el siglo XVI. En *Conquista y comida. Consecuencias del encuentro de dos mundos.* Long, J. (Coord). Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México. pp.: 155- 168
- Vargasluogo, E. et. al., Imágenes de los naturales en el arte de la Nueva España. Siglos XVI al XVIII. Fomento Cultural Banamex, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
- Venegas, C., *Régimen hospitalario para indios en la Nueva España.* INAH, México, 1973.
- Vigarelló, G., *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la edad media hasta nuestros días.* Abada Editores, Madrid, 2006.

- Viesca, C., La práctica médica oficial. (La práctica médica). En *Medicina Novohispana. Siglo XVIII. Tomo IV*. Rodríguez, M. E. y Martínez, X. (coord.). Academia Nacional de Medicina; Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, pp: 195-200.
- _____. 2008 *Medicina virreinal*. Secretaría de Salud. México.
- Villaroel, H., *Enfermedades políticas que padece la capital de esta Nueva España*. CONACULTA, México, 1994.
- Viqueira, J. P., *¿Relajados o reprimidos? Diversiones públicas y vida social en la Ciudad de México durante el Siglo de las Luces*. FCE. México, 1987.
- Viveros, G., *Hipocratismo en México Siglo XVI*. UNAM, México, 1994.
- Watts, S., *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Editorial Andrés Bello S. A. Barcelona, 2000.
- Zavala, S., *El servicio personal de los indios en la Nueva España 170-1821*. Tomo VII. El Colegio de México/ El Colegio Nacional, México, 1995.
- Zedillo, A., *Hospital Real de Naturales. Guía documental*. Cuadernos de la biblioteca. Serie de manuscritos no. 8. INAH, México, 1980.
- 1984 *Historia de un Hospital. El Hospital Real de Naturales*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Diagnóstico diferencial y glosario de enfermedades

Advertencia: El siguiente ensayo se construyó a partir de los textos abajo mencionados. Considero que a pesar de ser un buen intento, encontré serias limitaciones, ya que las fuentes dedicadas a la terminología de los problemas de salud para la época de estudio son significativamente escasas, lo que dificulta y me orilló a considerar textos modernos como apoyo adicional. Para cada entrada se tienen diversas referencias de los textos que refieren a un posible término. Estimo que debemos ser cuidadosos en utilizar como concepto último cada una de las terminaciones.

Fuentes

Campos, Roberto (Campos).
Diccionario Médico Salvat (DMS).
Juan de Esteyneffer (JE).
López de Hinojosos (LH).
Luis Basto Girón (LBG).
Diccionario Encarta (DE).
Sinonimias populares de las enfermedades en México (SP) Ruiz Cortines.
San Isidoro de Sevilla (SIS).
Diccionario de Autoridades (DA).



- Absceso.** El bulto o tumor que se hace en alguna parte del cuerpo por haberse juntado en ella mucha porción de humor que impide la circulación de la sangre que detenida se corrompe. Es palabra latina y equivale a apostema. (DA).
- Aborto.** Mal parto y cosa nacida fuera de tiempo (DA). Pérdida del producto de la concepción antes de que éste sea viable. (DMS).
- Afónica.** (Afonía) Pérdida o disminución de la voz por causa local (DMS). También se le llama Branco (SIS).
- Agudo.** Dolor y pena grande vehemente. Que tiene un curso breve y ordinariamente grave (DMS). Las enfermedades agudas son las que matan pronto o pasan enseguida (SIS).
- Ahogado.** Quitar la vida a otro apretándole la garganta o impidiéndole la respiración (DA). Acción y efecto de o ahogarse. Asfixia por sumersión. Opresión respiratoria. (DMS). Asma (SIS).
- Almorranas.** Hemorroides. Inflamación de las venas del trasero que produce mucho dolor y suele prorrumpir en evacuación de alguna sangre de ellas mismas (DA). Tumores vasculares producidos por la dilatación de las últimas raíces de las venas hemorroidales, pueden ser externas o internas según se hallen por debajo o por encima del esfínter externo del ano; en ocasiones sangran (DMS). Almorranas o enfermedad del sieso (ano) (JE). Ragades. Además, Almorrana es una palabra derivada de morana cuyo significado es higo y cuya diagnóstico es peste pulmonar (SIS).
- Anasarca.** (Anasarcia) Acumulación de líquido en los tejidos orgánicos (DMS). Hidropesía (JE). Obesidad (SIS).
- Angina.** Esquinencia o inflamación de la garganta, que embaraza al tragar y ahoga que por otro nombre se llama garrotillo (DA). En general, inflamación del istmo de las fauces. Cualquier síndrome caracterizado por sofocación espasmódica (DMS). Esquinancia, Dolor al respirar. Respiración cerrada. Garrotillo (JE).
- Angurria.** (Cistitis, SP). Inflamación de una vejiga, principalmente la urinaria (DMS).
- Ano.** Sieso (JE). Extremo periférico y abertura del recto (DMS). Posiblemente se refiera a un caso proctológico.



Anomas. No se encontraron referencias.

Apático. (Apatía) Falta de sentimiento o emoción. Impasibilidad o indiferencia afectiva (DMS).

Apoplejía. (Apopléjico). El pasmo y estupor de los nervios en todo el cuerpo con privación de los sentidos y movimientos (DA). Suspensión brusca y más o menos completa de todas las funciones cerebrales con pérdida súbita del conocimiento y motilidad voluntaria y conservación de la circulación y respiración, producido por diversas causas principalmente por embolia y hemorragia cerebral (DMS). Insulto.

Apostema. Es un humor acre que se encierra en alguna parte del cuerpo y poco a poco se va condensando entre dos membranas y después se va extendiendo y cría copia de materiales. Absceso. (DA).

Arenom. No se encontraron referencias.

Ascitis. (Hidropesía) Acumulación de líquido seroso en el abdomen (DMS).

Asma. Enfermedad de pecho que consiste en la dificultad de respirar (DA). Enfermedad caracterizada por ataques de disnea espiratoria de duración variable con sibilancias y sensación de constricción debida a espasmo bronquial. (DMS).

Augio. No se encontraron referencias.

Avitis. No se encontraron referencias.

Bilis. Sustancia líquida, viscosa, amarillo verdosa, de sabor amargo y reacción alcalina. Es secretada por el hígado y vertida en el intestino por las vías biliares. Emulsiona las grasas y evita la putrefacción intestinal. (DMS).

Bisosa. (Bisoja) La persona que por vicio o por debilidad de los ojos mira atravesando la vista y ven duplicados los objetos (DA).

Bubas sica. Nombre vulgar de las pústulas. Mal venéreo (DMS).

Bubas venéreas. Enfermedad bien conocida, llamada mal gálico o francés por darse en el comercio ilícito con las mujeres. Tumor preternatural y en especial en las ingles (DA). Nombre vulgar de las pústulas. Mal venéreo (DMS).

Bubon. Aumento de las bubas. Tumor grueso formado de materia dañina (DA). Tumefacción inflamatoria de un ganglio linfático, particularmente de la ingle. (DMS). Encordio (JE)



Canóptica. No se encontraron referencias.

Carbunco. (Carbúnculo) Tumor o apostema que se hace y causa de estar en la sangre sumamente quemada, gruesa y podrida y arde como si fuera lumbre (DA). Zoonosis, especialmente del ganado vacuno y ovino transmisible al hombre cuyo agente causal es el *Bacillus anthracis*. El carbunco cutáneo (pústula maligna) comienza con una pápula que se convierte en flictena sobre una base edematosa y dura que se extiende progresivamente. El proceso local gangrenoso crece en profundidad y pueden aparecer síntomas de infección general grave. Existe una forma pulmonar (carbuncosis pulmonar) que evoluciona como una bronconeumonía grave y una forma intestinal (carbuncosis intestinal) que evoluciona como una gastroenteritis grave (DMS).

Cefálico. Relativo a la cabeza o al cerebro (DMS).

Chachéctico. *Kachetica* o *caquexia*. Constitución débil del cuerpo y el alma debido a falta de alimentos, larga convalecencia (SIS).

Ciego. (Ceguera). Privado de vista como aquel que nació sin ella o la perdió por accidente o enfermedad. También se aplica a los irracionales (DA). Privación de la vista. (DMS).

Cólera. Humor cálido, seco y amargo que imita al color amarillo. Es uno de los cuatro que residen en el cuerpo humano. Según la parte donde se encuentre causa enfermedad y vómito. La locución latina corresponde a bilis (DA). Enfermedad aguda grave caracterizada por vómitos repetidos y deposiciones numerosas, calambres y oliguria. Es producida por *Vibrio cholerae* (DMS).

Cólico. Enfermedad del intestino que con ventosidad o con humor colérico se altera o se tuerce (DA). Dolor abdominal agudo, especialmente el ocasionado por las contracciones espasmódicas de los órganos de fibra lisa (DMS). Cólica, enfermedad de frialdad o calenturas con vómitos y flatos (JE).

Condiloma. Excrescencia semejante a una verruga, cerca del ano, vulva, prepucio, se presenta principalmente en la sífilis secundaria. (DMS).

Constipación. Cerramiento de los poros que impide la traspiración (DA). Estreñimiento (DMS).



Contusión. Golpe dado en el cuerpo que no saca sangre, vulgarmente se llama magullamiento (DA). Lesión traumática producida en los tejidos vivos por el choque violento contra un cuerpo obtuso, sin solución de continuación en la piel (contusión simple) o sin ella (herida por contusión (DMS).

Crónico. Prolongado por mucho tiempo. Opuesto a agudo (DMS).

Demente. (Demencia). Locura, falta de juicio y razón (DA). Estado mental caracterizado por una pérdida de funciones psíquicas (memoria, capacidad de juicio, lenguaje) y manipulativas (apraxia), de naturaleza biológica (envejecimiento) o patológica (degeneración, trastornos vasculares, etc.). (DMS).

Diarrea. Flujo de vientre de varios humores, pero siempre líquidos que proviene de la irritación y coartación de las fibras y glándulas intestinales de cuyo tejido y poros brotan los humores (DA). Evacuación intestinal frecuente, líquida y abundante (DMS). Curso (JE).

Disentería. Enfermedad aguda específica, epidémica muy frecuente en los trópicos, caracterizada por lesiones inflamatorias, ulcerosas y gangrenosas del intestino grueso y porción inferior del íleon con evacuaciones frecuentes de evacuaciones mucosas y sanguinolentas, dolores, tenesmo y grave estado general (DMS).

Dislocación. Separación de alguna cosa del lugar natural y propio de alguna cosa, lo que se dice frecuentemente de los huesos (DA). Luxación. (DMS)

Dolor. Es una acción viciada y triste sensación, causada en las partes sensitivas por objetos que dañan y molestan a los sentidos externos. Su causa es un material sensible dentro o fuera del cuerpo. Hay ciertas enfermedades que no tienen nombre castellano y se aplica para el lugar afectado (DA). Impresión penosa experimentada por un órgano o parte que es transmitida al cerebro por los nervios sensitivos (DMS).

Edema. Tumor preternatural, blando y con poco calor, producido por la obstrucción de los vasos linfáticos (DA). Acumulación de líquido seroalbuminoso en el tejido celular debida a diferentes causas: dis-



minución de la presión osmótica del plasma por reducción de proteínas. En ocasiones aparece como una postula maligna (DMS).

Efervescencia. Hervor de la sangre. Agitación, ardor, acaloramiento de los ánimos. (DE).

Elefancia. Enfermedad crónica caracterizada por la inflamación y obstrucción en los vasos linfáticos con hipertrofia de la piel que alcanza en ocasiones proporciones enormes, principalmente en las extremidades inferiores, escroto, vasos y mamas (DMS); ELEFANTIASIS. Lepra (JE).

Empacho. También es ahito, jaito, repleto. Lo que se dice del vientre o estómago que padece indigestión o peso en el estómago (DA). Enfermedad gastrointestinal acompañada de vómito, diarrea y fiebre (Campos).

Encarnación. (Encarnamiento). Limpiar la carne para quitar la materia de las llagas a fin de que purificadas y limpias críen carne y quedar del todo sanas (DA). Desarrollo de mamelones o granulaciones en las heridas y úlceras en vías de cicatrización (DMS).

Enema. Inyección de líquido en el recto. En ocasiones se administra para vaciar el intestino (DMS).

Enfisema. Estado de un tejido distendido por gases, especialmente la presencia de aire en el tejido celular subcutáneo o pulmonar (DMS).

Espasmódica. (Espasmo). Contracción y encogimiento de nervios que se dice pasmo. Se presenta en el dolor de costado y de pecho (DA). Contracción involuntaria persistente de un músculo o grupo muscular (DMS).

Epilepsia. Enfermedad que se llama *gota coral*, por ser como una gota que cae en el corazón (DA). Afección crónica, de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales asociada con diversas manifestaciones clínicas. *Enfermedad sagrada* (DMS).

Erisipela. Enfermedad aguda, febril y eruptiva causada por el *Streptococcus pyogenes* y caracterizada por síntomas generales y la erupción de placas rojas limitadas por un reborde perceptible por la vista y el tacto (DMS).



Escabía. (Escabies) Sarna. Conjunto de lesiones cutáneas con reacción pruriginosa determinadas por el parásito *Sarcoptes escabei* (DMS).

Escorbuto. Enfermedad causada por obstrucción del bazo que impide la atracción del humor melancólico, el cual mezclado con la sangre daña y corrompe el cuerpo, especialmente falta a las encías y las infecciosa y vicia de calidad que los dientes se caen (DA). Acción carencial por falta o insuficiencia de vitamina C; caracterizada por depresión nerviosa, tumefacción gingival, petequias y equimosis subepidérmicas que pueden ulcerarse, dolores articulares y anemia (DMS). Mal de Loanda (JE).

Escrófula. Linfadenitis tuberculosa cervical (DMS). Estruma, lamparones. Tumores en donde las partes glandulosas se endurecen (JE).

Espasmo. Contracción involuntaria persistente de un músculo o grupo muscular (DMS). Tétanos (JE). Mal del arco (SP).

Espermático. Lo que pertenece al esperma. Además de esto restringen el vientre, embotan los apetitos venéreos y detienen el flujo espermático (DA).

Esplénica. Relativo al Bazo (DMS). Lienosis (SIS).

Etico. (Raquitismo; SP).

Fiebre. Lo mismo que calentura (DA). Síndrome complejo integrado por hipertermia, taquicardia, taquipnea, estado saburral, quebrantamiento e intranquilidad o estupor (DMS). El termino fiebre también fue aplicado para el tifo o tifus y la malaria. En Europa se llamó terciones, cuartanas (SIS).

Fístula. Llagas angostas, hondas y callosas que no llega a cerrar y va siempre purgando, la cual suele proceder de contusiones o apostemas (DA). Trayecto patológico, consecutivo generalmente a un proceso de ulceración, que comunica el foco patológico con un órgano o estructura, interno o externo por el que sale pus o un líquido normal (DMS).

Fisura. Cisura, hendidura, regadía o surco superficial, normal o patológico. Se asocia en algunas ocasiones con úlceras. (DMS).

Flogosis. Tlogosis.

Flujo. Disentería (SP). Cámaras o diarrea (DA).



- Fractura.** Rompimiento de hueso hecho con alguna violencia (DA). Solución de continuidad en un hueso producida traumática o espontáneamente. (DMS).
- Frenético.** (Frenesí). Especie de locura, delirio acompañado de calentura. Causado por las membranas del cerebro (DA). Agitación maníaca violenta, delirio furioso (DMS). Desvarios (JE).
- Fríos.** También es un sentimiento frío que padecen los miembros y músculos cuando quiere entrar la calentura (DA). Fiebre recurrente (SP).
- Galopina.** (Galopante) Se dice de las formas patológicas de evolución rápida y maligna (tuberculosis, sífilis, parálisis general) (DMS).
- Gangrena.** Principio de corrupción en las partes carnosas que las va mortificando y quitando la sensación (DA). Muerte local, necrosis de una parte del cuerpo por causas físicas químicas, circulatorias, nerviosas, tóxicas o infecciosas (DMS).
- Gangrena seca.** Muerte local, necrosis de una parte del cuerpo por causas físicas químicas, circulatorias, nerviosas, tóxicas o infecciosas. Caracterizada por el enrojecimiento y desecación de los tejidos (DMS).
- Golondrino.** Inflamación de las glándulas sudoríparas de la axila (DMS).
- Gonorrea.** Enfermedad grave que consiste en el flujo involuntario del semen (DA). (Blenorrea o blenorragia). Flujo mucoso. Inflamación catarral venérea de la mucosa genital debida al gonococo (DMS).
- Gota.** Se toma por el humor grueso y crudo que arroja la naturaleza a las extremidades del cuerpo y se fija en las articulaciones de manos y pies y causa en ellos hinchazón y dolor y embaraza el movimiento (DA). Estado morboso constitucional, distrófico, agudo o crónico, caracterizado por exceso de ácido úrico y uratos en la sangre y por ataques inflamatorios dolorosos, generalmente nocturnos, en las articulaciones del dedo gordo, en particular, con formación de depósitos uráticos (tofós) (DMS).
- Gota coral.** Enfermedad que consiste en una convulsión de todo el cuerpo y un recogimiento o atracción de los nervios con lesión del entendimiento y de los sentidos que hace que el doliente caiga de repente. Procede de abundancia de los humores flemáticos



corruptos que hinchando súbitamente los ventrículos anteriores del cerebro y recogién dose éste para expelerlos atrae hacia sí los nervios y los músculos quedando el doliente como muerto (DA). *Morbos comitialis* o *morbos caducus*. En los niños se llama epilepsia o alferecía (JE).

Gota serena. Privación total de la vista, sin señal exterior ni lesión sensible en los ojos que procede de la falta de comunicación de los espíritus visuales por estar los miembros visuales obstruidos interiormente o por estar relajados con el humor que poco a poco o de improviso se embebió en ellos (DA). (Amaurosis). Ceguera, especialmente la que ocurre sin lesión aparente en el ojo (DMS).

Granos. Son cierta especie de tumorcillo que hace materia y sale en alguna parte del cuerpo dividido en pequeñas ampollas (DA). Eminencia cutánea circunscrita, vesiculosa y papulosa (DMS); Forúnculo (SP). Divieso. Tumor duro y pequeño con inflamación y dolor (JE).

Gutural. Cosa propia o perteneciente a la garganta (DA). Relacionado con la garganta (DMS).

Hemipléjico. (Hemiplejía). Parálisis de un lado del cuerpo (DMS).

Hemoptisis. Expectoración de sangre (DMS). Haima (SIS).

Hemorragia. Salida más o menos copiosas de sangre de los vasos por su rotura accidental o espontánea (DMS).

Hencordios. (Incordios; SP). Tumor que se congela y forma en las ingles procedido regularmente de humor gálico. Derivase de *cuerta*. Algunos le llaman *Bubo* (DA). Adenitis inguinal. Bubón (JE).

Hepático. Estado morbosos debido a una afección del hígado (DMS).

Hepatitis. Inflamación crónica o aguda del hígado debida a diversos factores (virus, fármacos, etc.) (DMS).

Herida. Solución de continuidad en las partes blandas. Lesión cualquiera producida por una violencia exterior; traumatismo (DMS).

Hernia. Tumor formado por la salida o dislocación de un órgano o parte de éste a través de una abertura natural o accidental (DMS).

Herpes. Cierta género de inflamación del cuero, con llagas y postillas muy pequeñas y amarillas, la cual se conoce el ardor. Hay dos tipos de herpes uno llamado *Miliar* que cunde y se extiende por el cuero



haciendo unas vejiguillas como granos de mijo. El otro se llama *Excedente* o corrosivo porque hace llaga en el cuero de más adentro (DA). Afección inflamatoria de la piel caracterizada por la aparición de pequeñas vesículas transparentes reunidas en grupos rodeados de una aureola roja (DMS).

Hidrofobia. Aversión morbosa al agua y a los líquidos en general. Rabia. (DMS).

Hidropesía. Acumulación de líquido seroso trasudado en una cavidad o en el tejido celular.

Hipo. Movimiento convulsivo del diafragma, por el cual retirándole este músculo impetuosamente arroja o impele al mismo tiempo las partes que están por debajo formando un ruido a modo de regüeldo (DA). Espasmo súbito del diafragma y de la glotis con sacudida de las cavidades torácica y abdominal y sonido agudo inspiratorio (DMS). El hipo es un movimiento depravado del ventrículo para expeler lo que es nocivo. Hay dos tipos de hipo. Hipo de inanición.- Hipo con flujo de sangre o de grandes evacuaciones o calenturas. Son peligrosos. Hipo de repleción.- Son aquellos que se originan por comidas, bebidas o de frío, aunque son molestos no son peligrosos (JE). Sollozo (LH).

Histeria. Neurosis que presenta diversas formas clínicas, aunque habitualmente se diferencian en dos: *histeria de conversión* en la que el conflicto psíquico se expresa por medio de múltiples síntomas físicos (parálisis, anestias, etc.), y la histeria de angustia cuyo síntoma es la fobia, que es la expresión del desplazamiento de la angustia sobre un objeto extraño (DMS).

Infarto. Porción de parénquima privada súbitamente de circulación sanguínea por obstrucción de vasos arteriales o venosos y conjunto de fenómenos morbosos consecutivos. En el caso *cardíaco*, es debido a la obstrucción coronaria aguda por trombosis y embolia (DMS).

Infección. El mal efecto a daño que causa la cualidad venenosa, peste o contagio (DA). Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos, acción morbosa de éstos y reacción orgánica consecutiva (DMS).



Inflamación. Es un tumor preternatural originado en la sangre que por el color bermejo y el demasiado calor se llama así (DA). Conjunto de fenómenos reaccionales que se producen en el punto irritado por un agente patógeno; se caracteriza por cuatro síntomas cardinales: tumos, rubor, calor y dolor (DMS).

Insolación. Fiebre térmica; efecto producido en el organismo por la exposición a los rayos solares o al calor excesivo que puede producir vértigo, cefalalgia, delirio y coma (DMS).

Insulto. Hemorragia cerebral (SP). Hemipléjico.

Intasmarico. No se encontraron referencias.

Intermitente. Calentura intermitente. Serie de fríos y calor. Calosfríos (JE). Lo que se interrumpe y vuelve a proseguir (DA).

Irritación. No se encontraron referencias.

Isisura. (Iscuria) Retención o supresión de orina (DMS).

Labio leporino. Fisura congénita, especialmente del labio superior. Puede ser simple o *doble* según afecte uno o ambos lados y *complejo* si la hendidura comprende partes óseas (DMS).

Landriso. (Landre) Especie de tumor de la forma y tamaño de una bellota que se hace en los sobacos y en las ingles y suele ser muy de ordinario de esta enfermedad en la garganta y ahogar con brevedad al paciente (DA). Probablemente se trate de *Landres*, antigua denominación española para peste (SIS).

Llagas. (Úlcera). Solución de continuidad en la parte carnosa. Hay muchas especies de llagas, las cuales se distinguen por los adjetivos que se les añaden: llagas corrosiva, virulenta, sórdida, fistulosa, cavernosa. Se le da el nombre latino de plaga (DA). Solución de continuidad con pérdida de sustancia debida a un proceso necrótico, de escasa o nula tendencia a la cicatrización (DMS).

Lombrices. Parasitosis interna debida a gusanos intestinales principalmente ascáridos.

Luxación. Dislocación permanente de una parte, especialmente en las superficies articulares óseas debido, principalmente a un traumatismo (DMS).

Mal gálico. Sífilis (SP)



- Maniaco.** (Manía). Enfermedad de la fantasía que la altera y desordena, fijándola en una especie de sin razón ni fundamento (DA). Síndrome sicótico caracterizado por excitación psicomotriz, euforia patológica, hiperactividad e ideas de grandeza. Puede aparecer como trastorno aislado o como fase de la psicosis maniaco depresiva. (DMS).
- Melancolía.** Pituita fría. Se origina a partir del hambre canina o de perro (vómitos por comer en exceso). Es menester vaciar los intestinos a fin de evitar tenerlos llenos de humor melancólico (JE). Tristeza grande y permanente, procedida de humor melancólico que domina y hace que el que la padece no halle gusto ni diversión en cosa alguna (DA). Psicosis caracterizada por profunda depresión, dolor moral, inhibición psicomotriz e ideas delirantes de culpa, ruina, auto desprecio y condenación que pueden situar al sujeto en riesgo de suicidio (DMS).
- Miserere.** (miserere mei. (lat.) Antigua denominación de la *oclusión intestinal*). Termino general para los estados morbosos que resultan de la detención de las materias fecales en el intestino, debido a causas mecánicas y dinámicas (DMS). Mal de ijada. Se origina de las heces endurecidas, de numerosos y gruesos flatos o ventosidades y las tripas se revuelven atándose en forma de nudo (JE). Mal de ijada (litiasis renal o hepática) (SIS). Cólico volvo que consiste en anudar la tripa colon y obliga a echar el excremento por la boca y por la dificultad grave de su curación la llamaron así como recurriendo a Dios por el remedio (DA).
- Morbo.** (morbus. lat.) Significa enfermedad o lo que la provoca (DA). Relativo a la enfermedad o mal (DMS).
- Mordida.** Lesión producida por la acción de morder (DMS).
- Nefrítico.** Relativo a la nefritis, inflamación de o los riñones (DMS).
- Neurosis.** Termino que se refiere a las alteraciones o afecciones funcionales del psiquismo que se manifiestan con síntomas diversos y que no presentan desorganización importante de la personalidad (DMS).
- Obstrucción.** Cerrar y tapar los conductos del hombre o de los animales lo que hacen algunos humores e de forma que impiden el curso (DA). Acumulación o repleción de materias en un conducto (DMS).



Oftalmia. Nombre genérico de las afecciones inflamatorias del ojo, especialmente de la conjuntiva. Tracoma (DMS).

Panarizo. (Panadizo) Apostema que se hace regularmente en los dedos y causa bastante molestia y dolor hasta que revienta. Lllaman a la persona que tiene el color muy pálido y que anda continuamente enferma (DA). Inflamación flemonosa de los dedos (DMS). Uñero. Dolor, rubor, tumor e inflamación en las raíces de las uñas y hay algunos malignos y no malignos (JE).

Parafimosis. Constricción de la corona del glande por un anillo del prepucio fimótico que se ha retraído y no puede reponerse hacia delante (DMS).

Parálisis. Perlesía. Resolución o relajación de los nervios en que pierden su vigor y se impide su movimiento y sensación (DA). Pérdida del movimiento de una o varias partes del cuerpo (DMS). Perlesía, gran debilidad muscular (LH).

Paranoico. (Paranoia). Trastorno mental progresivo y crónico, psicosis que suele instalarse en sujetos de carácter paranoico y que se caracteriza por delirios sistematizados, donde predominan los mecanismos interpretativos e intuitivos, sin déficit marcado de las demás funciones psíquicas (DMS).

Paratimosis. No se encontraron referencias.

Parto. Conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida del claustro materno de un feto viable y sus anexos (DMS) Mal de mujer. Mal de madre (JE).

Pexenon. No se encontraron referencias.

Pletórico. (Encarnativo) Abundancia anormal de algún humor en el cuerpo (DA). Que promueve la formación de granulaciones (DMS).

Pleuritis. Pleuresía. La enfermedad que llaman *dolor de costado* (DA). Inflamación de la pleura, aguda, crónica y con derrame o sin él (seca). Se describen infinidad de formas según la naturaleza del líquido (serosa, purulenta, serofibrinosa, hemorrágica), la causa (reumática, cancerosa, gangrenosa, tuberculosa, estreptocócica, neumocócica), según la localización y extensión del proceso y según el estado del paciente (DMS).



Plusión. No se encontraron referencias.

Podagrico. (Podagra) Gota, La enfermedad de gota que da en los pies (DA).

Pólipo. Tumor blando, generalmente pediculado que se desarrolla en una mucosa a expensas de alguno de los elementos de ésta (DMS). Tumor en las narices, tiene sus raíces en las ternillas (huesos) y su forma se asemeja al animal llamado pulpo (JE).

Póstulas. (Pústulas) Pequeña elevación cutánea llena de pus (DMS).

Privado. Quitar o perder el sentido, como sucede con un golpe violento u olor sumamente vivo (DE).

Pujo. Disentería (SP). Tenesmus (JE). Enfermedad muy penosa que consiste en la gana continua de hacer cámara con gran dificultad de lograrlo, lo cual causa mucho dolor en el sieso (DA).

Pulmonía. (Neumonía). Enfermedad que consiste en inflamación del pulmón o tubérculo en él contenido (DA). Inflamación del tejido pulmonar (DMS).

Puntura. Herida que punza con aguijón, espina (DA). Herida producida por un instrumento punzante; picadura (DMS).

Purgación. Expeler los malos humores. También es la sangre que naturalmente evacuan las mujeres todos los meses. Asimismo, se le da este nombre a la materia o humor que se suele expeler por enfermedad por la vía de la orina, así en hombres y mujeres (DA). (Blenorragia). Flujo mucoso. Inflamación catarral venérea de la mucosa genital debida al gonococo (DMS). Gonorrea (JE).

Quemadura. Señal que hace llaga o ampolla que hace el fuego (DA). Lesión producida en los tejidos por el calor en sus diversas formas (DMS).

Raquitismo. Enfermedad del periodo de crecimiento, casi siempre debida a la falta de vitamina D, aunque puede ser causada también por diversas alteraciones del metabolismo del calcio y del fósforo. Se caracteriza por síntomas óseos (deformidad craneal, rosario costal, etc.), hipotonía muscular, malnutrición y tendencia a las infecciones (DMS). Ético.

Raro. Tienen semejantes hombres flojas las membranas del cerebro y por delgadas para recibir fantasías. Cuerpo dilatado y extendido (DA).



Relajación. Estado morbosos de lasitud extrema. Debilidad. (DMS); Hernia (SP).

Retención. Supresión (DA). Detención anormalmente prolongada en un lugar natural de producción y contención de materiales destinadas a ser expelida (bilis, orina) (DMS).

Reumas. (Rheuma) Fluxión o corrimiento que cae en alguna parte del cuerpo y origina intensos dolores (DA). (Reumatismo). Término con el que se designan diferentes estados patológicos del tejido conjuntivo cuyos síntomas son dolor y rigidez de alguna porción del aparato locomotor (DMS). El reumatismo se origina en el interior del cuerpo y proviene del hígado de los humores serosos o gruesos (JE).

Sarna. Enfermedad contagiosa que proviene de la efervescencia del humor y arroja al cutis una multitud de granos que causan gran picazón (DA). Conjunto de lesiones cutáneas con reacción pruriginosa determinadas por el parásito *Sarcoptes escabei* (DMS).

Semetus. No se encontraron referencias.

Sofocación. (Sufocar) Ahogar. Impedir el aliento o respiración (DA). Dificultad para respirar. Asfixia por obstrucción de las vías respiratorias (DMS).

Sordera. Privación del sentido del oído (DA). Privación completa o parcial del sentido del oído (DMS).

Supresión. (Supression) La obstrucción de las vías que impiden correr los líquidos, principalmente la orina (DA). Detención súbita de una secreción, excreción o flujo normal (DMS).

Supresión de orina. Detención súbita de orina (DMS). Retención de orina. Angurria. Iskuria (JE). Stranguria (SIS).

Tempánico. (Timpánico). Hidropesía (JE).

Tenesmo. Tenesmus (JE). Enfermedad o achaque procedido de una inflamación edematosa de excrementos endurecidos y pegados en el intestino recto que inútilmente se esfuerza la naturaleza por expelerlos. Se llama Puxo de sangre (DA). Deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar o defecar (tenesmo vesical o rectal, respectivamente), producido por un estado irritativo del cuello vesical o del ano o recto (DMS).



Timosis. No se encontraron referencias.

Tisis. (Ptisis) El *Hetico*. Enfermedad causada por tener alguna llaga en los pulmones o livianos, originada de humor acre y corrosivo y causa al paciente tos acompañada de calentura lenta que le va atenuando y consumiendo poco a poco (DA). Consunción general. Tuberculosis (DMS).

Tlacuacha. No se encontraron referencias.

Tlogosis. No se encontraron referencias.

Tos. Hacer fuerza y violencia que hace el pecho con la respiración para arrojar lo que le molesta (DA). Expulsión súbita, ruidosa, más o menos repetida y violenta de aire de los pulmones (DMS).

Tumor. Hinchazón o bulto que se cría en alguna parte del cuerpo (DA). Tumefacción o hinchazón morbosa. Neo formación de tejido en que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y que puede adquirir un carácter progresivo (DMS).

Úlcera. Llaga honda, causada por humor corrosivo (DA). Solución de continuidad con pérdida de sustancias debida a un proceso necrótico de escasa o nula cicatrización (DMS).

Uta(la). Llagas. (LBG) (Leishmaniasis). Afección que se caracteriza por ulceración de evolución tórpida y por lesiones mucosas (nariz y boca), que suelen ser deformantes (DMS).

Útero. Miembro interior membranoso y hueco de figura de pera donde se engendra el feto y se mantiene hasta el parto (DA). Matriz, órgano femenino de la generación, destinado a recibir el óvulo fecundado a conservar y nutrir al feto hasta la concepción (DMS).

Varicela. Enfermedad infecciosa febril, exantemática, a menudo epidémica, generalmente benigna, propia de la infancia, caracterizada por fiebre y erupción en grupos de pápulas que se convierten en vesículas que se secan sin supurar y no dejan cicatriz. La enfermedad dura una semana y no tiene ninguna relación, salvo su aspecto con la viruela. Es debida al virus *Herpesvirus varicellae*. Es conocido como *Viruelas locas* (DMS).



Varices. Vena dilatada e hinchada con la sangre que toma un color cárdeno y es enfermedad en ellas, Lo cual suele suceder en varias partes del cuerpo pero especialmente en las corvas y piernas (DA). Flebectasia. Dilatación permanente de una vena superficial o profunda (DMS).

Varso. No se encontraron referencias.

Vejez. Edad senil. Senectud, periodo de la vida humana cuyo comienzo se fija por la declinación de todas las facultades e involución orgánica (DMS). Mal de viejo. (SP).

Vena. No se encontraron referencias.

Venéreo. Lo que pertenece a Venus o al deleite sensual (DA). Relativo al acto sexual o producido por él (DMS).

Viruela. Grano Pequeño ponzoñoso que se eleva sobre el cutis haciendo una puntita, que se llana de un humor acre y corrosivo por lo que deja señal profunda (DA). Enfermedad infecciosa causada por un virus del género *Orthopoxvirus*, contagiosa y epidémica caracterizada por la erupción de papulovesículas que se convierten en pústulas y por fenómenos generales; después de un periodo de incubación de 9 a 12 días comienza por un escalofrío intenso, fiebre, vómitos, cefalalgia y dolor lumbar; periodo de involución de 3 a 4 días, seguido por el de erupción de pápulas rojas en el cuerpo coincidiendo con la remisión de fiebre. Las pápulas se trasforman en vesículas serosas que luego se umbilical y convierten en pústulas las cuales al secarse forman costras de olor repugnante peculiar que al caer dejan cacarañas persistentes (DMS).

Víscera. Entrañas (DA). Órgano contenido en una cavidad esplácnica, especialmente en la abdominal. (DMS) Tal vez se hable de esplacnoptosis⁵⁰

50 Caída de víscera.

Entre sanos y enfermos.

El proceso salud enfermedad atención

en el Hospital Real de Naturales: 1775-1802,

se diseñó en formato electrónico en la Dirección de Ediciones
y Publicaciones con el apoyo de la Imprenta Universitaria y la Dirección
de Tecnologías Web y Webometría de la Universidad Autónoma
del Estado de Hidalgo, en el mes de abril de 2022.

ISBN: 978-607-482-664-7

