



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS

ENTRE SANOS Y ENFERMOS.
UNA APROXIMACIÓN AL PROCESO BIOCULTURAL
SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN EN EL
HOSPITAL REAL DE NATURALES: 1775-1802.

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR EN ANTROPOLOGÍA
P R E S E N T A
DAVID LOPEZ ROMERO



CÓMITE TUTORAL
DRA. MARTHA EUGENIA RODRIGUEZ PEREZ
DR. LUIS ALBERTO VARGAS GUADARRAMA
DR. CARLOS SERRANO SÁNCHEZ

CIUDAD DE MÉXICO

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Las enfermedades son libros abiertos cuyas páginas le permiten al individuo o a la sociedad crear lenguajes nuevos. La mirada de quien padece es ilimitada: elabora fantasías, siente distinto, juzga de otra forma. A partir de la enfermedad se genera una música, una pintura o una literatura propias del dolor, del cuerpo y del alma herida... Mientras que los individuos sanos suelen preguntarse poco, los enfermos suelen ahondar en la vida.

ARNOLDO KRAUS

*A Jael y Mónica, mis inseparables
compañeras en la vida*

*A mis padres, Virginia y Guadalupe †
con amoroso respeto,*

*A Héctor †, hermano solidario
e incomprensido...*

*A Pedro Aragonez †, irrenunciable
servidor público y excelente compañero...*

AGRADECIMIENTOS

Toda investigación se nutre de muchas situaciones, en mi caso, hubo altibajos que pusieron en jaque mi constancia y temple, afortunadamente durante la elaboración de este trabajo hubo un sinnúmero de personas que intervinieron en él de manera directa e indirecta. Todos ellos merecen mi reconocimiento y agradecimiento.

En primer lugar mi tutora de tesis, la Dra. Martha Eugenia Rodríguez Pérez, la cual me apoyó en todo momento con libros, comentarios, trámites administrativos y puso en mí su confianza para llevar a buen termino esta investigación. De igual manera quiero hacer extensivo mi agradecimiento al Dr. Carlos Serrano Sánchez, que a lo largo de mi trayectoria como estudiante del Posgrado en Antropología ha tenido para conmigo un sinnúmero de atenciones, lo cual me lleva a considerarlo como un gran profesor y un gran amigo. Quiero hacer una mención especial para el Dr. Luis Alberto Vargas, del cual me considero heredero de su gran bagaje cultural pero sobretodo, el dr. Luis me ha mostrado su gran calidad humana que hace la perfecta armonía entre lo personal y lo académico además como el compromiso profesor alumno no termina en el aula.

También deseo expresar todo mi agradecimiento al Dr. Roberto Campos Navarro que desde el primer momento que le comenté acerca de la investigación aquí presentada, pasamos horas hablando de la misma con entusiasmo y me mostró con su sinceridad lo que debe contener todo trabajo.

Asimismo a la Dra. Alicia Bazarte con quien desde siempre se ha tornado dispuesta a apoyarme con comentarios y bibliografía de su amplio conocimiento del periodo virreinal mexicano.

Mi profundo agradeciendo al Archivo Histórico del Sagrario Metropolitano y a su titular, Monseñor Ernesto Reinoso, quien permitió adentrarme en la consulta de los materiales utilizados para la investigación. Así como a Martha y Rosalinda por poner a mi disposición un lugar con lo necesario y hacer más llevaderas mis actividades a pesar de la invasión a su plácido lugar de trabajo. En la parte de captura y paleografía recibí el valioso apoyo de Mariana Jiménez, Noemí Cadena y Aline Bustos, con su ayuda inicie la construcción de una gran base de datos.

Agradezco al Dr. Federico Sandoval quien me ayudó a realizar el diagnóstico diferencial y al Dr. Carlos Viesca, director de Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la UNAM pues a pesar de su abultada agenda de trabajo contribuyó siempre con acertados comentarios acerca de la investigación.

También debo reconocer a las instituciones de las cuales recibí los apoyos necesarios. La Universidad Nacional Autónoma de México de la que soy orgulloso alumno formado en sus aulas desde hace más de veinte años. También deseo destacar mi deuda con mis profesores a lo largo de mi formación.

De la misma forma, el CONACYT me otorgó una beca que solventó el trabajo en todas sus dimensiones.

Quiero manifestar mi agradecimiento al Posgrado en Antropología a través de su coordinadora la Dra. Cristina Oehmichen, así como a todos los miembros administrativos del mismo, en especial a la Lic. Luz María Téllez Nieto quien siempre se ha esmerado en que la atención sea oportuna para todos los alumnos.

Al Dr. Martín Castro, al Mtro. Ismael Aguillón, así como a la Mtra. Maribel Pimentel y a la T.S. Olivia Tello, compañeros de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, los cuales me distinguen con su amistad desde hace tiempo atrás, en especial quiero destacar mi aprecio por la T.S. Patricia Melo Zuviri.

A mis compañeros y amigos del posgrado quiero manifestarles mi gratitud, no sólo por compartir conmigo la formación y experiencia académica sino por las largas horas de charla sobre nuestros trabajos, mucho de esto orilló que de compañeros pasáramos a ser buenos amigos, los cuales son muy importantes para mi: Luis Fernando Nuñez, Miguel Ángel Paz, Alicia Juárez, Jaime Delgado, Francisco Martínez, Miguel Segundo, Rocío Durán, Jiapsi Arias, Arturo Gómez y Karin Galland.

A mis alumnos de la UAEH, los cuales con sus inquietudes permiten que siempre tenga que buscar la actualización y el dato que requieren.

También agradezco a todos aquellos que mi ingrata memoria no alcanza a recordar.

A todos y cada uno de ustedes, les agradezco su confianza y aquí está el resultado de un esfuerzo conjunto.

Índice general

	<i>Página</i>
Introducción	I
Capítulo I	
<i>Marco teórico</i>	
I.1 Del proceso salud-enfermedad-atención	1
I.2 El estudio de la salud y la enfermedad	2
I.3 De la salud a la enfermedad en la Antropología Física	3
I.3.1 Antecedentes de los estudios de salud y enfermedad dentro de la antropología física	11
I.4 Propuesta y diseño de investigación	12
I.4.1 Propuesta teórica de investigación	16
I.4.2 Diseño de investigación	26
I.5 Planteamiento del problema	27
I.6 Hipótesis	29
I.7 Objetivos	30
Capítulo II	
<i>El contexto histórico</i>	
II.1 La Nueva España	31
II.2 La sociedad colonial	41
Capítulo III	
<i>La población indígena</i>	
III.1 Los indígenas en el siglo XVIII	53
III.2 Trabajo y servicio de los indios	61
III.3 Vivienda de los indios	64
III.4 Alimentación	65
III.5 Reformas borbónicas	68
III.6 Instituciones políticas y de gobierno	70
III.7 Higiene pública	74
Capítulo IV	
<i>El conocimiento médico y su aplicación. Siglo XVIII</i>	
IV.1 La medicina en el siglo XVIII	84
IV.2 El conocimiento médico en la Nueva España	93
Capítulo V	
<i>El Hospital Real de Naturales</i>	
V. 1 Los hospitales	99
V.2 Los hospitales en Nueva España	103
V.3 El Hospital Real de Naturales	107

Capítulo VI

Resultados

VI.1 Materiales utilizados	127
VI.2 Técnicas utilizadas	132
VI.3 Estadísticos descriptivos	133
VI.4 Los problemas de salud	141
VI.5 La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)	153
VI.6 Mortalidad	165
VI.7 Prueba estadística	168

Discusión	172
------------------	-----

Conclusiones	195
---------------------	-----

Bibliografía	202
---------------------	-----

Anexos

Glosario de enfermedades	222
Ordenanzas del Hospital Real de Naturales 1776	243
Sitios de origen y vecindad	315

Introducción

La antropología física mexicana, ha desarrollado a través de su derrotero diversas áreas de investigación, de las cuales se han generado líneas de estudio arraigadas en la tradición académica. Una de ellas es el estudio de poblaciones antiguas a través de los restos óseos, conocida como osteología antropológica, la cual ha dirigido sus intereses particulares a abordar problemáticas relacionadas con salud, enfermedad, nutrición entre otras muchas temáticas más.

Sin embargo, aquellos que hemos abordado el estudio de poblaciones antiguas en no pocas ocasiones nos topamos con algunas limitaciones del orden administrativo, legal, de intereses académicos particulares e incluso con algo que resulta muy simple, el estado de conservación del material a estudiar así como su número. Por lo tanto ¿qué otras opciones tenemos para abordar problemas tan complejos para estudiar a las personas que nos antecedieron en el tiempo? Una de las posibles respuestas la encontramos en el presente trabajo. He realizado una investigación que analice las condiciones de salud en la población indígena hacia el fin del siglo XVIII y principio del XIX, a través de una serie de criterios del orden antropológico, pero a diferencia de otros trabajos realizados en la misma época o periodo, el presente trabajo propone realizarlo no con materiales óseos sino con materiales escritos de primera mano llamadas también fuentes escritas. Este tipo de estudios no son frecuentes en la antropología física, por lo que podemos considerar al aquí presente como pionero de esta perspectiva, sin embargo es importante señalar



que a partir de otras áreas como la historia, la medicina, la demografía y la sociología encontramos variadas obras que versan en la temática desarrollada.

Por lo tanto, mencionare que por sus características y necesidades propias del estudio, este trabajo presenta algunas limitaciones del orden técnico y teórico ya que estimo es sólo una aproximación a un proceso muy complejo.

El estudio se estructura dentro del periodo virreinal, lo cual nos permitirá acceder a innumerables títulos en todas las áreas de la vida de los pobladores de la ciudad de México durante la época referida.

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, confío 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.

En lo personal, considero que 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 ni uniforme ni aleatoriamente, por que están relacionadas con las distintas clases sociales que presentan diversas formas de enfermar y de morir, esto es, 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

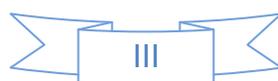


empíricamente más claro en la colectividad que en el individuo, a través de indicadores, tales como expectativa de vida, nutrición, etc. Los conceptos de salud y enfermedad son percibidos a través de un sistema cultural que modela las nociones de “sano” y “enfermo”. Tanto la salud y la enfermedad no existen en sí mismas en la naturaleza, sino que son *construcciones sociales*. El proceso salud enfermedad tiene un doble carácter: biológico y social. Donde los factores sociales predisponen a las enfermedades y problemas de salud y a su vez, éstos pueden afectar a los factores sociales. El proceso salud enfermedad 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 manejen. Han sido contruidos a partir de la historia misma de la humanidad. La medicina que estudia a la salud y la enfermedad tiene también su historia. Una historia que se genera de ninguna manera 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.

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.

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



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.

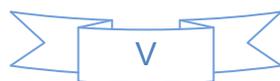
Ahora bien, en su momento surgió una pregunta flagelante ¿cómo realizar un análisis de antropología con materiales que generalmente son ajenos a ella?. Existía la posibilidad de apegarse a un estudio descriptivo que sólo nos acercará al panorama histórico de la etapa cronológica a estudiar, también podíamos 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. En cualquier caso, la forma metodológica tenía que ser aplicada con cuidado para evitar confusiones, por lo tanto lo que llevamos a cabo 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.

A partir de lo anterior fue posible dividir el trabajo en un primer capítulo que presenta las generalidades del tema y así como los antecedentes propios y el planteamiento teórico que seguimos. En el segundo capítulo presentamos las características generales de la sociedad novohispana; en el tercer capítulo desarrollamos la forma de vida de los indígenas. En el cuarto capítulo damos cuenta de la situación de la medicina y su aplicación en la Nueva España. En el quinto capítulo desarrollamos una panorámica del Hospital Real de Naturales y en el sexto capítulo desarrollamos el análisis y presentamos los resultados

seguidos por una discusión general y las conclusiones pertinentes de la investigación. Así como la bibliografía revisada.

Por último, el lector podrá observar los anexos generados por la investigación, los cuales considero sumamente interesantes para los interesados en el tema.

Vaya así esta propuesta para la antropología.



Capítulo I

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

Nezahualcoyótl

I. 1 Del proceso salud enfermedad atención.

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. Esta es una de las intrincadas formas de entender los procesos por los cuales las personas que conformaron las sociedades antiguas aportan varias posibilidades de conocerlos a fondo. De igual manera nos enfrentamos al entendimiento de fenómenos complejos que se desarrollan en el derrotero que el género *Homo* ha seguido. Lo anterior representa para las personas lo que se 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 desorden 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 lo 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, 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:

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 éstas condiciones no han sido iguales entre grupos humanos. Así tenemos que considerar que los estadios de salud- enfermedad como resultado de procesos multicausales, debido a su continua transformación como respuesta a los cambios biológicos y culturales. 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 padecieron y la investigación de su impacto sobre ellas, permite entender de una forma más clara los vínculos que existen entre la sociedad y los individuos que la integran. Así pues, éste estudio se suma a otros realizados en otros campos del saber y todo ello a su vez hace posible la realización de un estudio que integre aspectos sociales, históricos, biológicos, entre otros.

I. 2 El estudio de la salud y la enfermedad

Esta investigación de ninguna manera pretende encasillarse en un análisis demográfico o realizar una simple historiografía positivista 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 y que han

farmacoterapia, cirugía, psicoterapia, quimioterapia, radioterapia, kinesioterapia dietoterapia y otras. (Vargas, *et. al.* 2010).

contribuido al conocimiento de las enfermedades pero 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 en la situación de los grupos indígenas que asistían al Hospital Real de Naturales (**HRN**). En este sentido, el estudio de la salud y la enfermedad se ubica 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 ocurrida 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 y colaboradores, 1999. Mientras que en el ámbito social es posible citar los trabajos de Menéndez, 1988, 1992; Sigerist, 1946; Donnangelo, 1994; Castro, 2000 y Álvarez, 2002, entre muchos más.

I. 3 De la salud a la enfermedad en la antropología física.

El conocimiento en la antigüedad de ciertas enfermedades además de su frecuencia y persistencia en determinada región, época o población contribuye, en el presente, para 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 con 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 lo 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 desaparecidas, 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 físicas, 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. Son 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. La salud y la 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 los humanos 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 sobre las causas que originan las enfermedades. Fue hasta el siglo XVIII, que 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 antropofísica³. Compartiendo 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, de acuerdo con nuestro conocimiento de la estructura social y de los diferentes modos de vida de las personas, proporcionan con frecuencia 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 mera 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 con el propósito de proporcionar los medios necesarios para una terapéutica efectiva. Por todas 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

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

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 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 ante 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 puede 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.

detallada, se recomienda consultar las obras de Pérez Tamayo (1985) y León, *et. al.* (2000).

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 considerar 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 alteraciones inconvenientes o incompatibles con el funcionamiento regular puede también considerarse que se ha producido una anomalía. De manera crónica o aguda se pasa de esa normalidad a la anomalía, 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 a únicamente 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 lo tanto, no puede afirmarse que la salud sea el estado de ausencia de enfermedad ni viceversa. Salud y enfermedad son considerados por San Martín (1981:8) como dos grados extremos de la variación biológica, resultado del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física y socialmente a las condiciones de su ambiente. De acuerdo con 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, 1981: 10). Por lo tanto, es posible considerar 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, dependerán de la suma de fenómenos de su vida y de la organización social donde se desarrollen. 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 de la medida como las necesidades básicas se cubran, incluyendo por supuesto la capacidad de adaptación⁴ a los factores del ambiente, para 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.

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 (Lizarraga, 2003: 53) Para cuestiones del 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.

I. 3.1 Antecedentes de los estudios en salud y enfermedad dentro de la antropología física en poblaciones prehispánicas y coloniales

A partir de lo anteriormente escrito, sabemos que los estudios que abordan las condiciones de salud de las poblaciones antiguas tanto en época prehispánica como en la colonial y han forjado un área clásica de estudio en la antropología física mexicana. Los ejemplos son numerosos y sólo una pequeña muestra es de la época prehispánica y que abordan varias temáticas son los trabajos de Garza y Ballesteros (1999), Crespo (1989), Jaén y Serrano (1974), Soon y colaboradores (2006), Román (1997), Civera (2006) y Storey (2006).

El periodo colonial, ofrece nuevos planteamientos para la investigación sobre su población, como 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, por lo que abrían la oportunidad de emprender nuevas 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.

I. 4 Propuesta y diseño de investigación.

A partir de los antecedentes mencionados, encontramos que 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 tendríamos para inferir acerca del estado de salud y enfermedad de poblaciones antiguas?. Tal vez podríamos considerar echar mano de otro tipo de materiales para conocer las características que no podemos encontrar en un hueso, en este caso, ¿cuáles serían nuestras alternativas? Para el presente estudio propongo la utilización de 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 HRN. Estos son los libros de registro de enfermos ya que en ellos se vertió información que en otro tipo de estudios como los antes mencionados, sólo utilizan 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 antropológica en el campo de la salud y la enfermedad de poblaciones antiguas? Considero que sí, 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 nos 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 mínimos en su cantidad, la utilización de fuentes de primera mano es importante 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. También se requiere contar con conocimientos básicos de paleografía, teoría histórica e historia de la medicina. Los archivos históricos proporcionan un gran apoyo para la investigación antropofísica 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 (López Romero, 2008).

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 suma 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 a través de los cuales nos aportarían 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 epidemias, 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).

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

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, que además abundan. 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 tazmía, de apeos, aniversarios, testamentos, obras pías, ermitas, hospitales, fundaciones, crónicas, conferencias morales. En tanto que los libros de

a una población. Por último, *pandemia* (*pan*, todo) hace referencia a una epidemia que afecta a todo un país o al mundo entero (Nota David López).

bautizos son importantes para el conocimiento de la natalidad, de fecundidad, composición de las familias, árboles genealógicos, los libros de 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, cofradías. La administración de las dependencias eclesiásticas han 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 tanto para su conservación como difusión.

1.4.1 Propuesta teórica de investigación.

Una parte de la presente investigación corresponderá a las nociones en la construcción sociocultural de la enfermedad en la época por tratar (1775- 1802) y las estrategias de respuesta social que incluyen a la prevención y terapéutica

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

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 abordar las perspectivas de reflexión acerca del paciente como *persona* y lo que representa para él su *padecer*.

Archivo Histórico del Arzobispado de México, comunicación personal, 2006.

A partir de la construcción sociocultural de la antropología médica, que surge de la antropología social como lo señalé, 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 (2001), menciona 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 anterior, 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 trabajos que construyen una realidad no sólo simbólica acerca del proceso 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 aportan sus conocimientos y experiencia para mejorar el ejercicio de la medicina, ya que los antropólogos son los que en 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, al mencionar que algunos teóricos de la antropología médica definen a algunas características de la cultura como algunas enfermedades como *síndromes de filiación cultural*, únicamente por diferir con la visión occidental y que no pueden ser explicadas a partir de los modelos hegemónicos de la biomedicina. Esto motiva una 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 *padecer* 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 hñañu 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 transnacionales 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 padecer 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).

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.

Otra aportación digna de mencionar acerca de esta visión acerca de los tópicos enunciados es la que hace Martínez Cortés en su trabajo (1995), en el cual menciona que cualquier alteración de la salud abarca al hombre en su totalidad, o sea en sus aspectos físico, psicológico, social y cultural. Sin importar en cual 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 *padecer*.

Para finalizar este apartado cabe señalar que 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 prácticamente la etapa final del virreinato en 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 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 guiarnos a partir de algunos elementos que como se vera 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 simplemente se 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 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, la estructura por sexo y edad, son esenciales para cualquier estudio de antropología física. En cuanto al ambiente, el clima, los recursos 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 al estilo de vida que 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 y que está dirigido a la obtención no solo de bienes sino también para cubrir necesidades básicas. Continuando en la misma línea podemos encontrar precisamente estas necesidades básicas como son la alimentación y la vivienda. Determinantes de 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 *habitat* inmediato, ya que mientras una vivienda adecuada 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 en sus viviendas y rigor en el trabajo cotidiano como factor determinante en el desarrollo de la población.

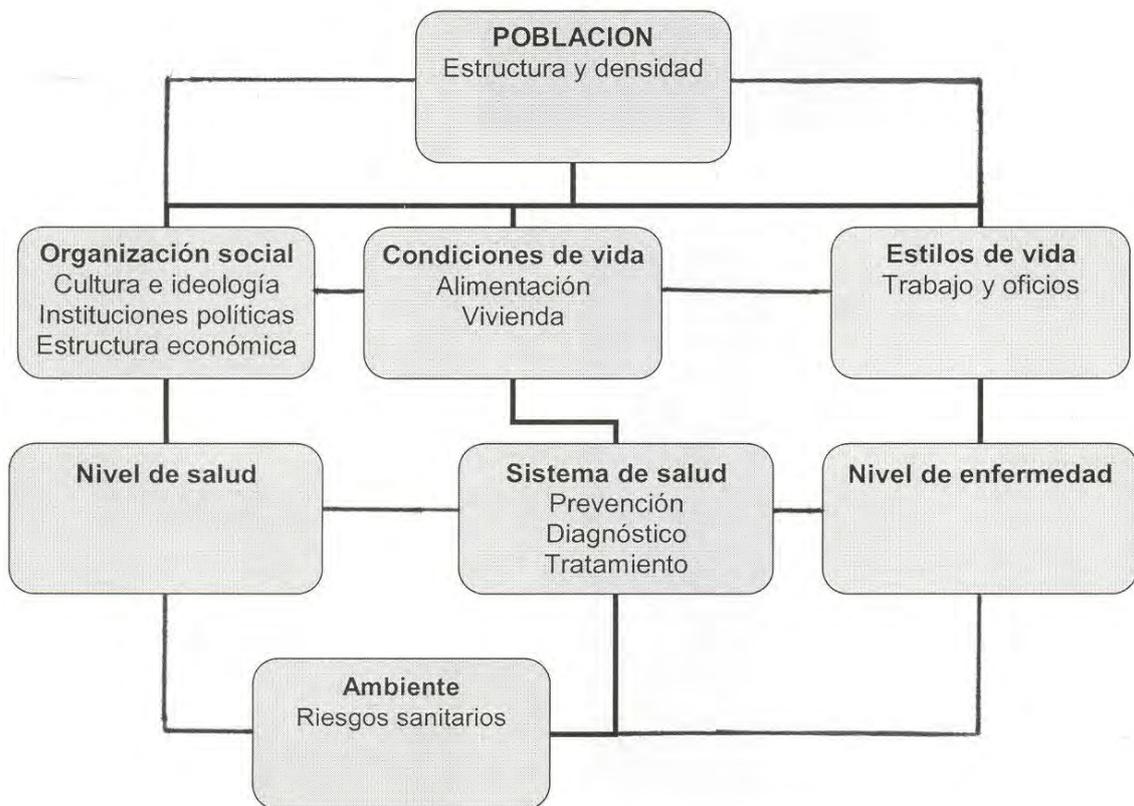
Es en este punto que señalamos las diferencias entre las condiciones de vida y los estilos de vida. Las primeras señalan una situación objetiva material donde se ubican las personas y los segundos, están dirigidos a cómo estas personas traducen esas situaciones en patrones de conducta.

Para continuar encontramos al sistema de salud y el 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 esta 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 transformación 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, política, científica e ideológica.

⁸ Frenk y colaboradores (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.



Cuadro 1. Elementos para una transición de la salud poblacional.
Tomado de Frenk y colaboradores (1991: 452)
Modificado para el presente trabajo

I. 4. 2 Diseño de investigación

Para llevar a cabo el presente estudio hemos elegido planearlo desde un diseño mixto como lo plantea la metodología de la investigación (Hernández y colaboradores, 2002). La metodología utilizada para esta investigación se basa en el método científico o método de investigación para el conocimiento de la realidad observable, cuyos principios se establecen en formularse interrogantes sobre una realidad, con base en la teoría ya existente, tratando de hallar o establecer soluciones a los problemas planteados. Este método establece la

recopilación de datos, su ordenamiento y posterior análisis buscando la comprobación de las hipótesis planteadas.

I. 5 Planteamiento del problema

Para la antropología física 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 están determinadas por el modo de vida, los hábitos y las costumbres. Además es importante mencionar el tipo de alimentación, 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 de suceder 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 en dos puntos muy específicos nuestra problemática:

1. ¿Es posible que los archivos históricos puedan actuar como coadyuvante en la investigación antropofísica 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 lo anterior 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?
- ☉ ¿De que edades eran los pacientes?
- ☉ ¿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?

I. 6 Objetivos.

I. 6.1 Objetivo general

- ☉ Realizar un análisis del proceso biocultural salud-enfermedad-atención en el HRN a partir de la datos surgidos de los libros de registro de enfermos durante los años 1775 a 1802

I. 7 .2 Objetivos particulares

- ☉ Establecer el entorno socio histórico que presentaba la población indígena de la Nueva España en el periodo de 1775 a 1802.
- ☉ Identificar los sitios de sitios de origen y vecindad de los pacientes registrados de 1775 a 1802.
- ☉ Precisar qué características presentaba la medicina practicada en el Hospital Real de Naturales.
- ☉ Definir desde las concepciones ideológicas de la época las principales enfermedades que trataban y elaborar un glosario de éstas.
- ☉ Establecer los alcances y limitantes que para la antropología física ofrecen estudios del presente tipo.

I. 7 Hipótesis

Dentro de la antropología física, 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 lo 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.

CAPITULO II

EL CONTEXTO HISTORICO

II. 1 La Nueva España

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-Tenochtitlan 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-Tenochtitlan, 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 comprende 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, por supuesto, el arte y la cultura en la Colonia que en los siglos XVI, XVII y XVIII tuvo 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 que, de España, tenía nuestro país.

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:

“Tiene 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, serían 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 José de los Naturales, San Hipólito, etc.

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-Tenochtitlan, 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 llame y conozca 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 así como 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).

Complejo fue el sistema administrativo de la Nueva España, ya que incluso para el siglo XVIII, se presentan obras de profundo análisis político (Villaroel, 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 ingerencia de otras instancias. Con la Casa de Borbón, los virreyes pasaron a ser jefes de las colonias, mas 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 con base 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 eran bastante insalubres.

El imperialismo español trató de justificar sus actos a través de la religión. La conquista de México fue considerada una empresa cristiana porque destruía una sociedad pagana además de tener la encomienda de fundar una sociedad cristiana. Con Cortés llega el primer religioso, Bartolomé de Olmedo. En 1523 desembarcan en tierras mexicanas, Juan de Aora, Juan de Tecto y Pedro de Gante, los dos primeros morirán durante la expedición a las Hibueras, Pedro de Gante inicia su misión evangelizadora en Texcoco. En 1524, llegan los franciscanos llamados "*Los Doce*", entre los que destacan Martín de Valencia y Toribio de Benavente.

Las primeras misiones llegan 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 llegan a la Nueva España los primeros dominicos, 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 llega 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 fue 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 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.

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 Cresco” 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, 1994: 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 provocó que la dinámica poblacional a través de la migración campesina produjera una plebe urbana constituida por “vagos”, “ociosos”, “malvivientes”, “malentretenidos”, “desnudos”, “lazaronis”, 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 de predilectos los festivales relacionados con la familia real.

II. 2 La sociedad colonial.

Desde el momento mismo de la caída de Tenochtitlan, 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 la 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 hidalgo o 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.



Figura 1. La Sociedad en la Plaza Mayor (S. XVIII).
(Tomado de Lavín y Balassa, 2001: 301)

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 sino 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 Rodriguez, 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 otros grupos que llegan de Europa como judíos, y otros a pesar de la reglamentación de migración llegan 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 Tenochtitlan, 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.

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



Figura 2. Diversos tipos de indios.
(Tomado de Basarás, 1763: 213)

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 se ve en el siguiente ejemplo:

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*:

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*.
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*.

* 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 DLR)

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 afromestizos e indomestizos, 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.



Figura 3. De español e india, mestiza (1763).
(Tomado de Lavín y Balassa, 2001: 269)

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 disociación 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 socioeconómico, ya que a partir del siglo XVII y en los años ulteriores, 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, consumada la Independencia de México), fue de alguna manera el antecedente a un sistema de clases en la 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 cuando 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 *élite* 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 tan 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*.

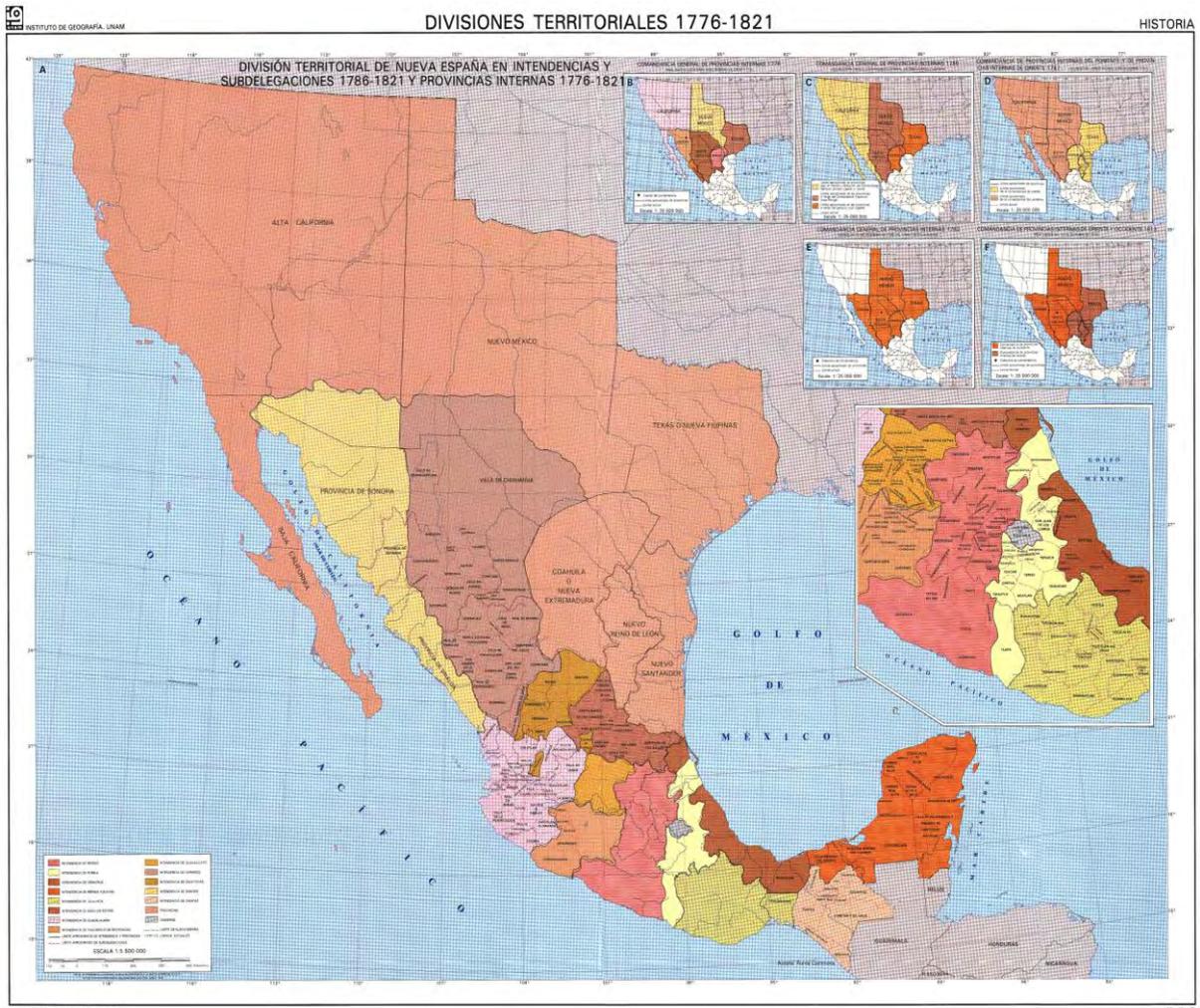


Figura 4. División territorial en intendencias 1776-1821.
Tomado de Commons, 2001: 4

Capítulo III.

La población indígena

Durante la Colonia, los indígenas fue el grupo social más segregado. El trato que se les daba era como si fueran infantes que evidenciaba un paternalismo tremendo, 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.

Hacia la segunda mitad del siglo XVIII era más frecuente que las autoridades calificarán a los indios como “dóciles, humildes y aplicados”. También era general, la idea entre los europeos y los criollos en llamar a los indios perezosos, y se arraigó aun más con las Reformas Borbónicas, en donde al indígena se le llamó “zánganos en colmena”. El termino que más se aplicaba a los indígenas 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 refería a los indios, como miserables en el sentido físico

junto a otros como *ignorante* como para reforzar la idea de que los indios necesitaban de protección pues, por naturaleza, vivían en el infortunio. Resulta que la connotación mencionada perdura hasta nuestros días



Figura 5. Oficios de los indios
(Tomado de Basarás, 1763: 64)

Los indios constituían la mayor parte de la población en la segunda mitad del siglo XVIII, aunque la mayoría vivía con mucha estrechez confundida con beneficios como la protección a sus tierras y costumbres por parte de la Corona. Es a raíz de la implementación de las llamadas reformas borbónicas, las cuales se concentraban en 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 se inicia 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, que ésta 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 aun cuando quedaran libres de tributo (se les cobraba 2 pesos *per capita* 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 ende 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, de las más graves ocurrieron en los años 1545-48 y 1575-81. 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 ala atención hospitalaria 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 el Hospital Real de Naturales y abordaremos la información de manera profusa en apartado más adelante.



Figura 6. Indios enfermos.
(Tomado de Basarás, 1763: 32)

Los naturales de Filipinas también fueron considerados indígenas, de hecho eran llamados *indios chinos*, generalmente llegaban a la Nueva España en la Nao de China¹⁰ o algún otra embarcación al Puerto de Acapulco o Manzanillo en calidad de esclavos, sirvientes, grumetes, 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 hacia 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 mestizos, mulatos, negros, moriscos (Oropeza, 2007: 119).

La población indígena para la segunda mitad del siglo XVIII estaba distribuida de la siguiente manera: con base en el informe que a la postre se convertiría en el censo de 1783, el virrey Juan Vicente Güemes Pacheco, segundo conde de Revillagigedo, aporta que la población de la intendencia* 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.

Los datos que aporta Humboldt (1804) y que a su parecer corrigen los de Revillagigedo en 1793 son los siguientes:

¹⁰ También fue llamado *Galeón de Manila*, es generalizada la idea de un solo barco pero en realidad se trataba de una flota.

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 reyno de Nueva España (sic)

Tabla 2. Población de algunas intendencias de 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
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

* La división política en intendencias llevada en 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).

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
<u>Gobiernos</u>						
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, 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 produjo una fuerte migración hacia la ciudad de México asimismo se presentó la terrible epidemia de Matlazahuatl (1736-1739) 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 y 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 alimentos. 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 entramado 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:

Tabla 4. Indios de pueblo e indios laboríos en 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).

III. 2 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 españoles e indígenas. La duración de la mita domestica se fijo 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, etc. 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 abarca 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 las mujeres. Algunas instituciones de caridad, daban empleo 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 (Figura 7).



Figura 7.

III. 3 Vivienda de indios.

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 los 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, el baño 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 conglomerados 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 que pudiesen ser objeto de los españoles.



Figura 8. Tipo de vivienda que utilizaba la población Indígena durante el siglo XVIII.
(Tomado de Basarás, 1763)

III. 4 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, sobretodo 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 tlaco¹¹ algunas piezas de pan bajo o semitas, ya que este era muy económico y cada pieza pesaba alrededor de una libra (460grs).

Los productos disponibles eran tan variados que era posible encontrar y consumir chiles, chía, 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.

Las frutas y las verduras no podían viajar grandes distancias ni permanecer almacenadas durante mucho tiempo debido a sus características por lo que su producción se dirigía más a un consumo regional. Parte importante de las

¹¹ El tlaco era un pedazo de cuero, papel, cuero o metal con la impresión del escudo de la Corona que valía medio real.

frutas que se consumían provenían de huertos particulares o huertas que se encontraban por los caminos.

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

La gran proliferación que habían tenido las distintas especies de ganado traídas por los españoles, propició 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, panza, patas, cabezas y sangre, que fue llamado comúnmente *nepille* (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.

III. 5 Reformas borbónicas.

Las reformas borbónicas tuvieron como objetivo principal cambiar un régimen por otro, el reino de la Casa 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 fueron 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 tanto en partes del casco como de la periferia permitió 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, son incluidos en los mismos distritos de parte del casco lo que permitía 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 entrarán de madrugada por la respectiva garita y se retirara al caer la tarde (de la Torre, 2000: 93).

III. 6 Instituciones políticas y gobierno.

El gobierno de indios era, 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 aculturadas 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 cascos 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 subdelegados 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 cambiara de jurisdicción, prácticamente todos los asuntos que los indios trataban de forma tradicional. Aún cuando los indios 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 apoyo al 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 vara, 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 más que crear, una fuente monetaria o un ramo fiscal, 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 las 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, para *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 identitaria de los pueblos.

III. 7 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 como de sus barrios. Estas acciones correspondían al fundamento que algunos funcionarios hacían a partir de la teoría *mecanicista del aire*¹², aun 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

¹² 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.A). Desde el s. 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).

lado, estaban las condiciones propicias que se diseminaran. 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 lagunillas sobrevivientes llenas de basura, inmundicias y se azolvaban continuamente (Malvido, 1998: 265). Las crónicas refieren que entre los meses de abril y mayo el calor provoca erisipelas, esquilencias, sarampión, viruelas que entre la población infantil provoca muerte y calenturas y cuando llueve esporádicamente en este tiempo se provocan vapores. A la mudanza del tiempo hay destilaciones catarrales, tabardillos, calenturas podridas y fiebres malignas que en otoño son difíciles de curar. Las enfermedades más comunes son la disentería, diarrea también llamada *seguidillas*, que han provocado la muerte a muchos. La causa que provocaba esto era la humedad del suelo, el salitre de la laguna salada, porque en tiempo de secas los huracanes levantaban el salitre que llegaba a todos los lugares incluso en el agua que corre y bebidas y esto causa enfermedades penosas (Rubial, 2005: 26).

Para otros autores como Rodríguez (2000), el mecanicismo del aire en cuanto a su movimiento es también llamado *aerismo*.

El principal problema en la formación de lodazales lo expone Corbin (1987: 31), quien expone lo peligroso de las emanaciones de una tierra lodosa donde la fermentación provoca una exhalación de gases impropios y miasmas¹³ 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. El hecho es que 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 anteriormente, 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.

¹³ *Miasma* es una emanación maloliente que se desprende de cuerpos enfermos, materias corruptas o aguas estancadas y que se consideraba causante de epidemias e infecciones

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 en 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 nos 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 basura¹⁴. 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 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 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, hacia tan intransitable como hedionda aquella casa y las que forman la esquina de Provincia.” (Constanzo, 1796).

¹⁴ Para el siglo XVIII, el significado de basura es de “el polvo, broza y la inmundicia que se recoge barriendo para arrojarla al campo, o la calle” (cfr. Dávalos, 1997: 75)

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 ve, 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 nos 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 lo mencionamos 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 que de higiene que enfrentaron las personas era giró acerca del abasto de carne, para darnos una idea veamos 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 encelarlos, expreso de que sea (i)lícito introducir los toros que maten o mueran por la mucho 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, 1997: 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 no podían estar limpios ya que se encontraban adyacentes a los tiraderos (Figura 8); 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, ya 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 redituables.



Figura 9. Mapa de los tiraderos en la ciudad de México durante el siglo XVIII.
(Tomado de Dávalos, 1997).

Capítulo IV

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 es 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 precisamente de ese intercambio incisivamente de implicaciones ideológico y práctico 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 psicorreligioso y, la teoría y la práctica médica¹⁵. 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.

¹⁵ 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

IV. 1 La medicina en el siglo XVIII

En el desarrollo de 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 racionalismo¹⁶ y el empirismo¹⁷.

El arte de curar en el Siglo XVIII todavía arrastraba los lastres y prejuicios que privaron en los dos siglos anteriores. La medicina hegemónica del momento contaba con resabios de supersticiones, magia, alquimia y astrología como 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 que era la hegemónica en gran medida 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

oficialmente. Para profundizar en el tema se pueden consultar los trabajos de Anzures (1989) y Quezada (2000).

¹⁶ 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. (nota DLR).

¹⁷ 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

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 transvasando 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.

física, crítico el procedimiento racionalista y valorando la observación empírica e interpretativa de los hechos biosociales (nota DLR).

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 estomago 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 estomago en *quilo*¹⁸ 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 ultimo 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 (figura 12); como tal cada par entablaba una lucha para, en esta lucha la salud era el resultado de la

¹⁸ 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

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 momentos casi imperceptibles y tardaron siglos en poder establecer los nuevos conocimientos como la iatroquímica y la iatromecánica¹⁹.

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 los enfermos, la saliva o las heces, examinarle la lengua y revisaba el pulso²⁰ además de hacer un inventario de otras cualidades físicas como: talla, complexión, forma de ojos, nariz, boca y cabello. La descripción que hacía el paciente de enfermedad era la parte más importante del reconocimiento. El médico se basaba en los detalles descritos por el paciente para construir un diagnóstico y emitir un pronóstico (Lindemann, 2001: 258).

(Lindemann, 2001:73)

¹⁹ 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 (Nota DLR).

²⁰ El pulso podía ser evaluado de forma cualitativa como rápido, débil, fuerte, pleno u oscilante (Nota DLR)



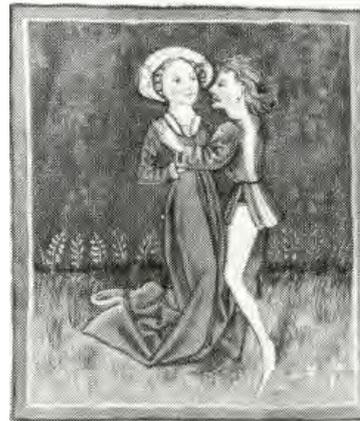
FLEMATICO



COLERICO



MELANCOLICO



SANGUINEO

Figura 14. Humores y temperamentos de acuerdo a la teoría hipocrática.
(Tomado de Dubos, 1981: 15).

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 patológica²¹ 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 fundamentales 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 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

²¹ 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).

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 acarrearaba 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 resultada 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 experimentación 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 se comenzó a practicar de manera no sistemática la aplicación sintáctica en la clínica, es decir, los médicos, sustituían de manera abstracta e 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 XVII 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 las enfermedades de la primera mitad del siglo XVIII fueron una prolongación ideológica del pensamiento médico español del siglo XVII desde finales del siglo XVII 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 inmundicias²². Fue precisamente esa falta de movimiento la que provoco 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

²² 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

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.

IV. 2 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 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 propician que el conocimiento médico avance en el sentido no sólo biológico sino 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 antinfeciosa sino

la importancia política y económica, ya que las epidemias provocaban baja actividad productiva y gastos, a veces, “innecesarios” para el Estado (Rosen, 1989: 335).

también por las carecían materiales a las cuales estaban sometidas desde todas las etapas de su vida. Además de las enfermedades propiamente dichas, en la Nueva España hubo otros malestares que se pueden enfocar más bien 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 medica regulada, el conocimiento sobre el cuerpo humano, a partir de la fisiología, es decir, de su funcionamiento, su estructura (anatómica) y su respuesta ante agentes externos medicamentosos (farmacia) lo que permitió corregir los errores de los 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 as 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 se comenzó a concentrar a los enfermos en hospitales y se les pedía a familiares y conocidos de los mismos enfermos, el 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, 1997: 49). También el pensamiento ilustrado de la segunda mitad del siglo XVIII, concebía que el aire era un fluido elemental y no como un resultado de una combinación química.

Todos los elementos que componen el cuerpo, tanto los fluidos como los sólidos dejan escapar aire. Este descubrimiento ensancha el campo de conocimiento donde se considera que el aire actúa 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, 1987: 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 eterno a partir de eructos, flatulencias, y los 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, 1987: 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 lo 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 reclusas en cárceles y hospitales y, se coincidía que el peor de los olores era el relacionado con el escorbuto (Corbin, 1987: 51).

Así las teorías mecanicistas tomaron forma en la ciudad de México sobretodo 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 ahumadores, 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, 1987: 74; Rodríguez,

2000: 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, 1987: 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 medica insuficiente para facilitar que algunas enfermedades que eran endémicas se convirtieran en epidemias, 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 asilados 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, 2005: 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 éticos 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).

Capítulo V

El Hospital Real de Naturales

V. 1 Los hospitales.

Durante el desarrollo histórico de la sociedad han existido instituciones dedicadas a ayudar en cualquier sentido a 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 necesitara²³. 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).

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

²³ 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

las antiguas casas para peregrinos en Grecia y en Oriente el *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 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 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

fomentaron la idea que el auxilio a los pobres incluyendo la atención médica era una responsabilidad social y no de la Iglesia.

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 sagrado y reliquias. Se comenzaron varias creencias acerca de varios santos, y éstos a su vez adquirieron ciertas advocaciones y propiedades específicas sobre los diversos tipos de enfermedades y de aflicciones. Con estos elementos el pueblo tuvo una motivación y un refugio para sus penas y para 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; el dolor de muelas, Santa Apolonia (López Romero, 2006: 45).

Retomando la valoración de la pobreza, los antiguos hospitales que tenían un a 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 Vives²⁴ el hospital era la institución donde los enfermos son mantenidos y curados, donde se educan niños y niñas, donde se crían 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

²⁴ Juan Luis Vives fue un catalán nacido en 1492. Judío converso. Profesor de las mejores universidades de 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.

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 ánima del benefactor.

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 por sexos y enfermedades y en el cruce ubicar un altar para que los enfermos pudieran escuchar los servicios religiosos.

V.2 Los hospitales en 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, 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 procurara la confesión, los sacramentos, misa y en su caso, se les diera sepultura, asimismo quedaba prohibido recibir, ebrios y maleantes (Rubial, 2005: 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 las de los flebotomianos, las parteras, los 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 como 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, 2005: 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 preparación 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 hospicio que mantenía 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; los que por 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:

HOSPITAL	FUNDACIÓN	CIERRE	POBLACIÓN ATENDIDA ESPECIALIDAD MEDICA
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

V. 3 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 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 Moyotlan, 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 origen 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).

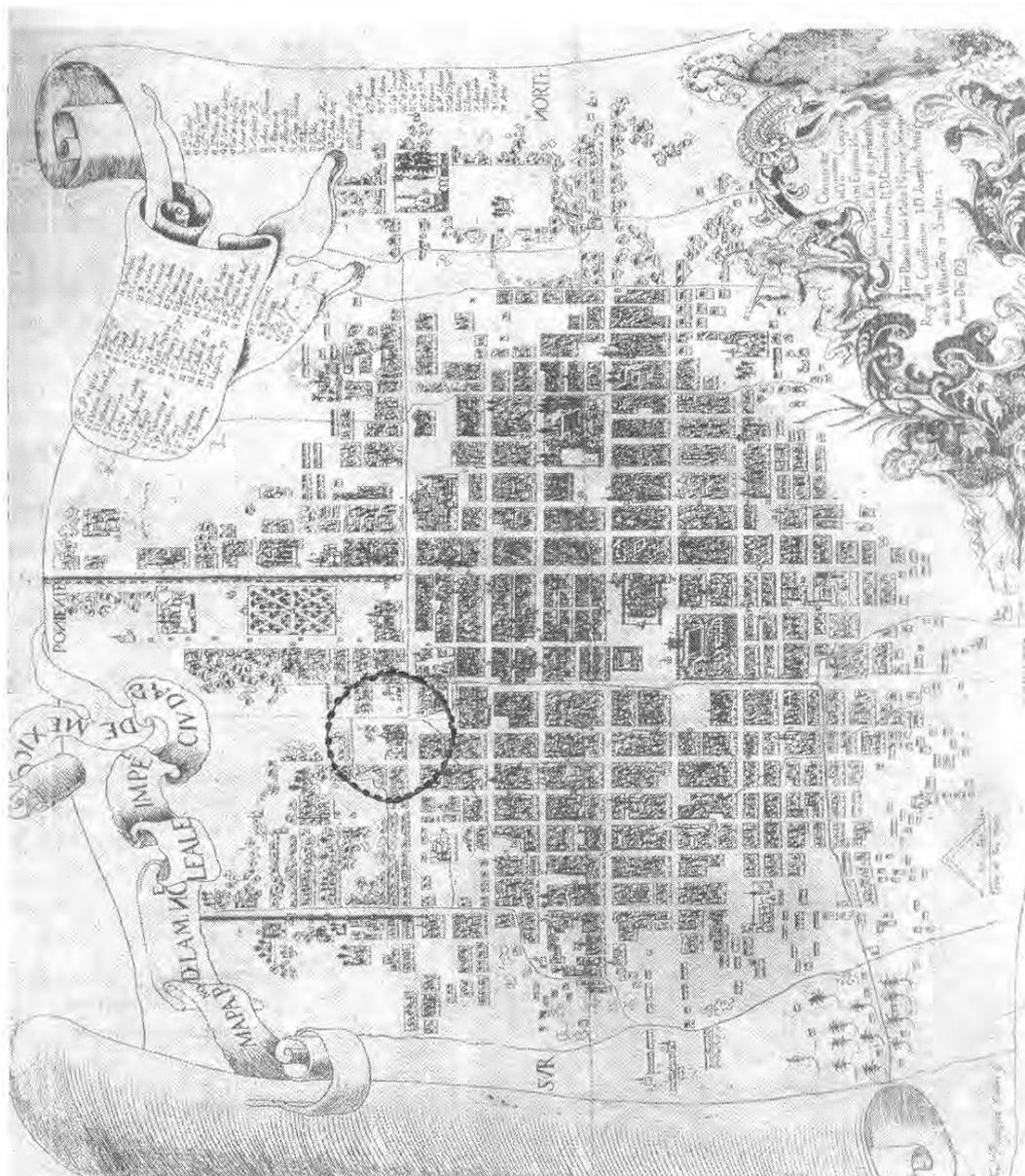


Figura 10. Mapa de ubicación del Hospital Real de Naturales en un mapa de Francisco Rodríguez. Siglo XVIII.

(Tomado de León, 2005: 39).

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 anteriores, es posible mencionar que el único edificio referido como San José de los Naturales es una capilla abierta para indios ubicada en el conjunto conventual de San Francisco en la ciudad de México (Artigas, 2004: 131). Por lo tanto, es importante señalar

que el nombre que recibirá este establecimiento en el presente estudio, será **Hospital Real de Naturales** (HRN) 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 ½ (74.7 m.)²⁵; (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 pacientes²⁶; dos de cirugía, una para hombres y otra para mujeres; de especialidad, como la de enfermos contagiosos²⁷, 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).

²⁵ La vara es una medida longitudinal. Equivale a .835 m. (N. A)

²⁶ 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 destinada 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).

²⁷ 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. A.).

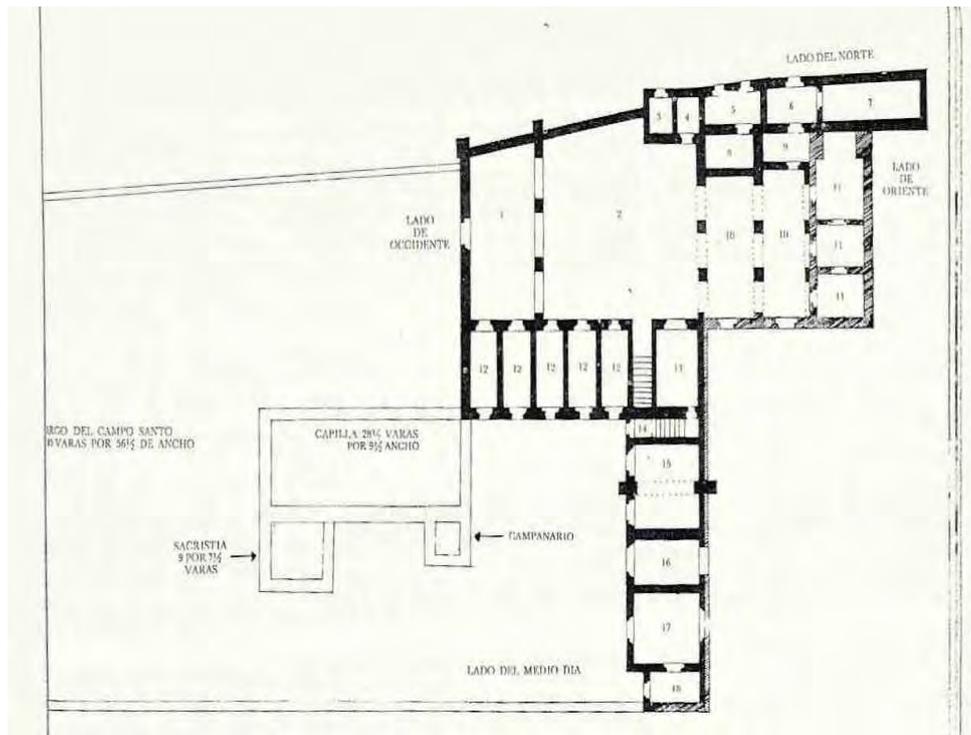


Figura 11. Plano de la planta baja del Hospital Real de Naturales (Tomado de Venegas, 1973)

La disposición del hospital tuvo varias modificaciones. En caso de emergencia como las 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 XVIII se admitieron un a 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 laico²⁸ que tenía la obligación de

²⁸ Las autoridades eclesiásticas estaban consientes de los abusos de la administración de los hospitales por parte de ordenes 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

disponer que se contara con abastecimientos suficientes para pacientes²⁹ 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 hospital³⁰, entonces la atención espiritual estuvo a cargo de cuatro capellanes y se nombró como supervisor general a un Juez Privativo Protector (Muriel, 1956: 122). Para 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 protector³¹; tres vocales; un contador el mayordomo administrador; el capellán mayor y un secretario (véase figura 12).

hospital no era un bien de la Iglesia Católica y sus recursos estaban dedicados a servir a la comunidad (Rosen, 1989: 328).

²⁹ 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)

³⁰ 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 (Nota del autor)

³¹ 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.

Organización del Hospital Real de Naturales a fines del siglo XVIII*

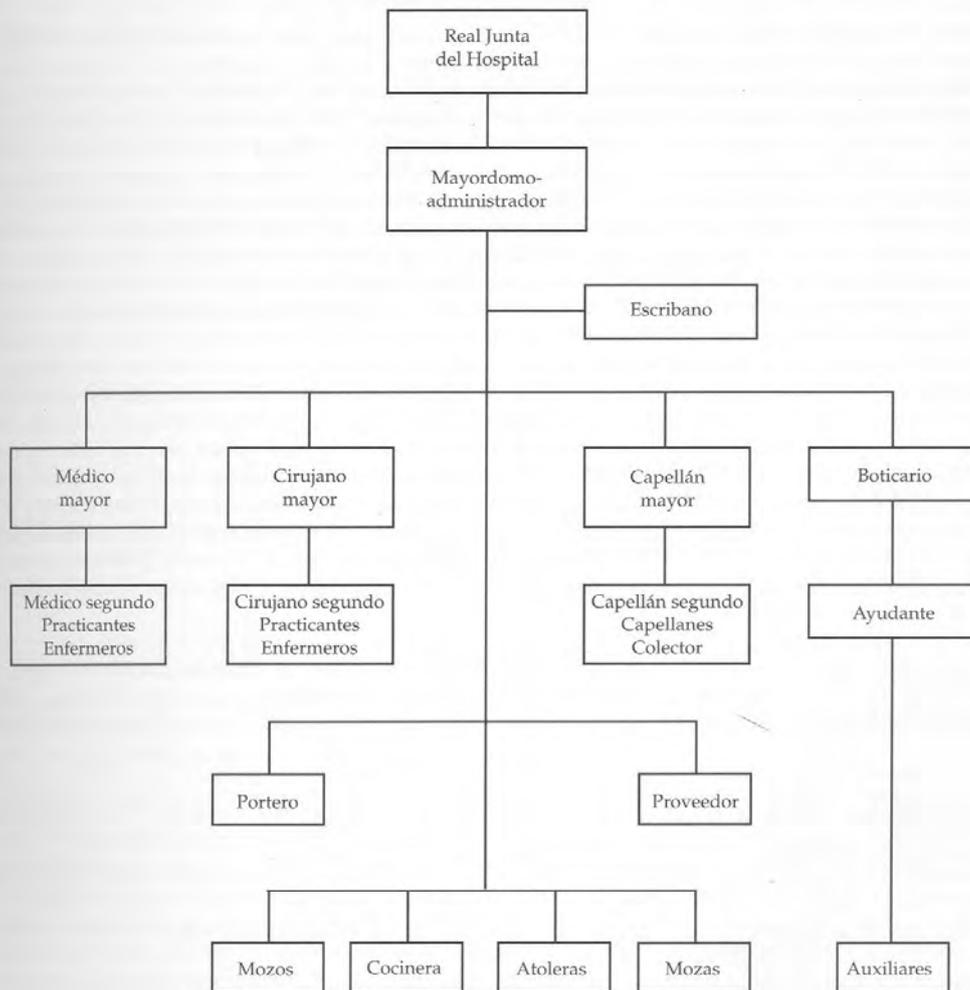


Figura 12. Organigrama de los empleados del HRN (Tomado de Zedillo, 1984: 45)

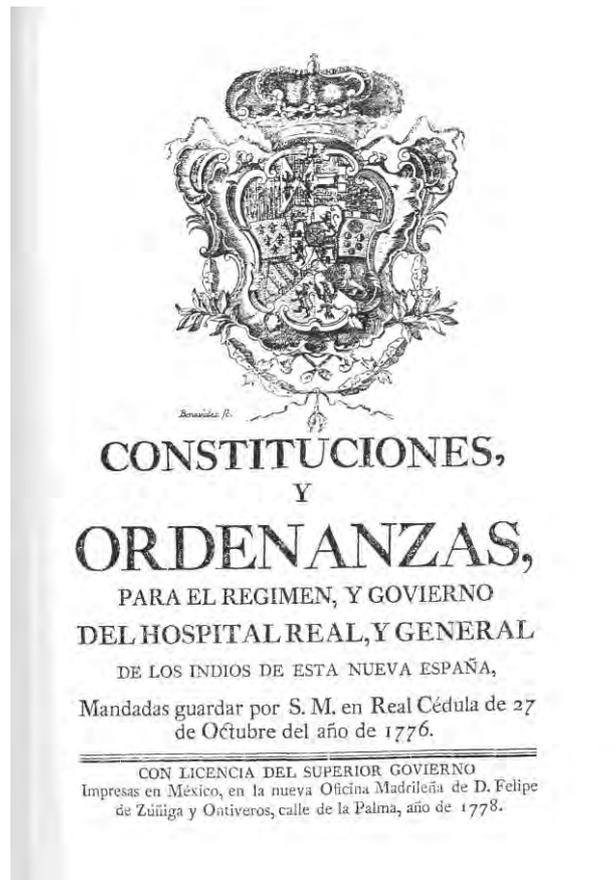


Figura 13. Portada de las ordenanzas del HRN, 1776.

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 (véase anexo).

Resalta de manera muy importante los datos asentados en los libros de registro de enfermos con relación al sitio de origen y vecindad de los indios que asistían al HRN para recibir atención, ya que los lugares mencionados en los

documentos referidos muestran que era tan diverso como lo podemos imaginar (ver anexo).

Los servicios que se otorgaban en dicho hospital 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, todavía 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 8, 11:30 y 18 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 y 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, bateitas, 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 1712³²:

Lunes 1 de agosto 1712 años

33 enfermos

De carne

De pan

³² El listado completo se encuentra en el trabajo presentado por Fierros, 2009.

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 amoler las naranjas

De media arroba de azúcar para los enfermos

De 6 libras de chocolate para los enfermos

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 enfermería 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 día 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 galbano, agua roja y de rosas, unguento amarillo, unguento en contracabres y unguento 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, 2009: 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 complejión, su modo de vivir alimentos y bebidas que acostumbraban a consumir así como a las enfermedades a las que eran propensos (Rodríguez, 2006).

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 Luís José Montaña, que fungió como titular de la sala de cirugía de mujeres³³.

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, 2005:53).

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 médica, 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

³³ *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

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 mefíticos, ya que a partir de 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.

Para la atención de algunas enfermedades se hacía 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

autorizadas (Ortiz, 2000:96). Otros casos de cirujanos prominentes son los de Alonso López de Hinojosos, Joseph Rodríguez y Domingo Russi Meave, entre otros (Rodríguez Sala, 2005).

otras formas de controlar el equilibrio de los humores a partir de sangrías, sanguijuelas, ventosas³⁴, masajes y escarificaciones.

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 HRN³⁵, 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, curcuma, azaro. Leños de: sándalo, guajilote, fresno, guayacán, setrino. Se encontraban sales, aceites, productos de origen animal y mineral (Parodi, 2001: 329). Además otros de origen asiático como el opio. 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 caballerías³⁶ propiedad del hospital, sin embargo, una de las aportaciones más importante fue "*el medio real del hospital*", que consistía en

³⁴ 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)

³⁵ Para saber con más detalle de los productos en el inventario de la botica del HRN, puede consultarse a Zedillo, 1984: 271-284.

el tributo de medio real anual que cada indio tributario de la Nueva España estaba obligado a pagar, la cantidad varia 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, 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* 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 Jerusalem*, 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

³⁶ La *caballería* es una medida de superficie que equivale a 42.7 hectáreas.

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 Naturales que tenían algún familiar enterrado ahí. También en 1811 se realizó una *jamaica*³⁷ en los patios del hospital (Viqueira, 1987: 166).

Hacia 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 (1984: 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, 1974, TII: 32).

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

³⁷ 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 o sea, *jamaicas de ricos*

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 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.



Figura 14. Aspecto de la demolición del Hospital Real de Naturales. (Tomado de Venegas, 1973)

Capítulo VI

Resultados

VI.1 Materiales y técnicas utilizadas

Las fuentes primarias principales y que a la vez constituyen el material por utilizar en la investigación son 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:

- ④ fecha de ingreso,
- ④ nombre del paciente,
- ④ grupo social,
- ④ edad,
- ④ lugar de origen,
- ④ vecindad,
- ④ estado civil,
- ④ nombre de los padres,
- ④ enfermedad,
- ④ 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 decidí llegar hasta el libro seis. Quiero compartir la forma en que llegué al conocimiento de la existencia y estudio de estos materiales. Durante una investigación previas (lopez 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 estaban ahí depositados por un capellán que sirvió tanto en el Hospital y el Sagrario, lo que permitió que al cierre del hospital estos libros quedaran en resguardo de la Catedral de México.

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 1775.*

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 Revollar*
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 doze.*
19 septiembre 1801 a 24 abril 1802



Figura VI. 1. Portada del libro que corresponde al asiento general de partidas de enfermos, 1794

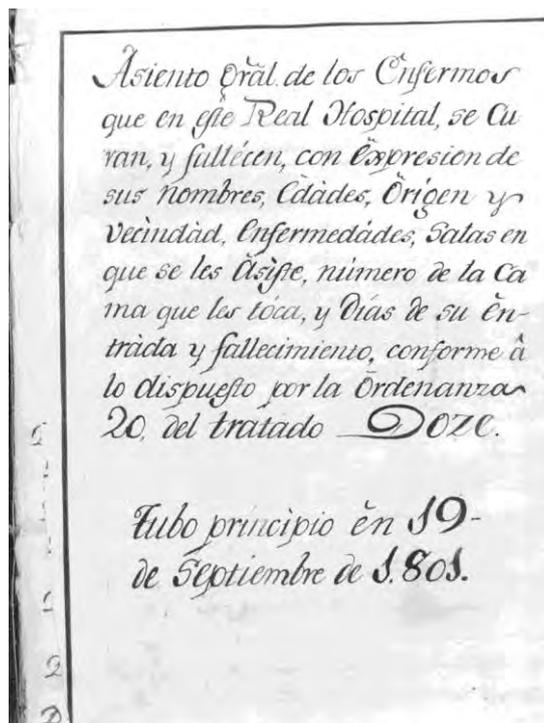


Figura VI. 2. Portada del libro que corresponde al asiento general de partidas de enfermos, 1801

Marzo 1775. a.

Enb. de dicho. y Mercedes contra Maria Gertrudes Ind^a de Tulancingo de 36 años de edad de Manuel Hernandez y de Maria Pascuala. fiebre N. 18.

Rosa. Blas Ind^a de los Remedios de 32 años de edad hija de Juan Blas y de Estanislaua Mexicana. fiebre N. 20.

Manuela del Sacramento Ind^a de Meo de 6 años de edad y de Juan Diego de la de Josef Andres y de Sebastiana Lina. fiebre N. 30.

Mariana Luz Ind^a de los Reyes de 24 años de edad de Antonio Josef de la de Martinico Juan y de Maria Juan. fiebre N. 37.

Margarita Barbara Ind^a de Meo de 29 años de edad de Antonio Hernandez de la de Pedro Santos y de Gregoria Catarina. fiebre N. 52.

Manuela Franca Ind^a de Meo de 20 años de edad hija de Juan Antonio y de Maria Concepcion. fiebre N. 53.

Maria Concepcion Ind^a de Cholula de 20 años de edad y de Josef Antonio de la de la de los no Conocidos. fiebre N. 52.

Rosalba Felipa Ind^a de Tulancingo de 20 años de edad hija de Nicolas Gonzales y de Eufrasia figenia. fiebre N. 62.

Figura VI. 3. Registro de enfermos del Hospital Real de Naturales

VI. 2 Técnicas utilizadas.

El manejo estadístico de los datos estará 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 Rodriguez (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.

A continuación se presenta el análisis de las variables consideradas para el presente estudio

VI. 3 Estadísticos descriptivos.

La cuantificación total de los datos son presentados en la tabla VI.1 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 VI. 1. Cuantificación total en las variables

		LIBRO	Año	SEXO	GRUPO SOC.	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 VI. 2. el número de libro y su contenido nos dan una idea del comportamiento de la cantidad de registro que cada uno aportó para nuestro trabajo.

Tabla VI. 2. Frecuencia total de casos por cada libro considerado para el presente estudio

		Frecuencia
Válidos	LIBRO 1	2520
	LIBRO 2	4455
	LIBRO 3	1499
	LIBRO 4	4761
	LIBRO 6	3943
	LIBRO 7	1784
	Total	18962

Siguiendo con el desglose de los datos aportados de cada libro en la tabla VI. 3 se presenta el número específico por año por cada libro, cabe mencionar que el comportamiento de registro se ve alterado por algunos “huecos” 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 esto no impidió hacer algunos ajustes como el que corresponde a 1792 y 1793 basándome en otras fuentes³⁸.

Tabla VI. 3. 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

³⁸ 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, 2005: 89).

En la gráfica VI. 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.



GRÁFICA VI. 1.- Distribución de del ingreso de personas al HRN 1775 a 1802.

Algo muy común que nos remite la historia del HRN es la 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, debemos recordar que difícilmente la nobleza indígena acudía a él y además en los datos obtenidos por los registros para el presente trabajo resulta interesante el observar en la tabla VI. 4, 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 hospital³⁹. Hay el caso de un negro libre que trabajaba en una hacienda y que fue atendido de una caída.

En el apartado de los europeos se encuentran tres casos, el de una mujer que fue también benefactora del hospital, el de un torero italiano 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 llegaban al virreinato de la Nueva España vía Perú en los barcos 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.

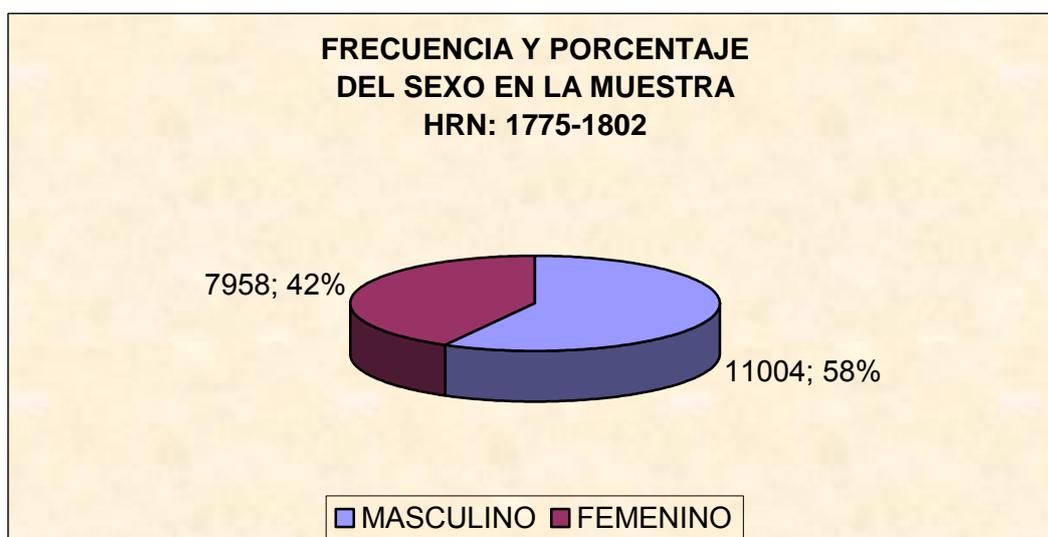
Por ultimo, los indios mecos o chichimecos que eran indios que provenían de las provincias del norte de Nueva España, eran considerados indios rebeldes e infieles por resistirse al bautizo o a la conversión religiosa cristiana.

³⁹ Libros de registro de enfermos.

Tabla VI. 4. Frecuencia del grupo social registrado.

	Frecuencia	Porcentaje
INDIGENA	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 para la antropología física, en el presente estudio podemos observar que del total de nuestra muestra el comportamiento para el sexo masculino es mayor con 58% y para 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 pero además es probable que ya se presentaran diferencias de acceso a los servicios médicos provocando un problema de género.



GRÁFICA VI. 2.

En lo que refiere a los datos más específicos. Podemos comenzar a verlo en la tabla VI. 5, 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 VI. 5. Frecuencia total por cada enfermedad registrada en los libros de registro de enfermos. Años 1775 a 1802.

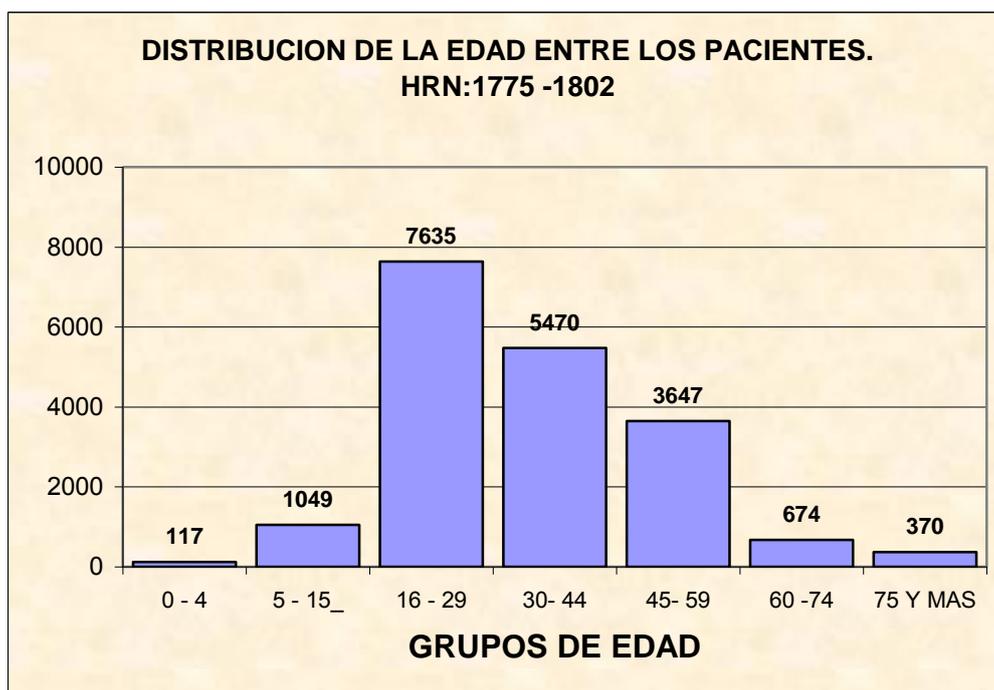
	4
ABCESO	4
ABORTO	1
AFONICA	2
AGUDO	1046
AHOGADO	1
ANASARCA	11
ANGINA	25
ANGURRIA	1
ANO	1
ANOMAS	1
APATICO	2
APOPLEJIA	40
APOSTEMA	1
ARENOM	1
ASITIS	25
ASMA	83
AUGIO	1
AVITIS	1
BILIS	6
BISOSA	1
BUBAS SICA	2
BUBAS VENEREAS	94
CANOPTICA	1
CARBUNCO	4
CEFALICO	19
CHACHECTICO	1
CIEGO	1
COLERA	27
COLICO	116
CONDILOMA	6
CONSTIPACION	2
CONTUSION	576
CRONICO	2470

DEMENTE	6
DIARREA	1075
DISENTERIA	200
DISLOCACION	17
DOLOR	78
EDEMA	81
EFERVESCENCIA	1
ELEFANSIACA	1
EMPACHO	6
ENCARNACION	1
ENCORDIOS	2
ENEMA	1
ENFISEMA	1
EPASMODICA	1
EPILEPSIA	23
ERISIPELA	16
ESCABIA	211
ESCORBUTO	7
ESCROFULA	23
ESPASMO	3
ESPERMATICO	18
ESPLENICA	1
ETICO	3
FIEBRE	2648
FISTULA	8
FISURA	1
FLUJO	15
FRACTURA	98
FRENETICO	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
HEMIPLEJICO	6
HEMOPTISIS	82
HEMORRAGIA	6
HEMORROIDES	5
HENCORDIOS	6
HEPATICO	883
HEPATITIS	475
HERIDA	2149
HERNIA	25
HERPES	2
HIDROFOBIA	2
HIDROPESIA	314
HIPO	1
HISTERIA	5
IINTERMITENTE	31
INFARTO	2
INFECCION	1
INFLAMACION	138
INSOLACION	2
INSULTO	19
INTASMARICO	1
INTERMITENTE	20
IRRITACION	3
ISISURA	2
LABIO LEPORINO	1
LANDRISO	1
LLAGAS	9
LOMBRICES	1
LUXACION	4
MAL GALICO	39
MANIACO	3
MELANCOLIA	1
MISERERE	1
MORBO	1
MORDIDA	3
NEFRITICO	1
NEUROSIS	1
OBSTRUCCION	23
OFTALMIA	63
PANARIZO	9
PARAFIMOSIS	2
PARALISIS	1
PARANOICO	1

PARATIMOSIS	2
PARTO	5
PEXENON	1
PLETORICO	2
PLEURITIS	541
PLUSION	1
PODAGRICO	1
POLIPOS	4
POSTULAS	1
PRIVADO	3
PUJO	29
PULMONIA	2
PUNTURA	1
PURGACION	2
QUEMADURA	4
RAQUITISMO	1
RARO	1
RELAJACION	5
RETENCION	8
REUMAS	511
SARNA	1
SEMETUS	1
SOFOCACION	2
SORDERA	6
SUPRESION	2
SUPRESION DE ORINA	1
TEMPANICO	7
TENESMO	279
TIMOSIS	163
TISIS	312
TLACUACHA	25
TLOGOSIS	1
TOS	4
TUMOR	1632
ULCERA	1297
UTALA	1
UTERO	10
VARICELA	3
VARICES	1
VARSO	6
VEJEZ	6
VENA	1
VENEREO	99
VIRUELA	274
VISCERA	1
Total	18962

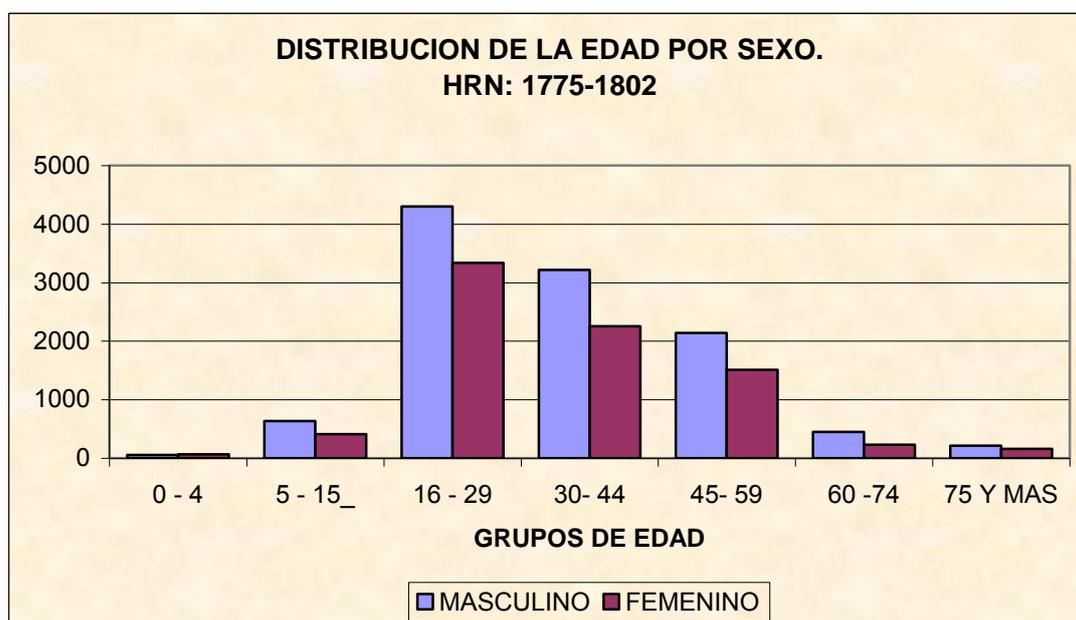
La edad es otra de las variables demográficas importantes, el conocerla nos permite adentrarnos en los efectos de la vida, morbilidad y mortalidad en los grupos de edad más vulnerables. En el caso particular nos muestra una disociación con el discurso histórico que en los hospitales no era común atender infantes⁴⁰. En la gráfica VI. 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 VI. 3.

⁴⁰ Elsa Malvido Miranda, comunicación personal. 2008

Nuevamente hacemos la distinción en el sexo de las personas que ingresaron al HRN de 1775 a 1802, en la gráfica VI. 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.



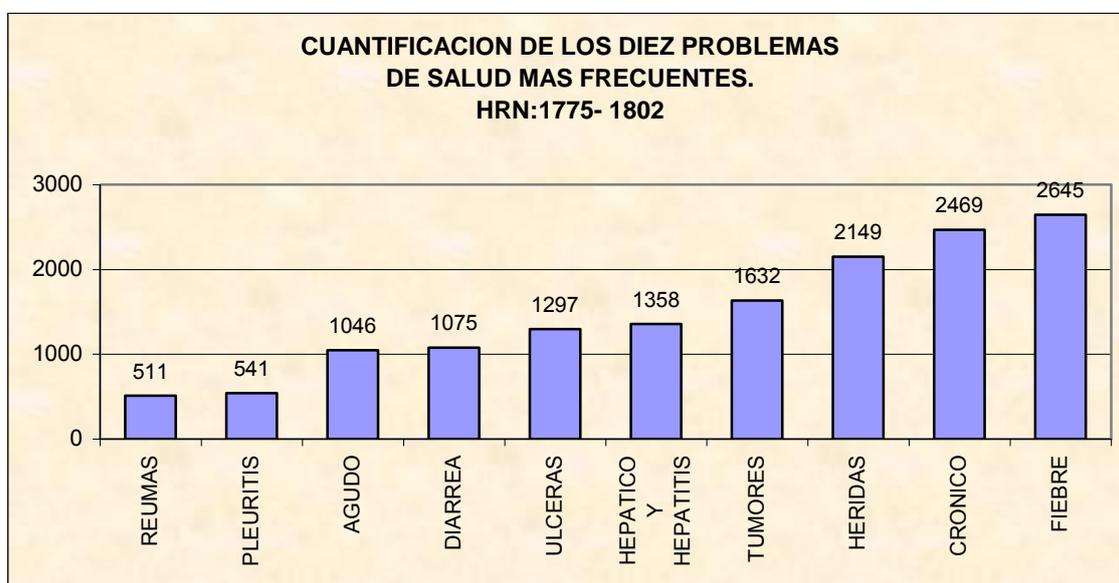
GRÁFICA VI. 4.

VI.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 (capítulo I). 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 VI.6 vemos aquellos problemas de salud y enfermedades que presentaron una

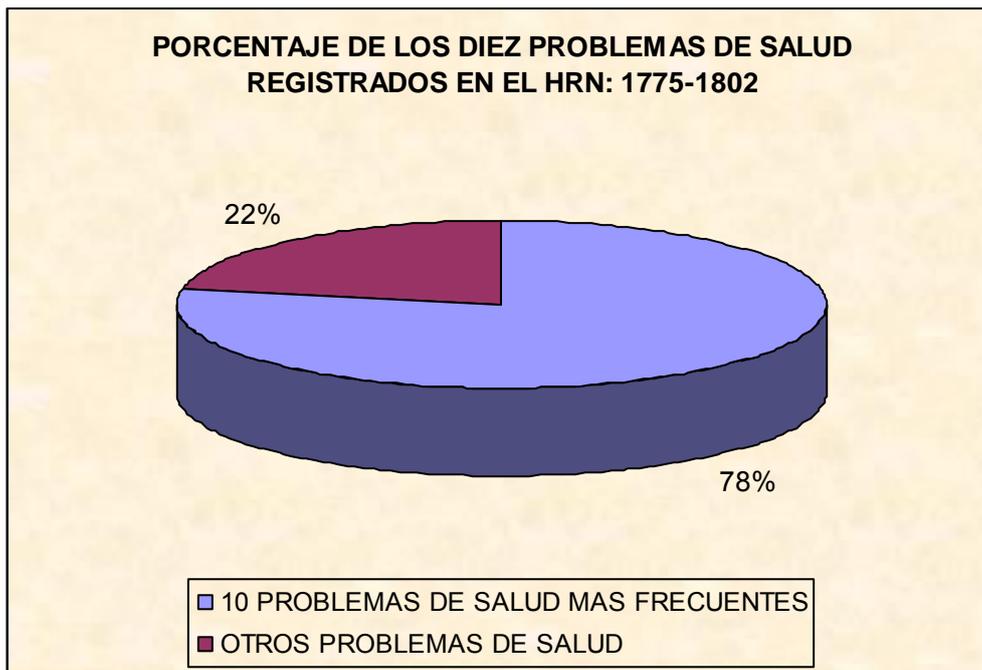
mayor frecuencia entre los 165 registrados. Resaltan aquellos casos que fueron identificados bajo la etiqueta de “crónico” y “agudo”, el problema reside en que el diagnóstico no resulta claro lo que puede representar vacíos en la cuantificación real de problemas de salud y enfermedades.

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



GRÁFICA VI. 6. Cuantificación de las diez enfermedades más recurrentes en los libros de registro HRN

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 14790 casos y los demás problemas de salud que son 155 únicamente representan el 22% o sea 4172 casos (véase grafica VI. 7).



GRÁFICA VI. 7. Porcentaje de los diez problemas más frecuentes.

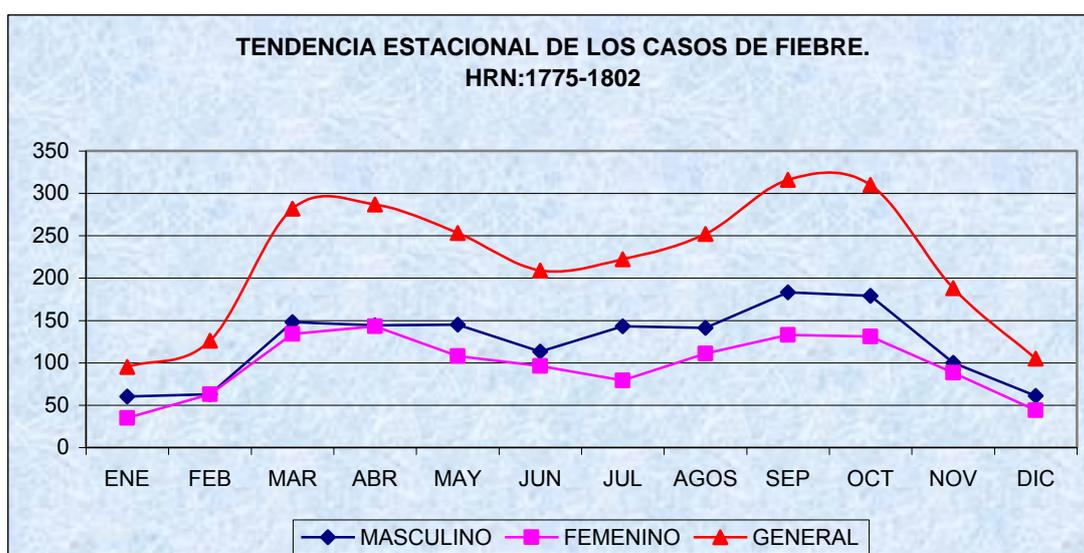
El analizar los diez problemas de salud y enfermedades más frecuentes permite entender a partir de diversas perspectivas la presencia, persistencia y tendencia que se presentó así como de la manera en que las personas las padecieron. En este caso, la decisión fue elaborar gráficas para observar el comportamiento 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, luz solar suelen producir respuestas en el orden fisiológicos 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

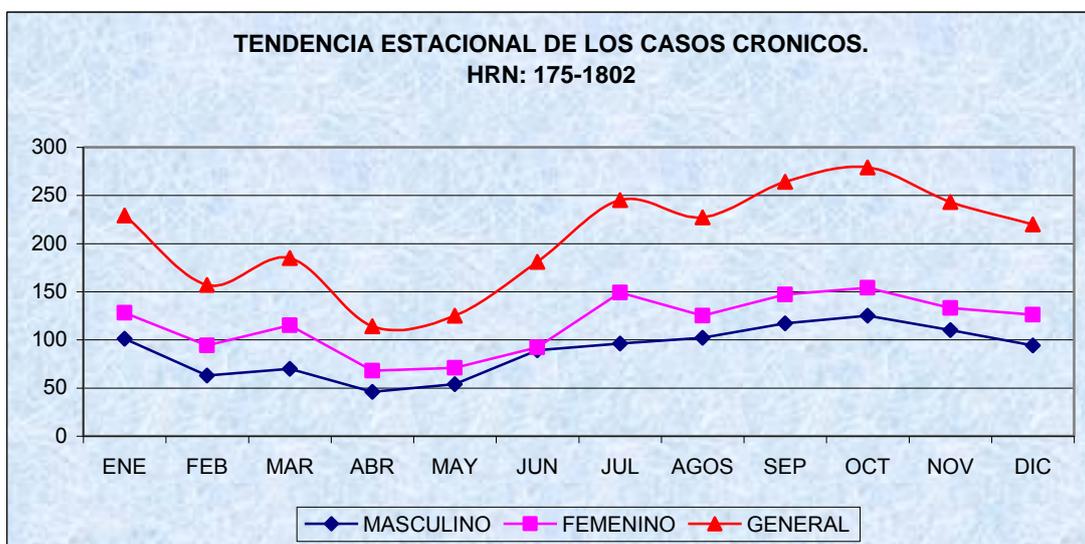
reproducción y la crianza; mientras que los primeros se elevan en otoño e invierno, los segundos se presentan en primavera y verano (Nelson et. al. 2000: xiii).

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 retrodiagnóstico. Por lo que toca a la grafica VI. 8 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 VI. 8

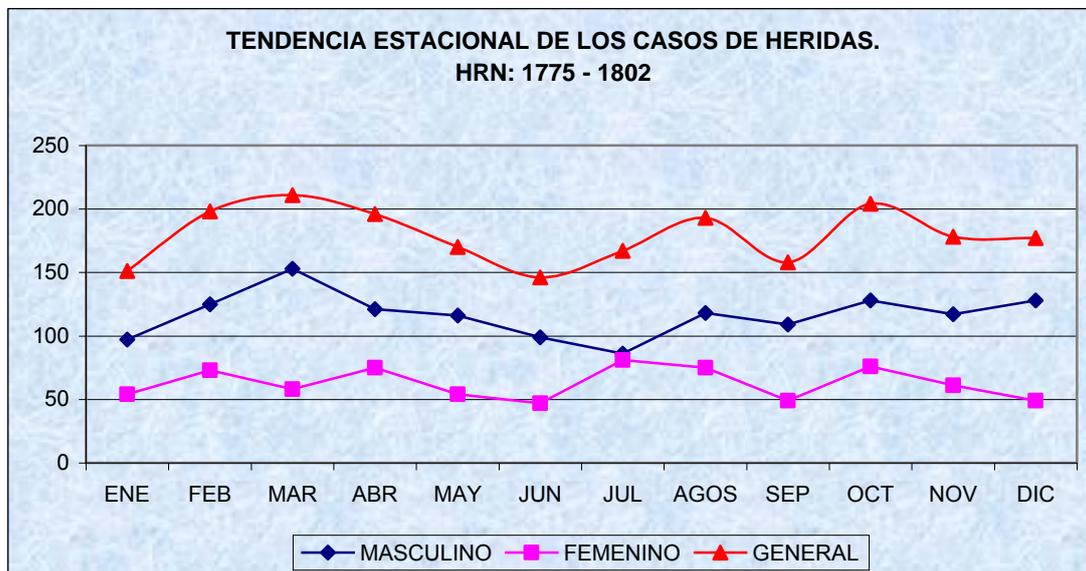
Como habíamos comentado anteriormente, el problema de la categoría crónico, es importante ya que al desconocer con precisión cual enfermedad o problema de salud es motivo del ingreso se pierde abundante información. Lo que resulta interesante de la grafica VI. 9 es el comportamiento inestable en la presencia 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 VI. 9

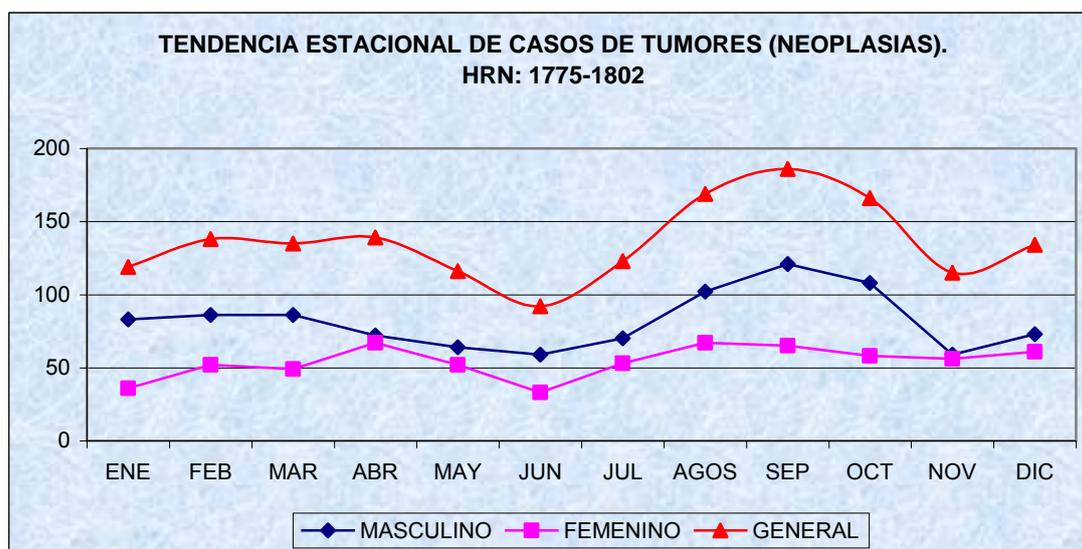
Para acercarnos al ámbito de los accidentes, podemos considerar que las heridas constituyen un elemento de estos, que también pueden incluir a algunos eventos de violencia y agresión entre los habitantes de la ciudad de México en la época virreinal. La grafica VI. 10, muestra, de igual manera un comportamiento irregular a lo largo del año, pero tenemos un elemento 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.



GRÁFICA VI. 10.

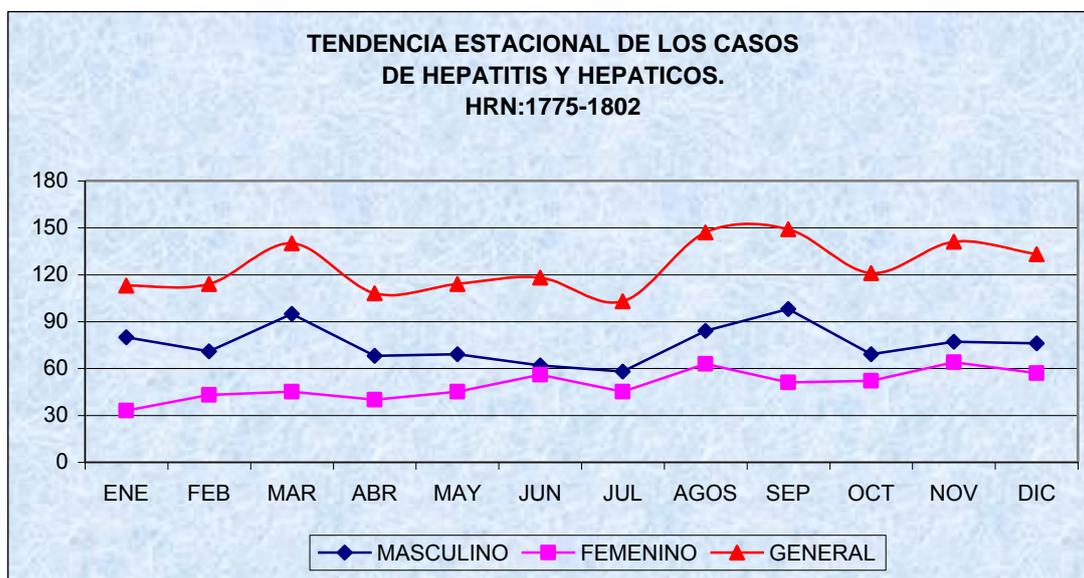
Los tumores, en la época de estudio representaban casos no muy bien identificados, muchos de los diagnósticos que recaían en tumores no necesariamente los eran, asimismo los casos registrados en la época como cancro (cáncer) tampoco tenían muchos fundamentos nosológicos como en la actualidad. La grafica VI. 11 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 VI. 11

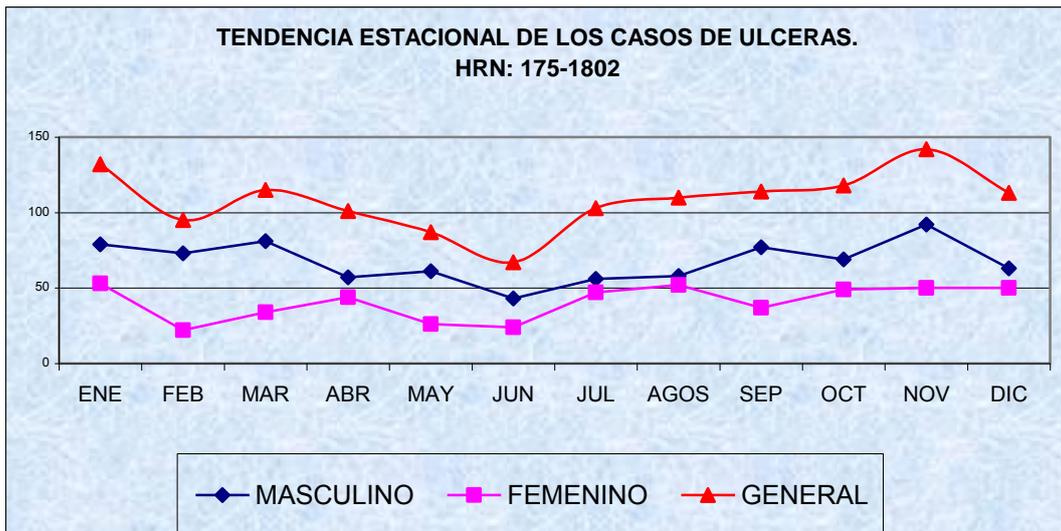
En el caso de la hepatitis y problemas hepáticos (gráfica VI. 12) también el comportamiento de las curvas de frecuencia con inestables, no muestran un patrón definido durante el año. Una de las explicaciones de esta falta de picos o aumento significativo en algún punto del año es que las enfermedades 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 VI. 12

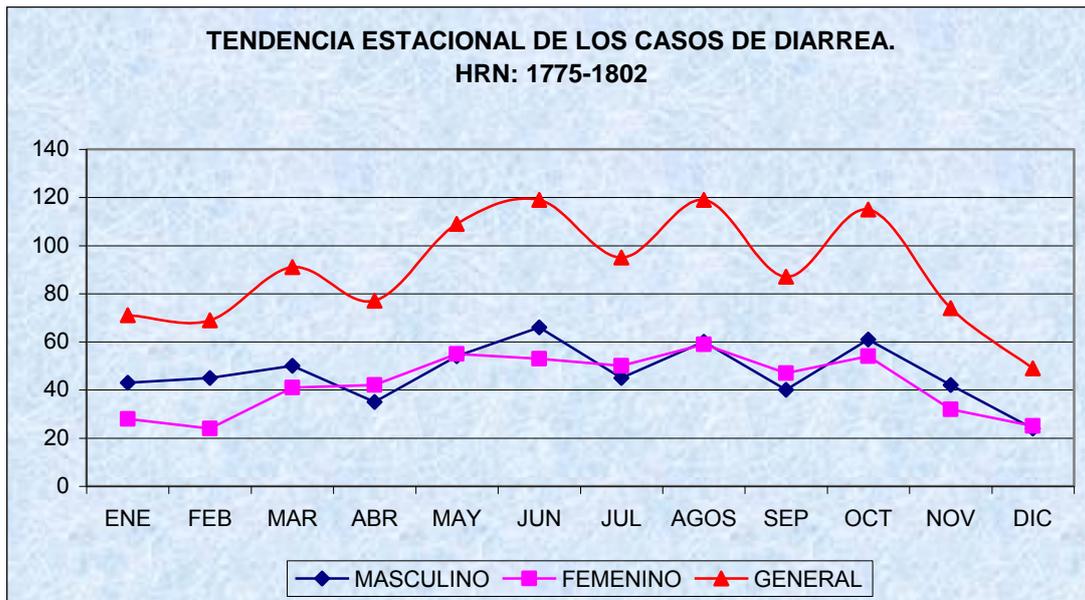
Algunos tipos de úlceras como las gástricas eran comunes durante los meses de otoño e invierno (Nelson, et. al., 2000: 63), muchas de ellas se derivaban de algunos hábitos como los alimentarios como ayunos prolongados y alimentos picantes o grasos muy comunes en la dieta de los indígenas de finales del siglo XVIII y XIX. La gráfica VI. 13 nos 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 VI. 13

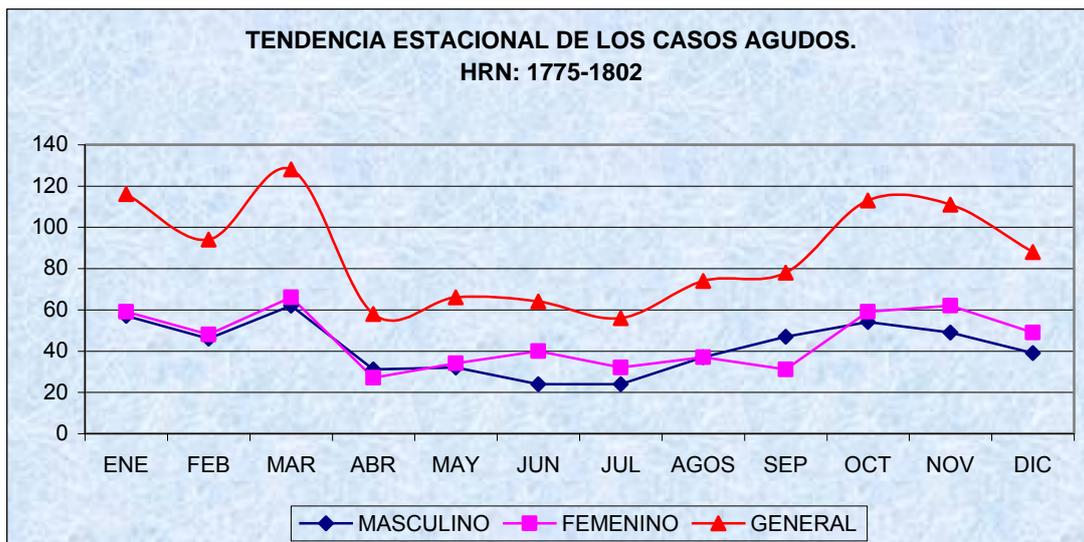
La diarrea como elemento anómalo puede obedecer por múltiples factores como síntoma de algún proceso infeccioso o por otra causa no infecciosa como plenitud, indigestión entre otros. El incremento de calor y la posterior temporada de lluvias hacen propicio el aumento de casos de diarrea ante las condiciones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

En el caso de la grafica VI. 14, 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.



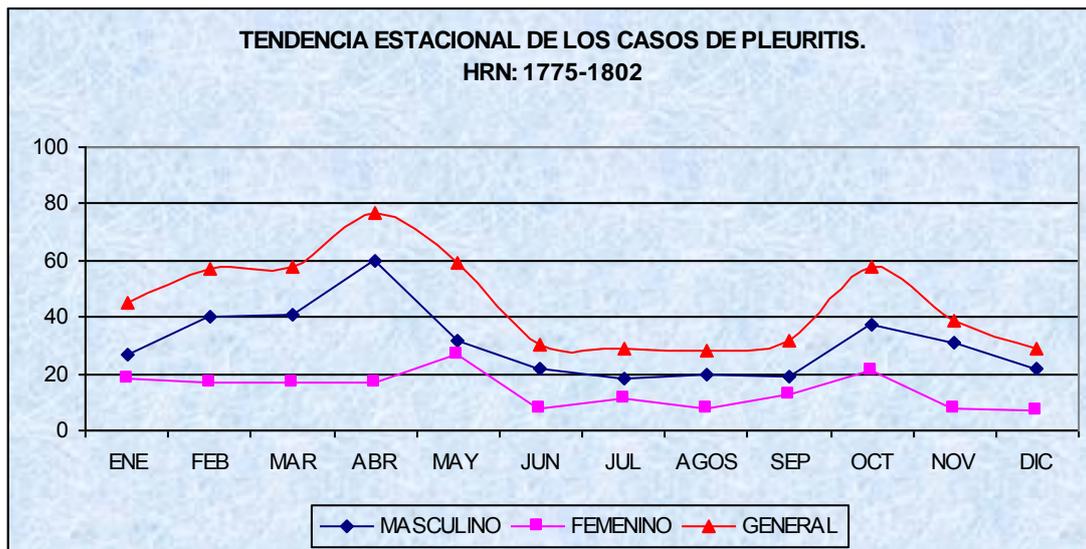
GRÁFICA VI. 14

Nuevamente 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 (Grafica VI: 15) 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.



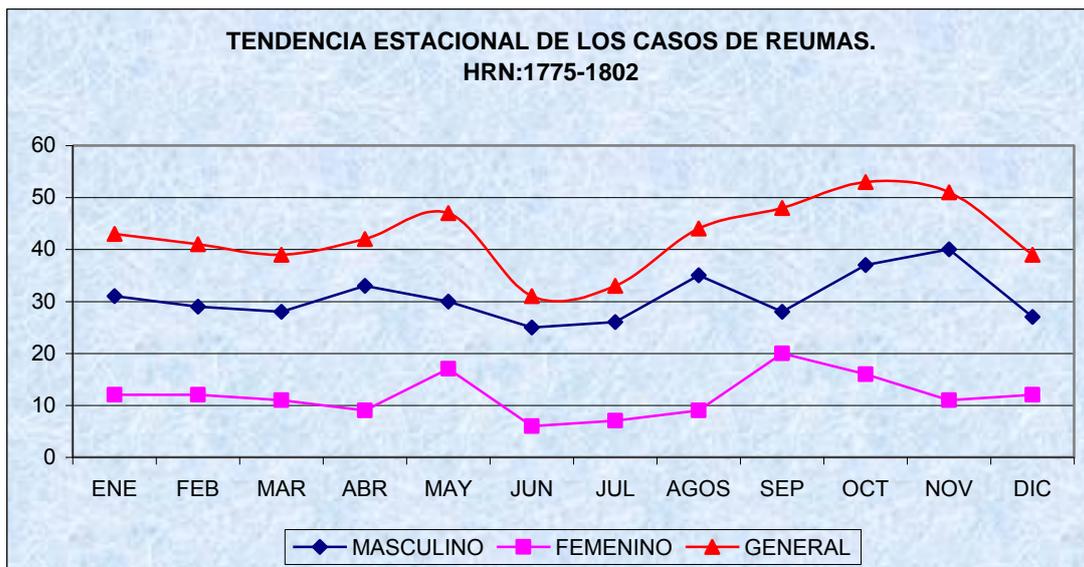
GRÁFICA VI. 15

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 VI.16, 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 da durante la temporada seca anterior al verano y en noviembre.



GRÁFICA VI. 16

Los casos de reumas asentados e 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 grafica VI. 17 pone en 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 a pesar de 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 VI. 17

VI. 5 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 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 de un diagnóstico diferenciado⁴¹ 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

I.- 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.

II.- Neoplasias (Tumores)

Tumor.

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

Chachético, escorbuto, ético, raquitismo, supresión.

IV.- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

Efervescencia.

V.- Trastornos mentales

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

VI.- Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos

⁴¹ Para realizar este ejercicio de clasificación conté con la invaluable ayuda del Dr. Federico Sandoval.

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

VII.- Enfermedades del aparato circulatorio

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

VIII.- Enfermedades del aparato respiratorio

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

IX.- 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.

X.- Enfermedades del aparato genitourinario

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

XI.- Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio

Aborto, parto.

XII.- 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).

XIII.- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

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

XIV.- Anomalías congénitas

Labio leporino.

XV.- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

XVI.- Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos

Agudo, anomas, arenom, augio, avitis, bisosa, canóptica, crónico, intasmárico, espermático, penexon, plusión, raro, semetus, tlacuacha, varso, viejo.

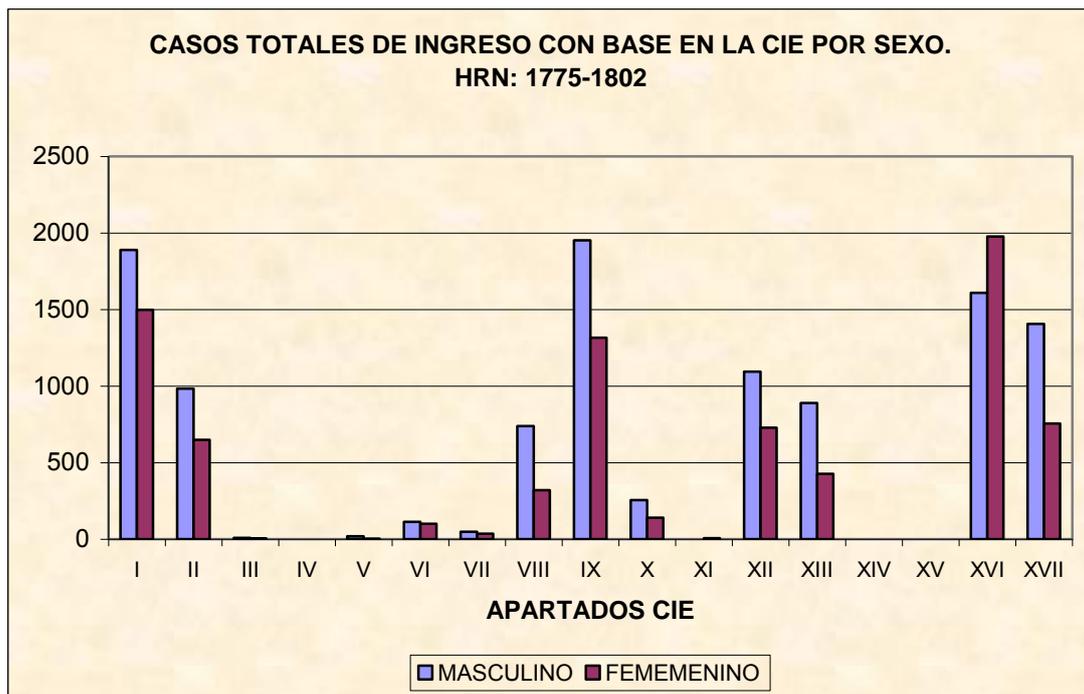
XVII.- Accidentes

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 VI. 6, 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 VI. 18)

Tabla VI. 6 Frecuencia de los casos de ingreso con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades

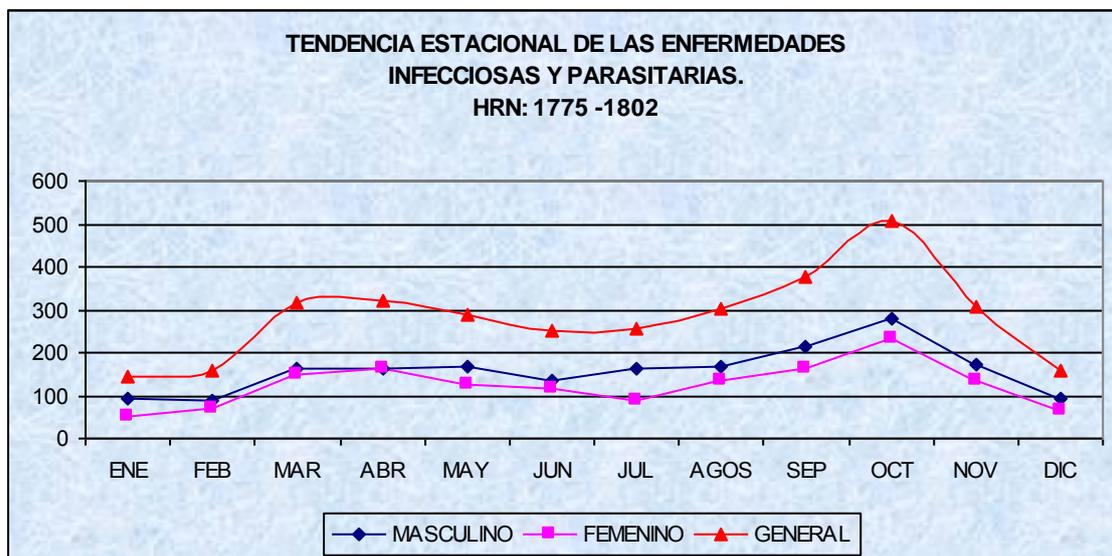
APARTADO CIE	MASCULINO	FEMEMENINO
I	1889	1497
II	983	649
III	8	5
IV	1	0
V	19	2
VI	113	100
VII	49	35
VIII	738	321
IX	1951	1315
X	256	141
XI	0	6
XII	1094	728
XIII	889	426
XIV	1	0
XV	0	0
XVI	1608	1978
XVII	1405	755
TOTAL	11004	7958



GRÁFICA VI. 18

El estrés la mala calidad y la marginalidad al acceso a los servicios (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 grafica VI. 19, donde se aprecian dos elevaciones constantes durante los meses de marzo a mayo y de agosto a noviembre.

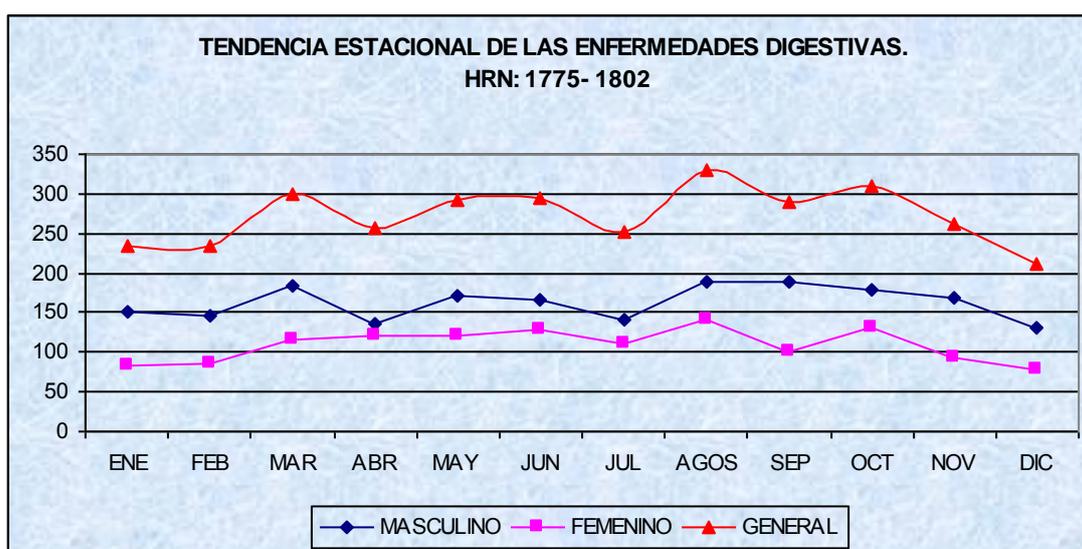


GRÁFICA VI. 19

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

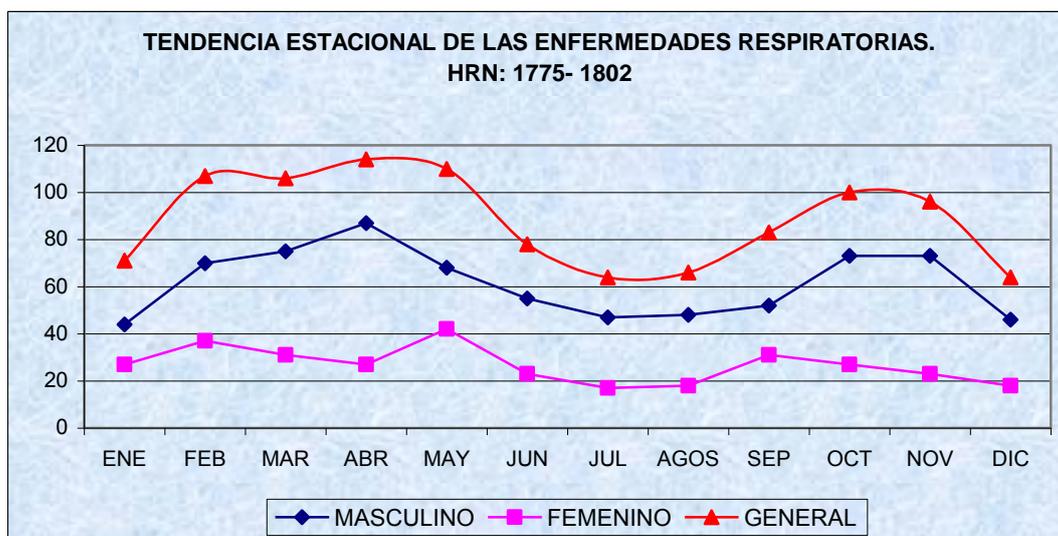
mundo. Están asociadas a una baja calidad en los servicios básicos y en la higiene en general. Aunque relacionadas con la pobreza existen elementos que inciden aparición de enfermedades digestivas en cualquier edad y estrato social, donde el grupo más vulnerable suelen ser los niños pequeños y los ancianos.

Estas problemas de salud son ocasionados 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 y 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.



GRÁFICA VI. 20

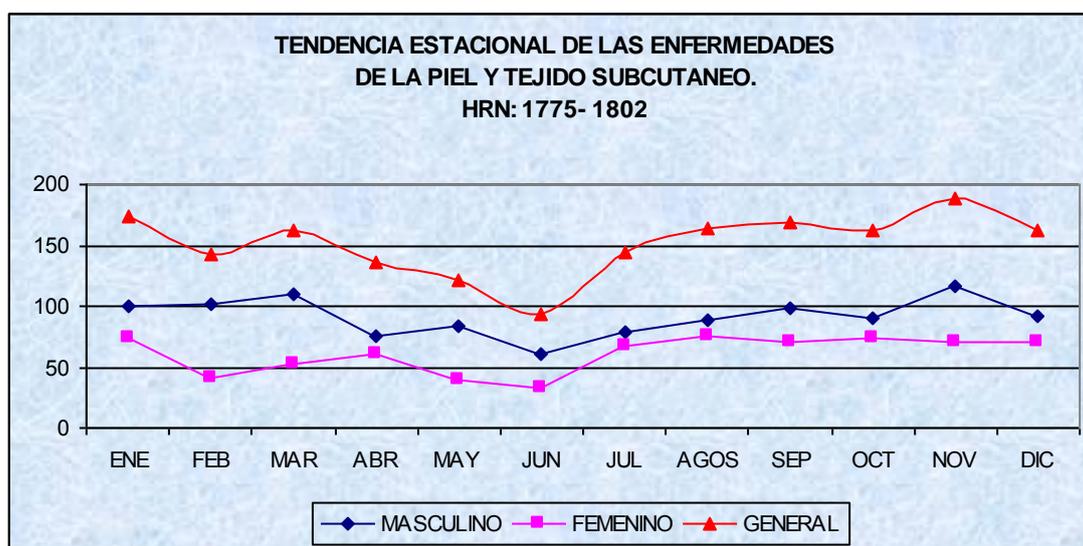
En los casos de enfermedades respiratorias la forma relevante de contagio o transmisión es por el aire y por contacto directo o utilización de objetos contaminados. Los casos de este tipo de enfermedades tienen un repunte en la temporada seca y calurosa de febrero a mayo, ya que el calor y el polvo afecta 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 grafica VI. 21.



GRÁFICA VI. 21

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 donde vivían, las condiciones en que laboraban y el hacinamiento al que estaban sometidos

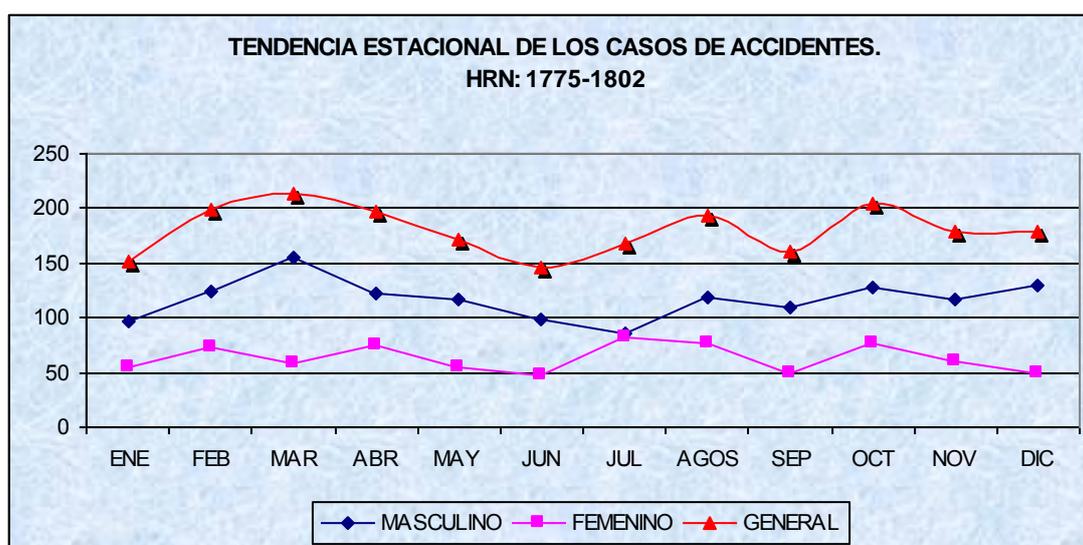
en diversas actividades. La grafica VI. 22 muestra que la frecuencia se mantenía alta prácticamente todo el año y también era común para ambos sexos Lo que permite hacer conjeturas basadas en los relatos acerca de la vida cotidiana de los indígenas.



GRÁFICA VI. 22

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 grafica VI. 23 muestra claros ejemplos que

durante todos los meses de año los accidentes⁴² son frecuentes, mayoritariamente entre los hombres debido a que ellos se encontraban de manera mas 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.

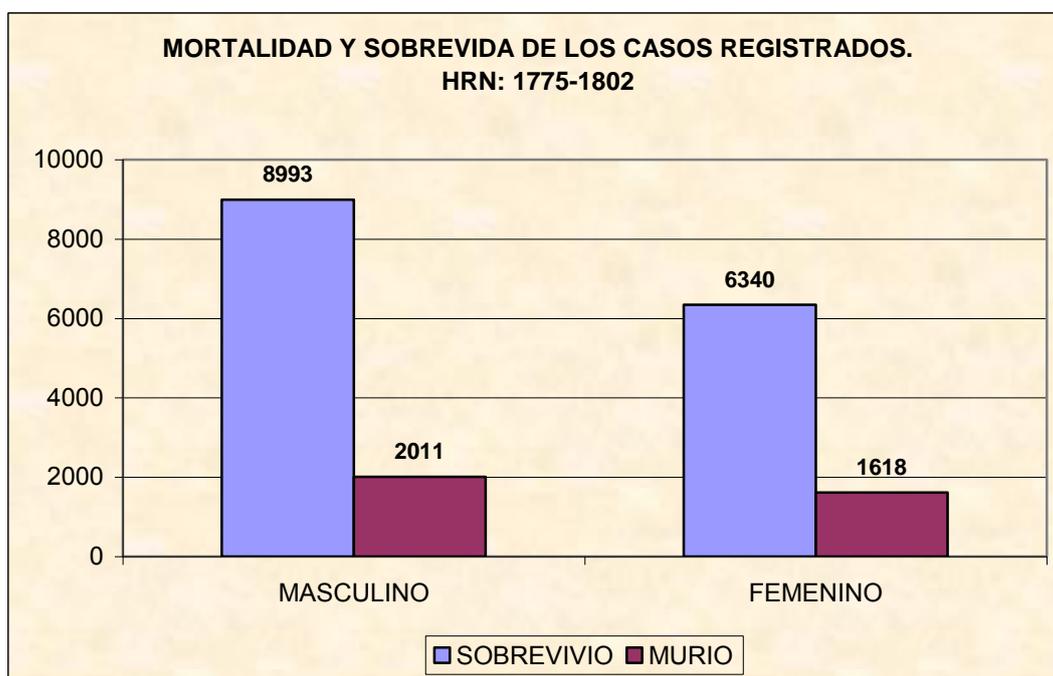


GRÁFICA VI. 23

⁴² Cabe señalar que en diversos documentos del siglo XVIII como libros de entierros es común que se relacione accidente como causa de muerte. E. g. ...*Juan Nepmuceno, de 20 años hijo legitimo de Juan Eladio, bautizado, su accidente fue hidropesía...* (N. A.)

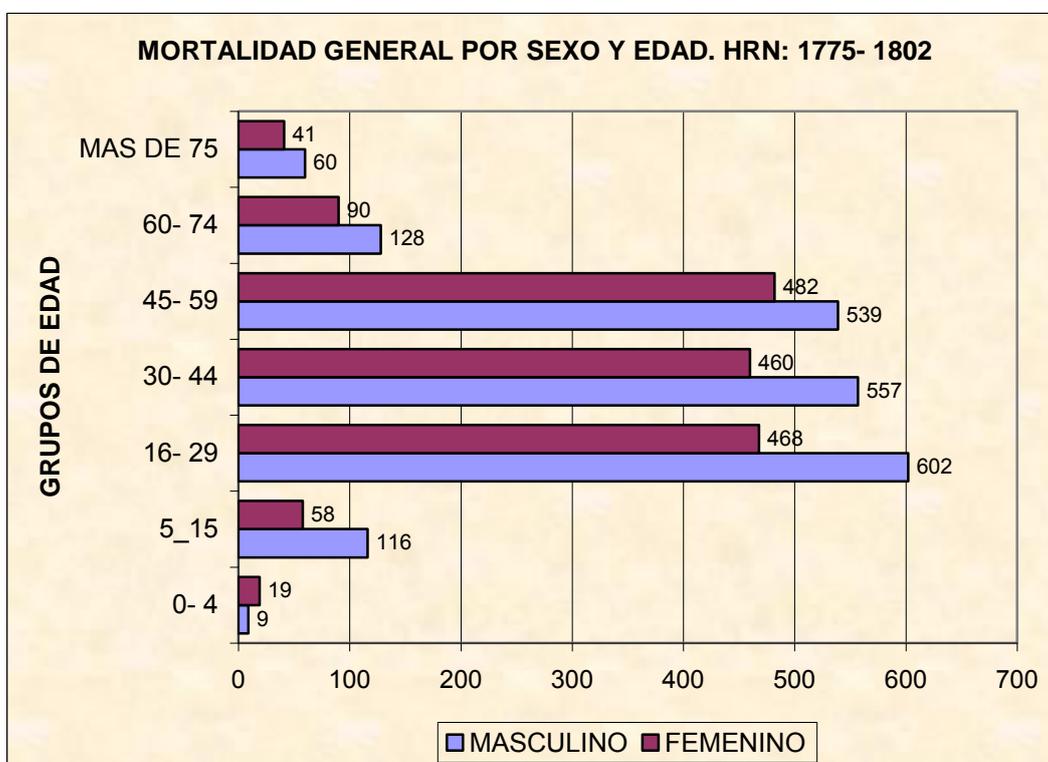
VI. 6 Mortalidad

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 estableció las frecuencias y porcentajes (gráfica VI. 24. De los 18 962 casos, murieron 3629 personas, 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.



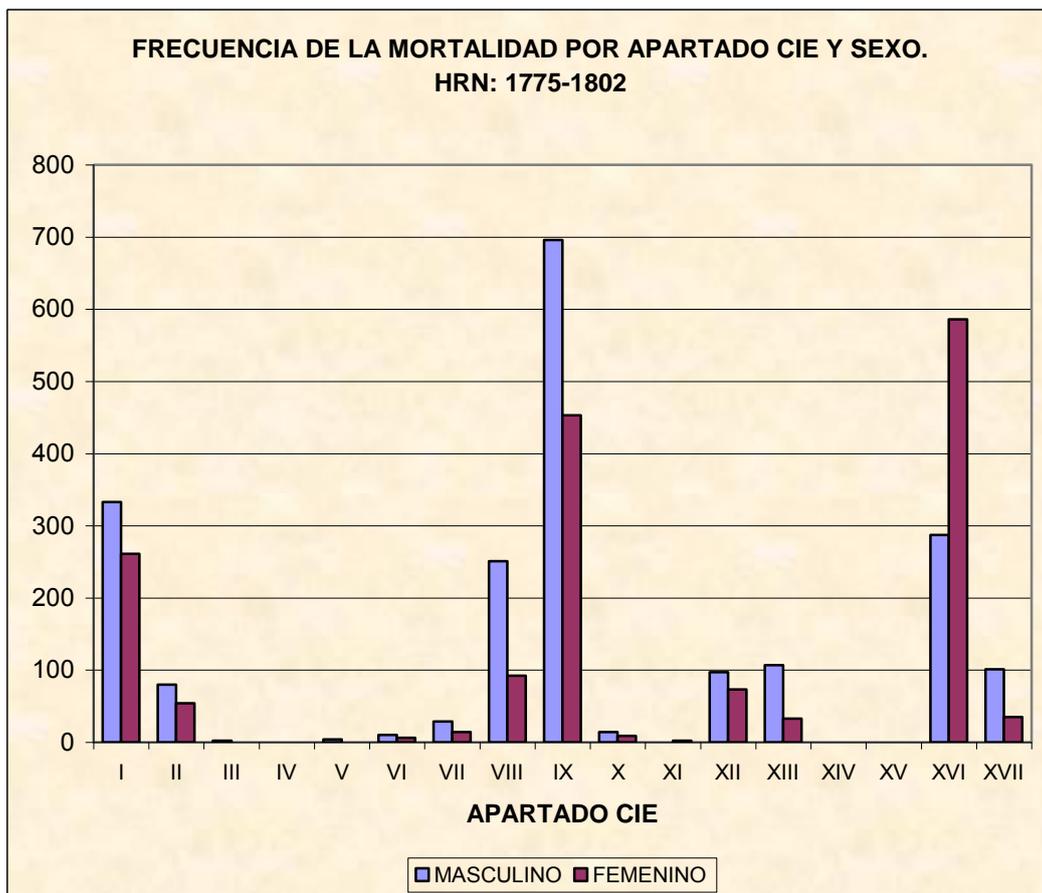
GRÁFICA VI. 24

En cuanto a la edad en que morían los pacientes del HRN (grafica VI. 25), 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 aquellos individuos dedicados principalmente a las actividades de la vida adulta productiva o no.



GRÁFICA VI. 25

En cuanto a la mortalidad vista a través de la CIE destaca en la grafica VI. 26 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 grafico 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 VI. 26

VI. 7 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 formulas y la interpretación de resultados en comparación a los procedimientos paramétricos (Dawson y colaboradores, 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:

H₀: 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.

H₁: 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)					
		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	18958	18947	18958	18956
ENFERMEDAD		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000	-.011	.104(**)	-.112(**)
				.148	.000	.000
GRUPO SOC.		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	18958	18947	18958	18956
				1,000	.014(*)	-.017(*)
SEXO		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.148		.048	.023
			18947	18951	18951	18949
EDAD		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.104(**)	.014(*)	1,000	-.024(**)
			.000	.048		.001
		18958	18958	18951	18962	18960
		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.112(**)	-.017(*)	.024(**)	1,000
			.000	.023	.001	
		18956	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.

Discusión

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 salud-enfermedad; 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 si, 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, de lo malvado 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 solo para la creación 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 a si 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 influyo pero también determino 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 por 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 marginalidad⁴³.

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 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 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.

⁴³ 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 aún 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 esta definida en cuanto los ingresos *per capita* de cada persona (Adler de Lomnitz, 1985:17).

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 menester 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 mas frecuentes en el periodo de estudio fueron de hígado y diarreas pero consideremos que entonces las enfermedades 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, 2000: 59). Así, mientras flujo de sangre refiere a una disentería causada generalmente por amibas, 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 viseras y sangre que se tiraban y los excrementos. Las personas enfermas también contaminaban el ambiente con su transpiración. 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 aun 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 París 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, 1987: 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 parece tener 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 pudimos 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 lo 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 debilitados 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 cardiaca, falla hepática, de riñón y malnutrición, la deficiencia cardiaca congestiva produce hidropesía, cuando del corazón se pone demasiado débil al tratar de mantener normal el flujo de sangre en los capilares facilitando la circulación de agua en los 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 bacilar 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. 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 sobre todo 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 severa⁴⁴. 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 como 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.

Se sabido que existe una correlación entre las deficiencias alimentarias 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,

⁴⁴ 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

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 XIX⁴⁵. 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 lo tanto, la aparición, desaparición, aumento o disminución de algunas enfermedades en un grupo social 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, de el 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 con lo anterior es factible sugerir que en la medida que las enfermedades se deriven de las condiciones sociales y el ambiente es un fenómeno biocultural

funciones vitales (Nota DLR)

⁴⁵ *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.

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 la frecuencia 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 sociales⁴⁶ 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 lo 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 esta asociada con síntomas como tos, respiración pesada y con dificultad, fiebre, pulso anormal, en sí todos los síntomas toman forma bajo una sola palabra pleuresía. (Focault, 1991).

De acuerdo con lo anterior, surgen preguntas necesarias ¿cómo se entendía y se explicaba la enfermedad en la época en la que nos hemos abocado? De la

⁴⁶ El termino *representación social* fue acuñado por Moscovici y fue refinado por Jodelet. Este termino hace referencia a la noción que cada persona le da a algo y que se nutre de un conocimiento individual y colectivo.

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 aun 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 “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 contrastante con 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 desenfadada, 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 la aparición de determinadas 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 generados 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 por las enfermedades. La idea de un diagnóstico preciso en épocas pasadas es asunto de mucha suspicacia. La tarea de elaborar correctamente un retrodiagnosis 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 comprende mejor en la actualidad a partir de hacer una analogía con el chancro duro.

La convención de clasificar enfermedades como entidades morbosas, además apareció a partir de algunas nosologías rudimentarias del siglo XVII y que 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 diagnósticos 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 aborda 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 habitual para solucionar sus enfermedades y problemas de salud. Primero, por que 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 opción, 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 y 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 por que pensaban que los médicos eran capaces de curar algunas enfermedades y otras no.

La historia de la salud y la enfermedad puede escribirse de muchas formas. Puede optarse por solo relatar la historia del progreso, descubrimientos, enfocarse en las prácticas que nos 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), pudimos ubicarnos para realizar una aproximación aun 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 esta 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 nos hace pensar que a pesar que en el HRN se aplicaba un conocimiento medico hegemónico como en España, seguramente la práctica médica se ajusto a las necesidades de la población atendida para que ese conocimiento fuera asimilable para los pacientes.

He considerado seriamente en este trabajo 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 etiquetarlos 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 antecieron 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.

Conclusiones

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

La cultura que producimos los humanos nos 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 atender los problemas de salud 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 con relación de plantear 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 mas 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 nos percatamos que lo que se define como enfermedad a partir de la biomedicina no necesariamente entra en el termino sino más bien se esta refiriendo a un problema de salud. Asimismo en la categoría de padecimiento, se aplica de forma llana 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 antropología. 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. Logré 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 nos llevaron a tener esa información que suele desconocer en términos de los estudios de osteología antropológica. Por ejemplo, se conoció que en su gran mayoría eran indígenas los pacientes del HRN, seguramente exceptuando la nobleza indígena que se atendía en otros lugares. También se identificó que a pesar de las disposiciones oficiales, en casos extraordinarios se atendió a otras personas con diferente filiación biológica. Además, establecimos que la población atendida se encontraba en un rango de 15 a 45 años en ambos sexos y lo más importante, encontramos que niños menores de un año y ancianos también formaban parte de los pacientes del HRN, ya que la tradición histórica marca que estos sectores de la población no eran atendidos en los hospitales. La información sobre la migración aportó una serie de datos sumamente importantes, destacando que los indígenas de todo el reino y aquellos de territorios de ultramar como los filipinos tenían derecho sólo por su condición de indígenas a ingresar y ser

atendidos. Sin embargo también este rubro marcó serios limitantes, los datos no permitieron establecer una verdadera idea de la migración y sitios de origen ya que muchos de los lugares repetían grafía y topónimos, otros eran ambiguos y vagos sin poder llegar a establecer su real origen. A partir de los datos pudimos constatar que más de la mitad de la muestra de población procedían de la ciudad de México y un número considerable de sus alrededores, de lugares como Tacuba, Tacubaya, Coyoacán, Xoco, San Agustín de las Cuevas (hoy Tlalpan) que se han convertido en colonias de la ciudad actual. Lo anterior, estimo ofrece un reto para una investigación posterior.

Lejos de considerar a esta investigación como referente terminado considero seriamente que sólo es una aproximación al proceso biocultural salud enfermedad atención y que falta muchos aportes 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 las disciplinas mencionadas 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 enfermedades 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 aumentarían.

En el terreno de 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 limitada y aislada 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.

El caso 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 dedicado 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 aun 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 aun más incógnitas se reconocen a cerca de las personas que asistieron a él aliviar penas, dolores, molestias y aun más 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 se aceptaron personas de otra filiación étnica o biológica, españoles, negros. También es importante recalcar que grupos considerados como indios por parte de las autoridades tuvieron ingresos comunes en el hospital, 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 el apartado de 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 proporcionado por el presente estudio.

Los objetivos de la investigación llegaron a buen termino, ya que se pudo acercar a la comprensión analítica del proceso biocultural salud enfermedad atención a partir de la utilización de materiales escritos.

Además pudimos esbozar de manera clara el entorno en que vivieron los indígenas hacia el fin del siglo XVIII y principio del XIX.

Nos allegamos 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 realizó el intento de elaborar un glosario que, considero, será de ayuda en investigaciones de la misma índole.

Debo, por ultimo, 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 carecen.

Tercero, la información obtenida es sin duda relevante, pero estimo que se encuentra hasta cierto punto limitada, sería interesante entrelazar 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 antropofísica, nos aporta información que en todo caso no obtendríamos con la osteología, por lo 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 el derrotero de la historia social y biológica de la humanidad.

Por lo tanto, conminó a los especialistas interesados en el tema para que se acerquen a este tipo de materiales para que a partir de su especialidad puedan aportar nuevos datos acerca del Hospital Real de Naturales.

Bibliografía

- Abascal, F.
1994 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. pp.: 19-39.
- Adler de Lomnitz, L.
1985 *Como sobreviven los marginados*. Siglo XXI Editores. México.
- Aguirre Beltrán, G.
1990 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. pp.:54-59.
- Aguirre, V. y García, I.
2000 *De la caridad a la beneficencia pública en la ciudad de México (1521-1910)*. Valero, A. (Coord.) ENTS, UNAM, México.
- Alfaro, M. E.
2006 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. pp.: 55-64
- Álvarez, J.
2002 *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*. Trillas UANL, México.
- Álvarez, A. L. y López, R.
1999 *El servicio de limpia en la ciudad de México*. GDF, México.
- Anna, T. E.
1981 *La caída del gobierno español en la ciudad de México*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Anónimo
1788 *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.
- Anzures, C.
1989 *La medicina tradicional en México*. Instituto de investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Artigas, J.
2004 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.
- Ayala, E.
2000 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. pp.: 145- 205.
- Báez, S.
1995 Un enano en la época colonial. En *Presencias y encuentros. Investigaciones arqueológicas de salvamento*. Dirección de Salvamento arqueológico. INAH, México. pp.: 249-255.
- Baños, F.
1994 Florilegio médico mexicano. Crónicas, documentos y relatos de la época colonial. Laboratorios Syntex, México.
- Basarás, J.
2006 *Una visión del México del Siglo de las Luces (1763)*. Landucci, México.
- Basto Girón, L.
1957 *Salud y enfermedad en el campesino peruano del siglo XVII*. Universidad Mayor de San Marcos, Lima.
- Calvo, T.
1973 *Acatzingo, demografía de una parroquia mexicana*. INAH, México.
- _____ (Comp).
1994 *Historia y población de México (Siglos XVI-XIX)*. El Colegio de México.
- Campos, R.
1996 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.
- Campos, R. y Ruiz-Llanos, A.
2001 Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España. En *Gaceta médica de México*. Vol. 137, núm. 6, México: 595-608.
- Canguilhem, G
2005 *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores, México.
- Carmona, J. I.
2005 *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos*. Universidad de Sevilla.

Castro, R.
2002 *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. México.

Castro, J., Rangel, M. y Tovar, R.
1999 *Desarrollo sociodemográfico de la ciudad de Guanajuato durante el siglo XVII*. Universidad de Guanajuato, México.

Chocano, M
2000 *La América colonial (1492-1763)*. Editorial síntesis, Madrid.

Civera, M.
2006 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. pp.: 111-120.

Civera, M. y Márquez, L.
1996 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.

Coe, Rodney.
1988 *Sociología de la medicina*. Alianza Universidad, México.

Commons, A.
2001 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. pp: 3-12.

Constanzó, M.
1796 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

Cooper, D.
1980 *Las epidemias en la ciudad de México 1761-1813*. IMSS, México.

Cook, S. y Borah, W.
1977 *Ensayos sobre historia de la población. México y el Caribe*. Siglo XXI editores, México.

1982 *El pasado de México, aspectos sociodemográficos*. FCE, México

Constituciones y ordenanzas para el régimen y gobierno del Hospital Real y General de los Indios de esta Nueva España
1776 Edición facsimilar 1983. Colección *documenta novae hispaniae*. Vol. B-1. Rolston-Bain, México.

Corbin, A.

1987 *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX*. Fondo de Cultura Económica. México.

Corcuera, S.

1991 *El fraile, el indio y el pulque. Evangelización y embriaguez en la Nueva España*. Fondo de Cultura Económica, México.

1996 *Entre gula y templanza. Un aspecto de la historia mexicana*. Fondo de Cultura Económica. México.

Crespo, E.

1989 *Distribución y frecuencia en algunas patologías bucales y desgaste dentario en tres colecciones óseas del México Prehispánico*. Tesis de licenciatura. ENAH, México.

Cruz, R.

2006 *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.

Cue, A.

1988 *Historia social y económica de México 1521-1854*. Editorial Trillas, México.

Cuenya, M. A.

1999 *Puebla de los Ángeles en tiempos de una peste colonial*. El Colegio de Michoacán-BUAP.

Daniel, W.

2002 *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. Limusa, México.

Dávalos, M.

1997 *Basura e Ilustración. La limpieza de la ciudad de México a fines de I siglo XVIII*. INAH/Gobierno del Distrito Federal, México.

Davis, A. V.

1945 *El siglo de oro de la Nueva España (Siglo XVIII)*. Editorial Polis, México.

Dawson, B. y Trapp, R. G.

2005 *Bioestadística médica*. Manual Moderno, México.

de la Fuente, J. M.

1914 *El Hospital Real de Indios de la Ciudad de México*. Sobretiro de memorias de la sociedad científica. Tomo 34. México. pp.: 75-92.

del Castillo, O.

2000 *Condiciones de vida y salud de una muestra poblacional de la ciudad de México en la época colonial*. Tesis de Maestría, ENAH, México.

del Castillo, O. y Márquez, L.

2006 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. pp.: 395-439.

de la Torre, G.

2000 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. pp.: 89-108

Diccionario médico Salvat.

1993 Salvat Editores, Barcelona

Donnangelo, M. C.

1994 *Salud y Sociedad*. Universidad de Guadalajara, México

Dubos, R.

1980 *Salud y enfermedad*. Colección científica del *Times Llfe*, México.

Estes, J. W.

2003 Dropsy. En *The Cambridge historical dictionary of disease*. Kiple, Kenneth F. (Editor). Cambridge University Press. pp.:100-105

Esteyneffer, Juan de

1978 *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.

Fabrega, H. Jr.

1981 Culture, biology and the study of disease. En Rothschild, H. (Editor) *Biocultural aspects of disease*. Academic Press. pp.:54-94.

Faulhaber, J.

1976 El mestizaje durante la época colonial. En *Antropología Física. Época moderna y contemporánea*. INAH, México. pp.: 79-118.

1990 El mestizaje biológico en la época colonial. En *Historia de la medicina. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI*. Aguirre Beltrán, G. (Coord). UNAM, México. pp.:37-45.

- Fierros, J.
2009 *El Hospital Real de Naturales (1701-1741). Un hospital diputado de la capital novohispana*. Tesis de doctorado. ENAH, México.
- Florescano, E. y Malvido, E.
1982 *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. IMSS, México.
- Florescano, E. y Rojas, R.
1996 *El ocaso de la Nueva España*. Editorial Clío. México.
- Florescano, E. y Menegus, M.
2000 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. pp.: 363-430
- Florescano, E. y Acosta, V. (Coord)
2004 *Mestizajes tecnológicos y cambios culturales en México*. CIESAS; Miguel Ángel Porrúa. México.
- Foucault, M.
1991 *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI editores. México.
- French, R.
2003 Scrofula. En *The Cambridge historical dictionary of disease*. Kiple, Kenneth F. (Editor). Cambridge University Press.
- Frenk, Julio *et. al.*
1991 Elementos para una teoría de la transición de la salud. En *Salud Pública de México*. Vol. 33, No. 5. pp. 448-462.
- Fuentes, J.
1998 El amanecer de la historia. En *Historia ilustrada de México. Desde los orígenes hasta Ernesto Zedillo*. Océano Grupo Editorial, México. pp.: 44-118.
- Garza, I. y Ballesteros, A.
1999 Yaws en Las Amilpas, Morelos. En *Estudios de Antropología Biológica IX*. UNAM, México. pp.: 231-246.
- Gibson, C.
1979 *Los aztecas bajo el dominio español (1519-1810)*. Siglo XXI Editores, México.
- González Cortés, A.
1980 *Lecciones de epidemiología*. Editorial Méndez Cervantes, México.
- González-Hermosillo, F
2001 Macehuales versus señores naturales. En *Gobierno y economía en los pueblos indios del México colonial*. González-Hermosillo, F. (Coord). INAH, México. pp.: 113-143

González Obregón, L.

1991a *La ciudad colonial*. En *Las calles de México*. Alianza Editorial, México. pp.: 176-183.

1991b *La vida colonial en las calles y las plazas*. En *Las calles de México*. Alianza Editorial, México. pp.: 212-225.

1991b *México viejo. Época colonial. Noticias históricas, tradiciones, leyendas y costumbres*. Alianza Editorial, México.

González, F. y Navarro, A.

2005 *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Ars médica, Barcelona.

González, I.

1984 *Reflexiones y apuntes sobre la ciudad de México (Fines de la Colonia)*. Colección Distrito Federal (4). Departamento del Distrito Federal, México.

Gottfried, R. S.

1989 *La muerte negra*. Serie Desastres en la Europa Medieval. Fondo de Cultura Económica, México.

Grmek, M

1989 *Diseases in the ancient greek World*. Johns Hopkins university press.

Gruzinski, S.

1991 *La colonización de lo imaginario. Sociedades indígenas y occidentalización en el México español. Siglos XVI-XVIII*. Fondo de Cultura Económica, México.

Guedea, V.

1991 *Las gacetas de México y la medicina. Un índice*. Instituto de investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México.

Humboldt, A. von

2004 *Tablas geográficas y políticas del Reyno de Nueva España* (original de 1804) Siglo XXI editores, México.

Israel, J.

1980 *Razas, clases sociales y vida política en el México Colonial (1610-1670)*. FCE, México.

Jaén, M. T. y Serrano, C.

1974 *Osteopatología*. En *Antropología Física; Época prehispánica*. SEP-INAH, México. pp.: 155-158.

- Jiménez, G.
1997 *México. Su tiempo de nacer. 1750-1821*. Fomento cultural Banamex, México.
- Jiménez, R.
2002 Un antropólogo en el Archivo General de la Nación. En *Diario de campo* (16), INAH, México: 24-26.
- King, L.
1976 Clínica y patología de la Ilustración. En *Historia Universal de la medicina Tomo V. Ilustración y Romanticismo*. Laín Entralgo, P. (director). Salvat Editores, Barcelona. Pp: 63-84.
- Kleinman, A.
1978 Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. En *Social Science and Medicine*. Núm. 12. pp.: 85-93
- Lagunas, Z.
2003 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: 121-144.
- Laplantine, F.
1989 *Antropología de la enfermedad*. Ediciones del Sol. Argentina.
- Lavín, L. y Balassa, G.
2001 *Museo del traje mexicano. Vol. IV El Siglo de las Luces*. Editorial Clío. México.
- León, S. y Lara, E.
2000 *Historia y filosofía de la medicina*. Instituto Politécnico Nacional, México.
- León, M. C.
2005 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. pp.: 19- 46.
- Lindemann, M.
2001 *Medicina y sociedad en la Europa moderna, 1500- 1800*. Siglo veintiuno de España editores, S. A.
- Lizarraga, X.
2003 De la inquietud a la disciplina: la antropología física. En *Antropología física. Disciplina plural*. Mansilla, J. y Lizarraga, X. (Coord). INAH, México: 65-66.
- Lockhart, J.
1999 *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.

Lombardo, S. (Coord).

2000 *El Impacto de las reformas borbónicas en la estructura de las ciudades*. Consejo del Centro Histórico de la ciudad de México GDF, México.

López de Hinojosos, A.

1977 *Suma y recopilación de cirugía con un arte para sangrar muy útil y provechosa*. Academia Nacional de Medicina, México.

López Piñeiro, J. M.

1976 Europa latina. En *Historia Universal de la medicina Tomo V. Ilustración y Romanticismo*. Laín Entralgo, P. (director). Salvat Editores, Barcelona. Pp: 73-84.

López Romero, D.

2002 *La colección ósea del Hospital Real de Indios y la de San Gregorio Atlapulco, Xochimilco, Algunos indicadores paleoestomatológicos*. Tesis de Licenciatura. ENAH, México.

2006 *Acercamiento a la salud oral de la población colonial en la ciudad e México: Un estudio de antropología dental*. Tesis de Maestría. Fac. de Filosofía y Letras, UNAM, México.

2007 *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.

2008 *Cuando los huesos no son suficiente. 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.

2010 *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.

2005 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. pp.: 555-586.

Llamosas, E. F.

1997 *Estudio de la salud bucal de un grupo prehispánico y un grupo del virreinato*. Tesis de Doctorado, Facultad de Odontología, UNAM. México.

MacLachlan, C. y Rodríguez, J.
1990 *The forging of the cosmic race. A reinterpretation of Colonial México.* University of California Press. USA.

Maldonado, C.
1995 *Ciudad de México, 1800-1860: epidemias y población.* INAH, México.

Malvido, E.
1990 *Las epidemias: una nueva patología.* En *Historia de la medicina. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI.* Aguirre Beltrán, G. (Coord). UNAM, México. pp.:93-118.

1998 Condiciones sanitarias en la ciudad de México, 1822-1850. En *Cuicuilco*, Nueva Época. Vol. 5 (13). ENAH, México. pp.: 261-276

Mansilla, J., Pijoan, C., Pompa, J. A. y Villegas, D.
1991 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. pp.: 121-148.

Mansilla, J.
1997 *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.

Márquez, J.
2005 *Ciudad, miasmas y microbios.* Editorial universidad de Antioquia.

Márquez, L.
1984 *Sociedad colonial y enfermedad. Un ensayo de osteopatología diferencial.* INAH, México.

1994 *La desigualdad ante la muerte en la ciudad de México. El tifo y el cólera (1813 y 1833).* Siglo XXI editores, México.

1998 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: 95-125.

2001 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. pp: 13-22.

2006 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. pp.: 27-57.

Martínez Cortés, F.

1995 El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina. En *Médico moderno*. Año XXXIV Núm. 2

Mascie-Taylor, Nick; Peters, Jean; y McGarvey, Stephen T. (Edits)

2004 *The changing face of disease: implications for society*. CRC Press.

Menéndez, E.

1988 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS, México.

1992 Modelo hegemónico, modelo de alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En *La antropología médica en México*. Tomo I. Campos, R. (Comp). UAM, México. pp: 97-114.

Meza, A. y Báez, S.

1994 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. pp.: 53-67.

Mijares, I.

1993 *Mestizaje alimentario. El abasto en la ciudad de México en el siglo XVI*. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

2005 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. pp.: 109-140.

Miño, M.

2001 *El mundo novohispano. Población, ciudades y economía; siglos XVII y XVIII*. FCE, México.

Miranda, J.

1972 *Vida colonial y albores de la independencia*. SEP-SETENTAS, México.

Mitre, E.

2004 *Fantasmas de la sociedad medieval. Enfermedad, peste y muerte*. Universidad de Valladolid.

Molina, A.

1996 *Por voluntad divina: escasez, epidemias y otras calamidades en la ciudad de México, 1700-1762*. CIESAS-INAH, México.

2001 *La Nueva España y el Matlazahuatl 1736-1739*. Ciesas- El Colegio de Michoacán, México.

Mondragón, L.

1999 *Esclavos africanos en la ciudad de México. El servicio doméstico durante el siglo XVI*. Ediciones Euroamericanas, México.

Moreno, A.

1976 El siglo de la conquista. En *Historia general de México*. Tomo I. El Colegio de México, México. pp.: 291-369.

Morín, C.

1973 *Santa Inés Zacatelco (1646-1812)*. INAH, México.

Muriel, J.

1956 *Hospitales de la Nueva España*. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI. Instituto de Historia. UNAM, México. pp.: 115-136.

1982 *Cultura femenina novohispana*. Instituto de Historia, UNAM. México.

Nelson, R. et. al.

2000 *Seasonal patterns of stress, immune function and disease*. Cambridge University Press

Oliver, L.

1992 *El Hospital Real de San Miguel de Belem: 1581- 1802*. Universidad de Guadalajara, México.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

1968 XIX Asamblea Mundial de la Salud, VOL. I, Ginebra.

Osorio, R. M.

2001 *Entender y atender la enfermedad*. CIESAS, INAH, INI, México

Oropeza, D.

2007 *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.

Orozco y Berra, M.

1998 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.

Ortiz, F.

2000 *Hospitales*. McGraw Hill Interamericana Editores, México.

- Ots, J. M.
1941 *El Estado español en las Indias*. FCE, México.
- Parodi, B.
2001 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. pp: 325-334.
- Patersson, D.
2003 Bacillary dysentery. En *The Cambridge historical dictionary of disease*. Kiple, Kenneth F. (Editor). Cambridge University Press. pp.: 43-44
- Pescador, J
1992 *De bautizados a fieles difuntos*. El Colegio de México.
- Pérez Tamayo, R.
1988 *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.
-
- 1997 *De la magia primitiva a la medicina moderna*. Colección "La Ciencia para todos" Núm. 154. FCE, México. pp.: 77-110.
- Quesada, E.
1994 Instituciones educativas novohispanas. En *La muy noble y leal ciudad de México. Ensayos sobre la ciudad de México*. Tomo II. CNCA, México. pp.: 129-142.
- Quesada, F.
2000 *Hospitales*. Mcgraw Hill, México.
- Quezada, N.
2000 *Enfermedad y maleficio*. UNAM, México.
- Quiroz, E.
2005 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. pp.: 17- 44.
- Rabell, C.
1999 *La población novohispana a la luz de los registros parroquiales*. UNAM, México.
- Ramos, M.
1994 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. pp.: 111-127.

Real Academia Española
1963 *Diccionario de autoridades*. 3 tomos edición facsimilar de 1732. Editorial Gredos, Madrid.

Riva Palacio, V.
1997 *Ensayos históricos*. CONACULTA-UNAM, México.

Rivera, A.
1988 *Principios críticos sobre el virreinato de la Nueva España*. SEP, México pp.: 41-49.

Román, J. A. y Rodríguez, M.
1997 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. pp.: 213-240.

Rodríguez, M. A.
2001 *Usos y costumbres funerarias en la Nueva España*. El Colegio de Michoacán. El Colegio Mexiquense.

Rodríguez, M. E.
2000 *Contaminación e insalubridad en la ciudad de México en el siglo XVIII*. Facultad de Medicina, UNAM, México.

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 Nacional 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.

2005 *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.

Romero, A. y Ramírez, J.

2003 La atención médica en el Hospital Real de Naturales. En *Cirugía y cirujanos*. Vol. 71. Núm. 6

Rubial, A.

1994 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. 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.

1954 *Sinonimias populares de las enfermedades*. Revista del bloque nacional de médicos, México.

Ruiz, J. C. y Román, A.

2001 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. pp: 3251- 264.

Rosen, G.

1985 *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI Editores, México.

San Martín, H.

1981 *Salud y enfermedad*. La prensa médica mexicana, México.

San Isidoro de Sevilla.

1951 *Etimologías*. Libro IV De Medicina. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid. pp.: 99-110.

Sedano, F.

1974 *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.

Schifter, L.

2002 *Medicina, minería e inquisición en la Nueva España*. Universidad Autónoma Metropolitana.

Sigerist, H.

1946 *Civilización y enfermedad*. Fondo de Cultura Económica, México.

Smith, M.

2003 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: 311-335.

Sonn, M., Garza, I. y López, D.

1999 *Evidencias de endodoncia en poblaciones prehispánicas de Morelos*. En *Memoria del 4º Congreso del Centro INAH Morelos*. Colección científica (499) INAH, México

Soustelle, J.

1970 *La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la conquista*. Fondo de Cultura Económica, México.

Storey, R.

2006 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. pp.: 29-38.

Swedlung, A. y Herring, A.

2003 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

Tanck, D.

2005a *Atlas ilustrado de los pueblos de indios. Nueva España 1800*. El Colegio de México, Fomento Cultural Banamex, México.

2005b 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. pp.: 213-245.

Taylor, W. B.

2003 "...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. pp.: 261-318.

Terán, M.

2001 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. pp.: 213-231.

- Timio, M.
1979 *Clases sociales y enfermedad*. Editorial Nueva imagen, México.
- Torales, M. C.
1994 El Cabildo de la ciudad de México. En *La muy noble y leal ciudad de México. Ensayos sobre la ciudad de México*. Tomo II. CNCA, México. pp.: 87-108.
- Torres, G.
1990 *México hacia el fin del virreinato español*. CONACULTA, México.
- Tostado, M.
1991 *El álbum de la mujer*. Vol. II. Época colonial. INAH, México.
- Tlabulse, E.
1994 *Historia de la ciencia en México. (Versión abreviada)*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; Fondo de Cultura Económica, México.
- Uchmany, E. A.
1987 El mestizaje en el siglo XVI novohispano. En *Historia Mexicana*. Vol. XXXVII. Núm.1. Centro de Estudios Históricos del Colegio de México, México, pp: 29-47.
- Vargas, L. A.
1991 Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. En *Gaceta Médica de México*. Vol. 127, núm. 1.
-
- 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.
2010 *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.
- Vargas, L. A. y Casillas, L.
1996 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. 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

Vargaslugo, E. *et. al.*

2005 *Imágenes de los naturales en el arte de la Nueva España. Siglos XVI al XVIII*. Fomento Cultural Banamex, Universidad Nacional Autónoma de México.

Venegas, C.

1973 *Régimen hospitalario para indios en la Nueva España*. INAH, México.

Vigarello, G.

2006 *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la edad media hasta nuestros días*. Abada Editores, Madrid.

Viesca, C.

2001 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. pp: 195-200.

2008 *Medicina virreinal*. Secretaria de Salud. México.

Villaroel, H.

1994 *Enfermedades políticas que padece la capital de esta Nueva España*. CONACULTA, México.

Viqueira, J. P.

1987 *¿Relajados o reprimidos? Diversiones públicas y vida social en la ciudad de México durante el Siglo de las Luces*. FCE. México.

Viveros, G.

1994 *Hipocratismos en México Siglo XVI*. UNAM, México.

Watts, S.

2000 *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Editorial Andrés Bello S. A. Barcelona.

Zavala, S.

1995 *El servicio personal de los indios en la Nueva España 170-1821*. Tomo VII. El Colegio de México/ El Colegio Nacional, México.

Zedillo, A.

1980 *Hospital Real de Naturales. Guía documental*. Cuadernos de la biblioteca. Serie de manuscritos no. 8. INAH, México.

1984 *Historia de un Hospital. El Hospital Real de Naturales.* Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

ANEXOS

ANEXO I

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.- (Anasarca) 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.- (Carbúnclo) 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 flictema 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 transpiración (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 continuidad 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.- Se paración 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: disminución 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)

ELEFANSIA.- 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 estomago (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).

E(s)PASMÓDICA.- (Espasmo). Contracción y encogimiento de nervios que se dice pasmo. Se presenta en ele 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).

ERISPELA.- 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).

ESCABIA.- (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)

(ES)PASMO.- 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 restriñen el vientre, embotan los apetitos venéreos y detienen el flujo espermático (DA).

ESPLÉNICA.- Relativo al Bazo (DMS). Lienosis (SIS)

ÉTICO.- (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.- Llaga angosta, honda y callosa 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.- flogosis

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 maniaca 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 reuniéndose 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 alferencia (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)

HEMIPLEJICO.- (Hemiplejía). Parálisis de un lado del cuerpo (DMS).

HEMOPTISIS.- Expectorcación de sangre (DMS). Haima (SIS)

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

(H)ENCORDIOS.- (Incordios; SP). Tumor que se congela y forma en las ingles procedido regularmente de humor gálico. Derivase de *cuerda*. 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 pretenatural 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 óseos (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.- Pituíta 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, autodesprecio 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). Colico 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 replección 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. Llamam 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)

PARALISÍS.- 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.- (Incarnativo) 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).

POLIPO.- 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). Etico

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

RELAJACION.- Estado morboso de lasitud extrema. Debilidad. (DMS); Hernia (SP)

RETENCION.- 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 veía en alguna parte del cuerpo (DA).

Tumefacción o hinchazón morbosa. Neoformación 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).

ULCERA.- Llagas 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).

UTERO.- 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)

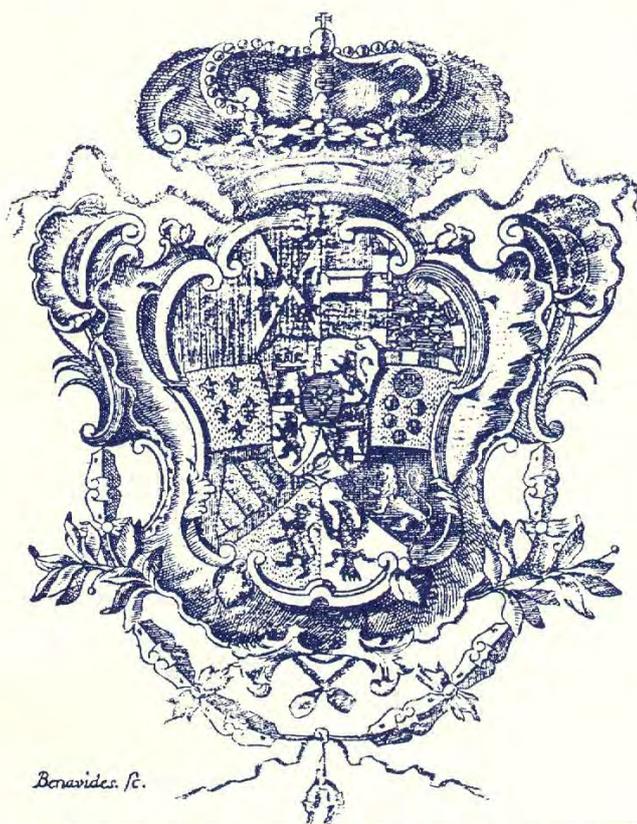
VENA.- No se encontraron referencias.

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 llena 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 transforman 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)

VISCERA.- Entrañas (DA). Órgano contenido en una cavidad esplácnica, especialmente en la abdominal. (DMS) Tal vez se hable de esplacnoptosis⁴⁷

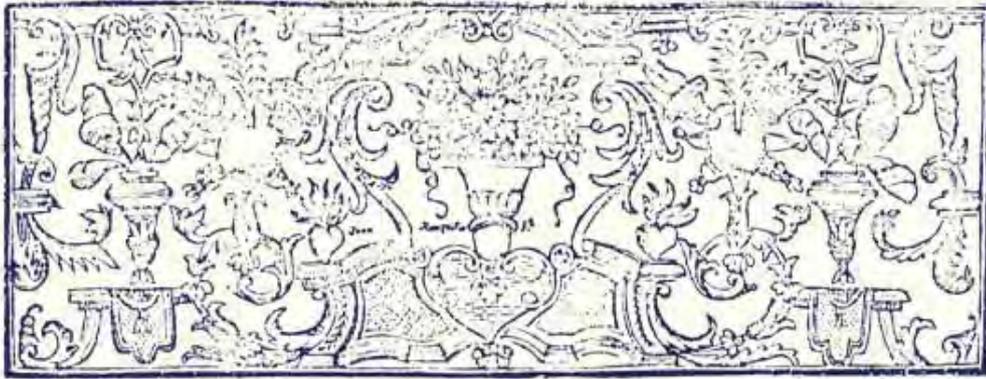
⁴⁷ Caída de víscera.



Benavides. sc.

**CONSTITUCIONES,
Y
ORDENANZAS,
PARA EL REGIMEN, Y GOBIERNO
DEL HOSPITAL REAL, Y GENERAL
DE LOS INDIOS DE ESTA NUEVA ESPAÑA,
Mandadas guardar por S. M. en Real Cédula de 27
de Octubre del año de 1776.**

CON LICENCIA DEL SUPERIOR GOBIERNO
Impresas en México, en la nueva Oficina Madrileña de D. Felipe
de Zúñiga y Ontiveros, calle de la Palma, año de 1778.



TRATADO PRIMERO.

De los Fondos de este Hospital, y de la autoridad, y facultades que en razon de ellos ha de tener la Junta.

I.



LOS fondos de este Hospital hasta el tiempo de la formacion de las presentes Ordenanzas llegan á treinta y quatro mil y cinquenta pesos, en esta forma: veinte y tres mil, que en años regulares, con corta diferencia de mas, ó menos, produce el Medio real que contribuyen todos los Indios de esta Governacion para este su Hospital: quatro mil y quatrocientos que le rinde el Corral de Comedias, segun su actual arrendamiento: un mil doscientos y cinquenta del Privilegio que goza de la impresion de Cartillas: seis mil que anualmente le producen varias posesiones de Casas que tiene en esta Ciudad: un mil de varios Censos que á su favor tiene; y un mil y quatrocientos pesos, que de las Reales Caxas se le ministran anualmente por concesion, y liberalidad de Su Magestad. Y aunque estas rentas están sugetas á alguna alteracion en los varios Ramos que las producen, especialmente en el principal que constituye

tituye el medio real que le pagan todos los Indios tributarios, pues en los acaecimientos de epidemia (segun lo que se ha regulado en las padecidas en este siglo) podrá baxar su producto hasta 20ð pesos, viene á computarsele por fondo fixo la cantidad de 34ð050. Y respecto á que haviendose advertido por la Real Junta, que los Indios vagos de la comprehension de este Virreynato, no han satisfecho hasta ahora el medio real, como los demás Indios fixos, se acordó en la celebrada á 2 de Junio de 769, que para aumento de las rentas, lo pagaran todos indistintamente, hecha antes regulacion de lo que podría importar ese aumento; lo que no pudo verificarse por varias consideraciones, y una de ellas ser preciso arreglar previamente el número de esta clase de Tributarios, se previene que siempre que llegue á tener efecto su arreglo, se agregue al importe de rentas lo que se reconozca deber contribuir los Indios vagos que en él se incluyeren.

II.

QUE este caudal se maneje con total independenciam, para que así se ocurra con la mayor prontitud á los continuos, y sucesivos gastos para que es destinado; y por convenir tambien que en su custodia intervengan solo los Ministros diputados para su administracion, y buen gobierno, y conforme á lo que propuso el Señor Fiscal Don Juan Antonio Velarde en su Respuesta de catorce de Octubre de mil setecientos setenta y ocho, se ponga una Arca con tres llaves en la Sala que se destinare para las Juntas, y que una de ellas esté en poder del Señor Juez de Hospitales que lo fuere en turno, otra en el del Administrador, y otra en el del Capellan mayor; y que los caudales que se introduxeren en ella, y se sacaren, sea con su intervencion, y asistencia del Escribano.

III.

QUE el Administrador, y demás asalareados, no han de cobrar sus sueldos sino por Libramiento de la Junta, y que el

el Administrador ha de continuar sin novedad cobrando como ³ hasta ahora el Medio real que para este Hospital contribuyen los Indios tributarios.

IV.

QUE para la manutencion, y gasto diario del Hospital, solo se anticipe al Administrador lo que á juicio prudencial de la Junta se estime conveniente, y proporcionado á cada mes, teniendo consideracion en la que se celebrare al principio de cada uno, á la Memoria firmada del Proveedor, de todos, y qualesquiera efectos que haya comprado para reponer en lugar de los consumidos; á la de los gastos ordinarios, como sueldos de los Sirvientes, y semejantes; y á la cantidad que prudentemente se regularé precisa para la compra de cosas muy menudas: en la inteligencia de que para la paga de todo lo que así se comprare, han de ocurrir los Vendedores á el Administrador con Listas firmadas por el Proveedor, de todos los géneros, y efectos que le hayan entregado, y percibirán su importe, firmando al pie de ellas el Recibo correspondiente, y reconociendo sus firmas por ante el Escribano; y quando las compras de Cacao, ú otros efectos se verifiquen en Vera-cruz, se añadirá el Recibo del que percibiére las Facturas, y Cartas de embío. Que igualmente recoja el Administrador Recibos mensales del Proveedor, de la cantidad que le entregare para gastos menudos, y éxtraordinarios, y de qualquiera otra que le ministre, ó pague por qualquiera título, ó razon. Que para la paga de sueldos forme una Lista cada mes, con expresion de Sugetos, de su ocupacion, y de la cantidad que ganan, y reciben, y que cada Interesado firme su partida al margen de ella como percibida. Que el importe de los gastos éxtraordinarios que se ofrezcan en el mes, como por exemplo, embiar algunos Enfermos á los Baños del Peñol, Parteras, y otros que á este modo ocurran, se entreguen por los Claveros con Libramiento de la Junta, quedando razon en el Libro á el mismo Administrador, quien otorgará Recibo al pie de la Memoria, la que recogerá el Escribano, y mantendrá en su poder, para entregarla á su tiempo al Ministro de la Glosa de la Cuenta.

V.

V.

QUE el Administrador, así como todas las demás Rentas, cobre tambien con salario de solos quatrocientos pesos, el Medio real de Hospital; y que en caso de resistencia, ó morosidad en los Alcaldes mayores para su paga, se presente al Señor Juez de Hospitales, para que proceda contra ellos, y los apremie segun las facultades que para esto ha de tener; entendiendose que la Certificacion para la comprobacion de la Cuenta, que debe dar el Contador de Tributos, ha de ser de Oficio, y sin derechos algunos.

VI.

QUE no se innove en las fianzas que el Administrador daba, respecto á quedar en el mismo sistema que antes, á su cargo, la recaudacion de las Rentas del Hospital, y que las Fianzas se dén á satisfaccion, y en la misma forma que hasta ahora.

VII.

QUE en el evento de algun gasto extraordinario que en dicho Hospital se necesite hacer, se guarde lo resuelto en la Ordenanza quarta de este Tratado.

VIII.

QUE las Juntas sean á lo menos cada mes, y que las compongan el Señor Juez, en turno, sin innovar en el tiempo, segun lo que ha sido costumbre; el Ministro del Tribunal de Cuentas, á quien estuviere encargada la Glosa de la de este Hospital; el Mayordomo Administrador, y el Capellan mayor, respecto á que separada la cobranza del Medio real de la Contaduría de Tributos, no tiene el Contador general de este Ramo, motivo para intervenir en ella, y á que los Oficiales Reales están muy recargados de ocupaciones: quedando al arbitrio del
del

del Señor Juez en turno, aumentar las Juntas, y señalar días para ellas, según la necesidad, y urgencia de los casos extraordinarios que ocurran.

IX.

QUE en los Remates que se hicieren de las Rentas, y Bienes del Hospital, como las del Corral del Coliseo, y las de los demás Ramos que lo necesiten, se guarde la costumbre, haciéndose ante el Señor Juez en turno, con asistencia del Señor Fiscal, y del Mayordomo del Hospital.

X.

NO podrán enagenar Bienes, Casas, ni otras Rentas algunas del Hospital, sin autoridad, y licencia de la Junta, pena de su nulidad, poniendo ésta especial cuidado en que ninguna de sus Fincas pueda venderse, gravarse, ó en qualquiera manera enagenarse, si no fuere en el caso de que no habiendo otro recurso, practicadas todas las solemnidades convenientes, lo estime la Junta útil, y necesario al Hospital; y en este caso ha de informar la Junta con instruccion al Exmô. Señor Virrey, para que con audiencia del Señor Fiscal, califique si sea útil, y necesaria la enagenacion.

XI.

QUE no podrá el Administrador en lo de adelante por sí solo, imponer á réditos principal alguno perteneciente al Hospital, sino únicamente solicitar Fincas á propósito en que se imponga, y participarlo á la Junta, para que con conocimiento de dichas Fincas, y seguro de ellas, determine si se han de imponer, ó no: y á este fin en cada Junta mensual participará los Principales que se huviesen redimido, para que á arbitrio de la Junta se impongan, informándose previamente con instruccion al Exmô. Señor Virrey, para que determine sobre su imposicion, con la solemnidad prevenida en la Ordenanza antecedente. Y que en el entretanto se introduzgan luego en dicha Arca, con la solemnidad que previene la Ordenanza segunda de este Tratado.

B

XII.

XII.

QUE sin licencia de la Junta no podrá el Administrador hacer reparos algunos en el Hospital, cuyo costo pase de cien pesos, á exemplo de lo que se práctica en todos los Tribunales, y Oficinas del manejo de Real Hacienda: y que los reparos que hiciere hasta en dicha cantidad, han de ser con anuencia del Señor Juez, y obligacion de dar cuenta en la primera Junta.

TRATADO SEGUNDO.

De otras facultades de la Junta, y su jurisdiccion, y la del Señor Juez, que deberá presidirla.

I.

DESPUES de haberse resuelto en el Tratado anterior la autoridad, y facultades de la Junta cerca de los fondos de este Hospital, no es menos importante la que deba tener, y exercitar en el gobierno temporal, y económico de dicho Hospital, y principalmente en el gobierno espiritual de él, como tan util, y conveniente al bien espiritual de las almas de los Indios que allí mueren.

II.

EN los dias señados para esta Junta deberán estar prontos el Capellan mayor, Mayordomo, Proveedor de dicho Hospital, y todos sus Capellanes, por si fuere necesario á arbitrio de la Junta, tomar alguna razon, ó instruccion de ellos, ó si éstos, como principales Ecónomos, y Ministros en lo espiritual, y temporal, dentro de dicho Hospital quieran representar, informar, ó pedir alguna cosa importante á la Junta para el mejor manejo de dicho Hospital, tanto en lo temporal, como en lo espiritual, de cuya libertad deberán gozar tambien todos los Médicos,

dicos, Cirujanos, Enfermeros, y demás Oficiales, y Ministros, para que puedan hacer lo mismo siempre que al referido Hospital, ó á sus Oficios, y Personas les conviniese, para que instruida la Junta de sus informes, representaciones, ó quejas, pueda tomar la providencia que hallare conveniente. Y que habiendo queja de algun Sirviente, sea ante el Señor Juez, quien providenciará por sí sobre ella, ó convocará á Junta para determinar, si el caso lo pida.

III.

Todos los Ministros principales del Hospital, como Administrador, Capellanes, Médicos, Cirujanos, y Escribano, siempre que vagen sus empleos por muerte, ú otro caso, deberán proveerse á Consulta de la Junta por los Exmôs. Señores Virreyes: á cuyo fin convendrá mucho que el Administrador de dicho Hospital, por el mayor conocimiento que se le supone, presente á la Junta Lista de todos los Sujetos que estimare conveniente, especialmente de los que sirven en dicho Hospital, los quales deberán ser preferidos, para que de esta manera con la esperanza de sus ascensos, se alienten al mejor servicio, y esmeren el cumplimiento de sus obligaciones.

IV.

QUE todos los demás empleos, y oficios menores de dicho Hospital, sean de la clase que fueren, aunque han de ser á elección del Administrador, serán amovibles á voluntad de la Junta, siempre que por alguna causa le parezca conveniente: quien por lo que mira á los empleos mayores, siempre que hallare convenir su remocion, informará al Exmô. Señor Virrey, para que providencie sobre su provision.

V.

QUE ha de ser propria de la autoridad de la Junta la facultad de reconocer, siempre que lo estimare conveniente, todas las oficinas, tanto las que miran á la Hospitalidad, como

las que miran á su manejo en lo espiritual, y temporal, de modo que están sujetas á su roconocimiento la Colecturía, Proveduría, Repuesto de Botica, Archivo, y demás oficinas con sus Libros, y Papeles que las componen: y su reconocimiento en lo espiritual ha de ser meré económico, para dar cuenta donde corresponda.

VI.

Aunque en la formación de estas Ordenanzas se ha procedido con diligente atencion á todo quanto concierne á la conservacion, y aumento del Hospital, y á su manejo, y gobierno; como el tiempo, y la experiencia práctica de él puede dar motivo á que se reformen, ó quiten en todo, y á que se establezcan otras de nuevo, segun lo pidan los tiempos, y casos, siempre queda reservada á la Junta la facultad para alterar, variar, quitar, ó mudar las dichas Ordenanzas, y establecer otras de nuevo, precediendo la aprobacion, y licencia del Exmô. Señor Virrey.

VII.

Tendrá el Señor Juez privativamente toda la jurisdicción contenciosa en lo civil, y criminal de todos los Individuos que sirven al Hospital, y que por esta razon deben gozar del fuero pasivo: de suerte, que tenga, y goze el Señor Juez la misma autoridad que tiene, y goza el Señor Asesor Consejero Ministro de Castilla en el Hospital Real general, y el de la Pasion de la Corte de Madrid, dando cuenta precisamente al Exmô. Señor Virrey, en los casos graves que lo demandaren: y apelando los que se sintieren agraviados, sea para la Real Audiencia en lo civil, y en lo criminal para la Sala del Crimen, y en los demás casos se proceda conforme á lo que declara, y dispone la Ordenanza segunda del Capítulo nueve, que trata de las facultades del Asesor de los Reales Hospitales de Madrid; y en quanto á dar cuenta al Exmô. Señor Virrey, sea, y se entienda solo para su noticia, sin que por esto se invieta el orden de las Causas, ni la apelacion.

VIII.

PARA que se tenga presente lo resuelto por S. M. en la Ordenanza segunda del Capitulo nueve de las formadas para el gobierno de los Hospitales General, y de la Pasion de Madrid, que se cita, y manda observar en el Artículo siete del Tratado segundo que precede, se copia á la letra la referida segunda Ordenanza, que es del tenor siguiente.

Entenderá como tal Asesor, en los Pleytos, Causas, y Negocios civiles, y criminales que se ofrezcan pertenecientes á los Hospitales, Rentas, Ministros, Dependientes, y Sirvientes de los mismos, que gozan salario, siendo reos demandados, y no en otra forma; menos en el caso de que se trate de los negocios propios, y privativos de los mismos Hospitales, sus rentas, y ejercicios comprendidos en el instituto de la Hospitalidad; porque entonces deberá conocer privativamente el Asesor, sea aólor demandante, ó reo demandado la parte de los Hospitales, con inhibicion de los Consejos, Chancillerias, Audiencias, y demás Tribunales, y como siempre se ha exercido esta jurisdiccion por los Protectores de ellos, admitiendo las apelaciones de sus sentencias, en los casos, y cosas que conforme á Derecho haya lugar, para el Consejo, y Sala de mil y quinientas, como siempre se ha practicado.

TRATADO TERCERO.

Del Mayordomo Administrador.

I.

PARA este empleo en ambas ocupaciones, que siempre lo confiere su Magestad en propiedad, y los Exmôs. Señores Virreyes en ínterin, deberá el nombrado en una, ú en otra forma, para tomar posesion de él, y exercerlo, dar las fianzas segun lo que vá acordado, reservandose á la Junta la calificacion de la cantidad que deba afianzar. Y lo mismo deberá executar el aóual Administrador, para que las fianzas que

C

tenía

tenía dadas en el sistema en que estaba su administracion antiguamente, queden solo reducidas á lo que la Junta ha arbitrado.

II.

QUE para darle posesion de estos empleos, ha de hacer el Mayordomo Administrador ante la Junta juramento de fidelidad, y buena administracion, y se ha de tener presente el Inventario general que se hizo de todos los Bienes, y Rentas del Hospital, quando tomó posesion su antecesor; y con este Instrumento se le ha de ir haciendo cargo jurídico de todo, y de las mejoras, si las huviere, ó anotandose sus faltas, entregandosele el Testimonio del nuevo Inventario para su gobierno, direccion, y resguardo.

III.

QUE ha de tener inspeccion, y conocimiento general en todos los casos, y cosas que se ofrecieren dentro, y fuera del Hospital en quanto toque á su gobierno económico, pues como tal es responsable en facultades, y autoridad de sus empleos, seguros, que anticipa á su exercicio, y posesion, eleccion, y proposicion respectiva de Sujetos que á su confianza, y arbitrio han de servir en el Hospital en las ocupaciones de su instituto, y ocupar los empleos menores de dicho Hospital, observandose en el nombramiento de los demás, lo dispuesto por estas Ordenanzas, y lo mismo en punto de la jurisdiccion, y autoridad que siempre queda reservada á la Junta.

IV

Siendo como son dos los empleos que se le confieren, uno de Administrador para la recaudacion de las Rentas, y otro de Mayordomo para la distribucion de ellas, deberá con el primero dedicarse á la recaudacion con aquel esmero que es de su obligacion, y pondría en las cosas propias, no permitiendo se atrasen, y descaezcan, y pierdan, con el cargo de responsabilidad á qualquiera omision, y con la de dar las Rentas
cobra-

cobradas, ó diligenciadas, de forma que haga constante no haver estado de su parte el defecto del atraso, la no recaudacion, ó pérdida de la Renta.

V.

PARA esto tendrá un Libro foliado, y rubricadas sus foxas de los Ministros de la Junta, y del Escribano del Hospital con dia, mes, y año, en el qual pondrá con distincion, y separacion para su mayor claridad todos los Ramos de que se componen las Rentas, su monto anual, dias en que se cumplen los plazos, Personas obligadas á su paga, en qué forma, y con qué calidades, é Instrumentos en aquellos que permiten esta constancia.

VI.

ASimismo tendrá otro Libro con iguales formalidades que el antecedente, y con tal correspondencia uno, y otro, que facilmente pueda venirse a lo que se necesite saber; cuyo Libro ha de contener (guardandose el mismo orden del primero) los Sujetos que hayan satisfecho el Ramo, ó Ramos de su encargo, los que fueren deudores en todo, o en parte, con lo demás que sea oportuno á que se tenga presente el estado de las Rentas, y á evitar confusiones.

VII.

CON igual exâctitud, y vigilancia interesará el oficio de Mayordomo en las asistencias del Hospital para velar, y celar que los Enfermos estén bien asistidos, vér, é informarse á qué hora van los Médicos, y el Cirujano mayor; si cumplen sus obligaciones; si á los Enfermos de una, y otra facultad de Medicina, y Cirugía se les administra todo lo que se les ha ordenado; de qué modo se portan los Enfermeros, y Práctican-tes; si la comida está pronta á sus horas, y de qué modo dispuesta; y en breve, si todos los empleados en el Hospital acuden á sus respectivos cargos, y obligaciones.

VIII.

ACudirá por su propia Persona al consuelo de los Enfermos, á inquirir de ellos cómo son asistidos, si ha havido falta en el cuidado, alimentos, medicina, y demás, y no omitirá tambien reconocer por sí la Cocina, su limpieza, y aséo, como el de las demás Oficinas que sirven al Hospital, para que puedan enmendar sus descuidos.

IX.

DEberá igualmente reconocer por sí mismo, y saber si los comestibles, y demás géneros necesarios á la subsistencia, buen uso, y asistencia del Hospital, son de la mejor calidad, y precios cómodos, tomando siempre Recibo del Sugeto, ó Sugetos que los hayan vendido, con toda especificacion de sus especies, y valor, para que en tiempo lo compruebe el Escribano.

X.

Puesto que el Hospital tiene fondos suficientes á la curacion, y completa asistencia de los Enfermos, que en tiempos regulares acuden á su abrigo, cuidará el Mayordomo de que la Despensa esté bien proveida de todos aquellos géneros que pueden conservarse sin corrupcion; con cuya economía no solo se conseguirá la prontitud en su uso, sino haberse tales géneros á precios mas moderados, como que se compran en junto.

XI.

HA de ser de su cargo enterarse menudamente del modo como se gasta todo, y como, y á qué fines se distribuye respectivamente, para que el consumo vaya con la economía, y orden que se requiere, sin confusion, ni á bulto, para que se evite qualquiera extravío; sin que esta disposicion quiera decir, ó dar á entender, que en lo que los Enfermos necesitan para su
sus-

sustento, curacion, regalo, limpieza, y demás que requiere una cabal asistencia en tal estado, se proceda con escasez quando ésta se opone antes á la intencion de esta Ordenanza, que á su cumplimiento, siendo compatible lo que dispone con la abundancia, y ésta con evitar los extravíos que en ella misma podrian tener muchas ocasiones con el hecho solo de no procederse con regla, y economía; y lleva tambien el fin de que advertido de esto el Mayordomo, excuse la responsabilidad á que en conciencia es obligado, con peligro tambien de su honor, y especial confianza que de él se hace en tan bastos manejos, y de tanta variedad de especies; pues debe saberlo todo, y acudir á ello con particular conocimiento, porque de todo ha de dar cuenta.

XII.

EStará siempre atento á las operaciones del Boticario, para que no se valga de arbitrio alguno extraño en la composicion de las medicinas, ni adultere los géneros, ni use de unos por otros, sujetandose siempre á las reglas de su arte, y estrechamente á lo que los Médicos, y Cirujanos receptaren, de que deberá hacerle cargo siempre que haya queja, ó que el Tribunal del Protomedicato halle en lo dicho, ó en otra coña algunos reparos resultantes de sus visitas: que para su cumplimiento, se ha de valer el Mayordomo de Peritos de su satisfaccion, bien sean los Médicos del Hospital, ó bien de otros, sin perjuicio de la jurisdiccion del Protomedicato.

XIII.

SIN embargo de la presentacion que ha de hacer el Mayordomo, de los Libros del cargo, y data en la Junta particular mensual, para que reconozca el gasto de cada uno, y provea su aprobacion á lo que hallare correspondiente, como quiera que en los Libros están todos los géneros mezclados segun se fueren ofreciendo, ha de formar su cuenta general al fin del año, con separacion de clases, circunstancias, y tiempos, para

D

que

que así se venga en conocimiento de lo que fuere necesario en todo él en cada una de sus distintas especies, cuya cuenta ha de correr los mismos trámites que hasta ahora, presentandola al Exmô. Señor Virrey, para que la mande pasar al Tribunal de Cuentas, á su glosa, y liquidacion, despues al Señor Fiscal, y ultimamente al Señor Juez del Hospital, con cuyas circunstancias se procederá á su aprobacion, ó á lo que corresponda: advirtiendose, que dicha Cuenta general la ha de dar el Mayordomo con Certificaciones de lo acordado en las Juntas.

XIV.

ULTIMAMENTE ha de procurar con prudencia, sagacidad, y toda reflexion evitar los desórdenes que puedan ofrecerse, no solo en lo que mira á los Enfermos, sino en el manejo de todos los individuos que se emplean en este servicio, y cuidado; pues componiendose el Hospital de tanta variedad de gentes, se hace precisa su personal asistencia, al menos tres veces al dia, en su mañana, tarde, y noche indispensablemente, ó las mas que la necesidad lo dictare, para que no haya discordias, emulaciones, ni controversias entre los domésticos, sino que se acredite ser una Casa de quien con verdad pueda decirse que lo es de Misericordia, para que guiando á todos este fin, no solo acudan cada uno al oficio que se le destinó en alivio de los miserables Enfermos, mas tambien guarden entre sí tal union, hermandad, y amor, que no destruyan el Instituto.

TRATADO QUARTO.

*Del Capellan mayor, y de los demás Capellanes,
y de sus obligaciones.*

I.

SIENDO conveniente que para la direccion de todo lo espiritual del Hospital haya en él una Persona condecorada, y autorizada de todas las facultades que sean conducentes

á asunto tan recomendable, é importante, como el de la espiritual asistencia, y consuelo de los Indios, á este fin habrá un Capellan mayor (que así deberá llamarse, y no Rector, según lo consultado por el Real Acuerdo) nombrado por el Excmo. Señor Virrey, como Vice-Patrono, cuyo oficio, y tambien el de los demás Capellanes, no siendo, como no debe ser, colativo, ha de ser amovible *ad nutum*, con justa suficiente causa; y este Sugeto ha de ser de los mas meritados que se presenten, y que sepa á lo menos una de las dos lenguas Otomí, ó Mexicana, precediendo informe del Señor Oydor en turno Juez del Hospital, y prefiriendo los que huvieren servido en el mismo Hospital, y en quien concurran la graduacion, y demás circunstancias que lo hagan respetable, y conduzcan á conservar la subordinacion de los otros Capellanes.

II.

EL actual Capellan mayor, precisamente por su vida, ha de gozar el salario de setecientos cincuenta pesos; y los demás que le sucedieren solo han de tener setecientos, sin otra gratificacion, racion, ni emolumentos por razon de tal Capellan mayor, con la obligacion precisa que ha de tener de decir los Jueves de todas las semanas la Misa de Renovacion del Santísimo Sacramento; y en caso de que no pueda decirla, encargarla á otro de los Capellanes, ó por impedimento de éstos, á otro Sacerdote, dando la limosna por su cuenta á la pitanza ordinaria. Y ha de tener asimismo vivienda la mas decente, y proporcionada dentro del proprio Hospital, por no ser conveniente la separacion, ni el que haya otra puerta que la principal, y única del mismo Hospital, por donde deba todo gobernarse.

III.

HAvrá otros dos Capellanes, primero, y segundo, que tendrán cada uno quinientos veinte y cinco pesos anuales, sin otro sueldo, gratificacion, ni emolumentos, porque á esta cantidad se ha reducido todo quanto en los tiempos anteriores

han gozado á mas de sus salarios, por gratificaciones, y raciones; y han de tener vivienda dentro del mismo Hospital, sin que puedan vivir fuera: entendiendose, que la asignacion de quinientos veinte y cinco pesos, corra tan solamente por la vida de los actuales Capellanes, y que en lo succesivo solo tengan quinientos pesos cada uno.

IV.

HAvrá otros dos Capellanes, primero, y segundo, con el título de Agonizantes, para que puedan auxiliar á los Indios en este último estado, los cuales tendrán quatrocientos pesos anuales cada uno, sin otro salario, racion, ni emolumento, y tendrán habitacion precisa dentro del mismo Hospital.

V.

Todos los referidos quatro Capellanes han de ser Idiomas, dos en el Otomí, y dos en el Mexicano, por ser los mas freqüentes, y usuales entre los Indios de esta Governacion, y quando ocurra algun Enfermo extraordinario de otro idioma, Tarasco, Totonaco, Mazahua, ó alguno de los del Norte de esta América, de que no sea Perito alguno de los Capellanes fixos de este Hospital, en tal caso el Capellan mayor instantaneamente proveerá esta necesidad solicitando quien confiese, y auxilie al tal Enfermo, ó entre los Clérigos de fuera, ó entre las sagradas Religiones, quedando á arbitrio del Capellan mayor, no solo la manutencion decente del Capellan extravagante, sino la gratificacion que estimare correspondiente á su trabajo, para la qual ocurrirá al Proveedor, ó Mayordomo, quienes le havrán de ministrar uno, y otro para el caso particular de algun Enfermo, ó para el general de alguna epidemia. Que en caso de vacante, el que pretendiere la Plaza, no solo ha de presentar las Licencias generales que tenga para confesar hombres, y mugeres, sin limitacion de tiempo, y para predicar; sino tambien Certificacion del Catedrático de lengua Mexicana (si fuere de ella la plaza) de que está bien instruido; y si fuere de la
Otomí,

Otomí, se ha de nombrar Sugeto que lo exâmine, y certifique del mismo modo. Que si las Licencias que han de presentar los Capellanes para confesar hombres, y mugeres en el idioma Indio no tuvieren esta expresion, se ha de certificar su suficiencia por el Catedrático del idioma: y que vacando alguna Capellanía, se ha de nombrar otro del mismo idioma que lo era su antecesor; y si se presentare algun pretendiente que sepa dos idiomas de Indios, sea preferido por la utilidad que resulta á la administracion espiritual, concurriendo en él las demás circunstancias.

VI.

QUE á conformidad de lo pedido por el Señor Fiscal Don Joseph Antonio de Areche en su Respuesta de once de Septiembre de mil setecientos y setenta, y de lo resuelto por su Magestad en la Real Cédula de aprobacion de estas Ordenanzas, su fecha en San Lorenzo á veinte y siete de Octubre de mil setecientos setenta y seis, permanezca sin novedad abierta la Iglesia pública de este Hospital, como lo está. Y respecto á que la primera atencion de los Capellanes debe ser la asistencia á los Enfermos, para que en ella no hagan falta alguna, se les prohíbe expresamente que puedan encargarse de Sermones en ésta, ú otra Iglesia, previniendoles se abstengan aun de hacer los oficios de Altar, ó de asistir, aunque esto ocupe poco tiempo, quando estén de semana, ó puedan hacer alguna falta á los Enfermos, por pequeña que sea, y aunque se dexen de hacer las funciones de Iglesia, por no haver otros Eclesiásticos de fuera, que se encarguen de ellas.

VII.

QUE siendo cierto el estado ruinoso de la Capilla interior nombrada de San Nicolás Tolentino, ocurra el Mayordomo al Exmô. Señor Virrey, para que en la forma acostumbrada determine su reparo.

E

VIII.

VIII.

QUE respecto á que hasta aquí no se ha celebrado Oficio alguno general por las almas de los infelices Indios que allí mueren, se haya precisamente de celebrar un Aniversario por las almas de los referidos Indios á costa del Hospital, ó en el dia de Difuntos, ó en otro de su infraoctava, segun se estime mas conveniente; cuyo costo anual, modo, y solemnidad con que deberá celebrarse, se determinará, y fixará por la Real Junta.

IX.

QUE á conformidad de lo que pidió el Señor Fiscal Don Joseph Antonio de Areche en su citada Respuesta, y consultó el Real Acuerdo en su voto consultivo de diez de Diciembre de mil setecientos setenta y dos, se extinga la Cofradía, ó Congregacion, que con la advocacion de nuestra Señora de los Dolores, se halla en la Iglesia pública de dicho Hospital, sin que se pueda trasladar á otra Iglesia, por haverse fundado sin licencia Real, y que así se exprese á el Illmô. Señor Arzobispo en Oficio que se le pase, para que en su inteligencia disponga lo que á su jurisdiccion convenga. Y que se mantenga sin novedad la otra Congregacion, que con el título de la Santa Escuela de MARIA Santísima, está fundada en la Capilla interior, que con título de San Nicolás, se halla en el mismo Hospital, respecto á que para su continuacion se obtuvo Real Cédula con fecha de treinta y uno de Julio de mil setecientos cincuenta y siete, y á otras justas, y piadosas consideraciones que se han tenido presentes, siendo una de ellas lo que puede conducir la misma Congregacion á que se tome por fundamento para establecer en ella una Hermandad util al proprio Hospital, con las luces de la Congregacion que en el Real general de Madrid fundó el Venerable Bernardino de Obregon: por lo que á este fin se encargará á la dicha Santa Escuela, que trate inmediatamente de formar unas Ordenanzas, que tengan por uno de sus principales objetos la atencion, consuelo, y servicio de los Enfermos de este Hospital; y que dispuestas que sean, se
pre-

presenten al Exmô. Señor Virrey, para que con audiencia del Señor Fiscal, providencie sobre su contenido, y observancia lo que sea, y tenga por conveniente. Y que desde luego quede entendido el Capellan mayor, y los demás de este Hospital, que no han de tomar á su cargo el oficio de Director de esta Congregacion, y que en el caso de que alguno en la actualidad lo tenga, deberá inmediatamente cesar en él, porque así para la presente, como en lo sucesivo, deberá elegirse para Director otro Eclesiástico distinto de los Capellanes.

X.

QUE ha de ser de cargo del Capellan mayor todo lo conducente á la Iglesia, y Sacristía, y demás del culto divino, entregandosele los paramentos todos, y alhajas por Inventario, de que tendrá una Copia autorizada por el Escribano el Mayordomo, ó Administrador, y otra en la misma forma ha de existir en el Archivo, para su debida, y necesaria constancia.

XI.

QUE el Capellan mayor, en todos los actos, y funciones que se ofrezcan en dicho Hospital, en razon de su empleo, y oficio, ha de presidir siempre á los demás Capellanes, y éstos le han de obedecer, y estar subordinados en todo lo necesario, y concerniente al cumplimiento de sus encargos. Y quando no baste su autoridad, y direccion á corregir, ó contener alguna transgresion, ó abuso, deberá informarlo al Señor Oydor Juez de dicho Hospital, para que con instruccion del Mayordomo, se provea el remedio oportuno.

XII.

QUE en el caso de vivir fuera de la Casa el Mayordomo, como sucede en la actual constitucion, y en el interin se le fabrica vivienda, debe ser de precisa obligacion del Capellan mayor celar que el Portero del Hospital Real cumpla con la

2

de

de su cargo en abrir, y cerrar las puertas á las horas regulares, y estar en puntual obligacion de franquearlas á los heridos, ó enfermos que ocurran á deshora de la noche; cuidando al mismo tiempo el que los dependientes de la casa no entren, ó salgan despues de la hora destinada, sin que lo pida la necesidad, y que durante la noche, especialmente desde las diez, se observe silencio en las Enfermerias, y en el resto de la Casa.

XIII.

QUE el Capellan mayor ha de tener en su poder un Libro de entradas, y salidas de los enfermos, con la claridad, y distincion posible, que costeará el Mayordomo; y otro tambien separado en que se asienten los muertos, con expresion del dia, mes, y año, y las partidas de entierro, con la distincion de si otorgó, ó no testamento, su estado, vecindad, y domicilio; siendo á su cargo el dar las Certificaciones que se le pidieren por los Párrocos, ó interesados, libres enteramente de derechos, poniendo el Hospital el papel, y Amanuense: sobre cuyo importante punto se le encarga al Capellan mayor la conciencia, y tambien sobre que con motivo alguno no se dilaten dichas Certificaciones. Y el gasto de papel, y Amanuense que en ellas se causare, se deberá pasar en sus cuentas al Mayordomo, por estimarse como de Hospital, ó annexô á ella.

XIV.

QUE en todos los dias de precepto, así dicho Capellan mayor, como los quatro Capellanes referidos, han de decir precisamente Misa en las Salas de las Enfermerias, en Altares que con toda la decencia correspondiente, á costa del Hospital se dispongan, de modo que puedan oírla todos los Enfermos; pues aunque su misma situacion les excusa de esto, no puede excusar á los que se la deben decir, teniendo, como tienen, obligacion, y comodidad para ello, y especialmente en los dias que obliga á los Indios el precepto de oír Misa; quedando la intencion libre á los Capellanes, para que las apliquen segun sus parti-

particulares obligaciones, ó cargas, y á el arbitrio del Capellan mayor la distribucion de Altares, y Celebrantes; y si algunos Enfermos quisieren comulgar en la Misa, se les dé este consuelo.

XV.

QUE será á cargo del Capellan mayor absolutamente la administracion de todos los Sacramentos de Penitencia, Viático, y Extremauncion, de modo que en esto ha de poner su principal cuidado, para que luego que entren en dicho Hospital, se confiesen: sobre cuyo punto, como principal, se le encarga la conciencia: y para el puntual cumplimiento de lo contenido en esta Ordenanza, ha de alternar el Capellan mayor con los dos Capellanes que estuvieren de turno.

XVI.

QUE el Capellan mayor ha de estar instruido siempre de lo que interiormente pasa en el Hospital, y de quanto pueda pertenecer á la asistencia espiritual caritativa, ó curativa, y alimentaria de todos los Enfermos, teniendo presentes las obligaciones de todos, y cada uno de los empleados, para precaver en quanto le sea posible, por sí, y por medio de los informes de los Capellanes, y de los demás empleados, los descuidos, y defectos que huviere; y en el caso de no poderlo remediar por sí solo, dará cuenta al Mayordomo; y si esto no bastare, al Señor Oydor que fuere Juez, para que aplique el debido remedio.

XVII.

QUE á los referidos fines, los Cabos de las Salas, ó Enfermerias, así de Medicina, como de Cirugía, le han de pasar diariamente Papeleta al Capellan mayor de los Enfermos que se han mandado disponer, y están en estado de auxiliarse, para que no siendo bastantes los Capellanes de número, ó que están en turno, disponga la pronta asistencia de los otros Capellanes, y en los casos de epidemia, ó peste, consulte lo necesario

sario al Señor Juez Oydor, para que prontamente, y sin esperarse al recurso de la Junta, se den las providencias efectivas á su mas importante auxilio.

XVIII.

QUE el Capellan mayor, siempre que le sea posible, ó por sí mismo, ó encargandolo á otro de los Capellanes, ha de hallarse presente á la distribucion de la comida, y cena á fin de observar, precaver, ó corregir todos, y qualesquiera defectos que advirtiere, ó dar cuenta, si no pudiere remediarlos.

XIX.

QUE el Capellan mayor, y demás Capellanes, totalmente se abstraigan de quanto por no concernir á la Hospitalidad, solo puede embarazarles, ó impedirles el cabal desempeño de su instituto; y así se excusarán de predicar, ó confesar en otra qualquiera Iglesia que no sea la del Hospital, que se ha de mantener sin novedad, como hasta aqui, segun previene la Ordenanza sexta de este Tratado, respecto á que qualquiera distraccion suya en estos casos, haría falta á la asistencia de los Enfermos, que debe ser su principal atencion, y cuidado; y por tanto procurarán con particular exâctitud no encargarse de estas ocupaciones, ú otras que les usurpen el tiempo que necesitan para desempeñar pronta y cumplidamente su obligacion, y especial destino.

XX.

QUE hallandose justamente impedido el Capellan mayor por enfermedad, ú otro motivo temporal paña presenciar, ó intervenir á las funciones de su cargo, debe subrogarse en su lugar, con la misma obligacion, y facultades el Capellan mas antiguo, y por su orden, y antigüedad los demás Capellanes.

XXI.

XXI.

QUE siendo éstos, y mucho mas el Capellan mayor, acreedores á proporcion del mérito que contraigan en una ocupacion de tan sobresaliente recomendacion como la de la asistencia á este Hospital, se suplique á su Magestad la extension de la gracia, y Real Decreto de veinte y siete de Oétubre del año de mil setecientos cincuenta y cinco, á favor de los empleados en esta Casa, para que con los informes de la Junta, y del Exmô. Señor Virrey sobre su mérito, y servicio, puedan ser consultados en las vacantes eclesiásticas, así en este Reyno en los Curatos, y otras, como por la Real Cámara: con la que excitados otros, no faltarán Sugetos de graduacion, y conducta, que sirvan con el mayor esmero á beneficio de los pobres Indios.

TRATADO QUINTO.

De otras obligaciones, y exercicios de los Capellanes.

I.

QUE á mas de los quatro Capellanes arriba dichos, y en el caso que lo permitan las cortas rentas que hoy tiene el Hospital, puedan crearse otros de los idiomas Totonaco, Mazahua, y Tarasco, que sean exâminados, y aprobados en sus idiomas respectivos por el Ordinario, y que tengan las licencias necesarias, los quales han de vivir dentro del Hospital, sin que en esto, como ni en la vivienda del Capellan mayor, pueda, ni deba dispensarse.

II.

QUE todos los Capellanes han de ser propuestos al Exmô. Señor Virrey por el Señor Oydor Juez que fuere de dicho Hospital con precedente informe del Mayordomo Admi-

nistrador, consultando tres Sujetos los mas aptos para que de ellos pueda escogerse el mas meritado: en la inteligencia, que los dos Capellanes mas modernos han de tener su ascenso de Agonizantes á Capellanes ordinarios.

III.

QUE en atencion á que no pueden bastar los dos Capellanes de lengua Otomi, y los dos de Mexicana, mayormente en los tiempos de epidemia, en que suelen ocurrir al Hospital muchos Indios de fuera, ó para el caso que ocurra de los idiomas Totonaco, Mazahua, Tarasco, y otros del Norte, á cuyo auxilio debe ocurrirse aunque fuese muy raro el caso, no teniendo al presente el Hospital fondos bastantes á mantener de pie los Capellanes respectivos á estos idiomas, se previene, que en tales casos, no siendo suficientes el Capellan mayor, y demás del Hospital para la administracion de Sacramentos, sean obligados á ocurrir á él no solo los Religiosos del Orden de San Francisco, y demás de las otras Religiones, que entiendan los idiomas, sino tambien los Clérigos, sin estipendio alguno.

IV.

QUE los quatro Capellanes fixos han de turnar igualmente en el ministerio, calidad, ó clase de ocupacion en esta forma: los dos, el uno de lengua Mexicana, y el otro de la de Otomí, han de ocuparse por dias, ó por semanas en la asistencia, ó auxilio de los moribundos en calidad de Agonizantes, sin separarse de las Enfermerias en haviendo Enfermos de gravedad, y á este tiempo los otros dos se han de ocupar en la administracion de Sacramentos, y hacer los entierros, turnando con ellos el Capellan mayor en dicha administracion, y acabado el término, han de entrar estos últimos á exercer de Agonizantes. De modo, que la asistencia al Hospital ha de ser continua, y solo ha de ser el turno, en calidad, ó clase de ministerios mas gravosos, y los que permiten algun descanso.

V.

QUE ha de ser de precisa obligacion del Capellan que estuviere en turno luego que se reciba algun Enfermo, instruirle, y catequizarle disponiendolo, y preparandolo para que reciba por lo menos el Santo Sacramento de la Penitencia, y con acuerdo de los Médicos, y Cirujanos, el Santo Viático; y á mas de esto ministrarles la Sagrada Comunion siempre que por devocion la pidan, y á que deberán exhortarlos segun tengan por conveniente, procurando que en este Hospital no solo se les franquee la medicina corporal en abundancia, sino tambien la espiritual, principal objeto de los Padres Capellanes.

VI.

QUE para la Misa que han de decir precisamente en todos los dias festivos, aunque no sean de precepto, en las Enfermerías, conforme á lo ya prevenido en la Ordenanza décima quarta del Tratado antecedente, deberán observar la hora que les diere el Capellan mayor segun la distribucion que hiciere en el dia de las Misas, y Salas, para que siendo despues de pasada la visita de los Médicos, y Cirujanos, no se distraiga la atencion de los Enfermos, ni se embaraze su pronta curacion.

VII.

QUE habiendo enfermo de peligro, no lo puedan dexar solo, alternandose aun para comer, y en las horas de descanso preciso; y quando no lo sufra la alternativa de los dos que hacen de Agonizantes, por haver muchos Enfermos de peligro, ó en agonía, en este caso han de alternar los otros dos, y hasta el Capellan mayor, consultando al consuelo de los moribundos en aquel tremendo lance.

VIII.

QUE por ningun motivo han de salir los Capellanes por la noche, ni quedarse á dormir fuera del Hospital, y para

ausentarse por poco tiempo ha de preceder precisamente informe del Capellan mayor, y licencia *in scriptis* del Señor Juez, con calificación de causa, v. gr. por enfermedad, ó convalecencia; y siendo por algun mas tiempo, sea dexando quien subrogue, y que sea perito, y exâminado en la lengua, y con las licencias necesarias; porque siendo tan preciso como importante el espiritual ministerio, y tan escaso el número de los Capellanes, se debe precaver de este modo el daño que originaría su falta.

IX.

QUE han de hacer los entierros poniendose la Capa el que estuviere de turno, sin llevar derechos, salvo que el difunto dexé bienes, y sus herederos quieran dar alguna limosna graciosa y voluntariamente por alguna especialidad, como es la asistencia del Capellan mayor, ó de alguno de los otros Capellanes, que entonces se han de repartir igualmente entre todos: con la advertencia de que en la limosna nada se ha de regular por razon de sepultura, ó fábrica, por ser ésta, y el suelo de los Indios; y así qualquier exceso se ha de convertir en Misas por el difunto, que entre sí repartirán los Capellanes.

X.

QUE si los Convalecientes pudiesen reducirse á separadas Salas, lo que será muy conveniente siempre que lo permitiesen la situacion del Hospital, y el número mas, ó menos copioso de los Enfermos, en este caso los Capellanes que no turnan de Agonizantes, les hagan una ó mas Pláticas á la semana, y tengan especial cuidado de que al anochecer se reze el Rosario, á que asistan los Familiares, y Sirvientes que no hagan falta, teniendo especial cuidado así el Capellan mayor, como los demás Capellanes, en que todos los Sirvientes de la Casa cumplan con las obligaciones de Christianos, sin dar la menor nota, ó escándalo, y principalmente cada uno en los ministerios de su cargo.

XI.

XI.

QUE siendo laudable por una parte la costumbre de que en las Enfermerías de hombres no entre muger alguna, ni por el contrario hombre alguno en las de mugeres, por evitar los inconvenientes que podrian seguirse quando no hay conocimiento de la relacion, ó parentesco, y por evitar la introduccion de comestibles que puedan invertir la cura, ó dieta necesaria, y siendo por otra parte muy doloroso, y sensible el total divorcio del marido, y muger, de los hijos, y los padres en el conflicto, ó lance que los conduce al mismo Hospital; que es uno de los retrahentes que tienen los Indios para no desfrutar este alivio, prefiriendo el morir con los suyos en sus xacales, ó miserables chozas, se observe en esto el prudente, y sabio temperamento que dicte la piedad christiana: y el Capellan mayor, y los Padres Capellanes, á quienes se encarga la conciencia siempre que instruidos del parentesco, no pulsaren inconveniente, puedan dispensarles á los deudos, y principalmente á las mugeres, maridos, hijos, y padres el alivio, y consuelo de poderse vér, y comunicar, como esto sea en presencia de los mismos Padres Capellanes, por tiempo corto, en horas regulares, y sin incomodidad de los demás Enfermos de las Salas.

XII.

QUE en suposicion de que el Capellan mayor que se nombra en el Hospital ha de hacer en él todas las veces y funciones de Cura en quanto á dicha Hospitalidad concierne (á exemplar de como se practica en el Hospital Real de Madrid) todos los Capellanes que al presente hay en él, y que en adelante se crearen, han de ser sus Tenientes para suplir por él las funciones á que se halle impedido.

TRA-

TRATADO SEXTO.

Del Coleктор.

I.

QUE el Coleктор se mantenga sin novedad como hasta aquí, y que en caso de vacante, se nombre por el Exmô. Señor Virrey, como Vice Patrono, á proposicion del Ordinario, el que haya de servir este oficio, como no sea alguno de los Capellanes.

II.

SERá á cargo del Coleктор el percibir todo lo que los Fieles dieren en los dias Lunes por la mañana de cada semana, en la víspera, dia, y oçtava de la Conmemoracion de los Difuntos, que es quando regularmente ocurren mas limosnas, y en otros qualesquiera dias del año en que se ofrezcan para Misas, y otros sufragios por las almas de los Indios, y asimismo lo que mandaren en Testamento, ó fuera de él, en qualquiera manera, sea en mucha, ó poca cantidad.

III.

EStas limosnas las ha de distribuir el Coleктор segun la intencion, y fines del Bienhechor, prefiriendo á los Capellanes del Hospital, y cuidando tambien á los Sacerdotes pobres. Pero no ha de poderles adelantar limosna alguna en mucha, ni poca cantidad para que vayan diciendo las Misas, y descontando el suplemento, porque las limosnas que á este intento se dieren, han de distribuir, como los demás sufragios, segun se fueren ofreciendo, con la misma prontitud, y con la propria pitanza que se diere, sea la ordinaria, ó mayor, de forma que todo corresponda literalmente á la intencion de los Fieles.

IV.

IV.

Tendrá este Colector dos Libros, el uno para anotar las Misas, y demás sufragios que por Testamento, ó por otra qualquier disposicion, ó limosna se hayan de celebrar segun la determinacion, ó súplica de los Fieles, pitanza, ó limosna que ofrecieron, con dia, mes, y año; el otro para que conste su distribucion entre los Presbyteros, escribiendo sus nombres, y firmando éstos. Que procure con particular cuidado, que las Misas se celebren en el dia que los Fieles elijan, y que proceda con atencion piadosa á los Presbyteros pobres, como está advertido, y que mas frequenten el Hospital, con dia, mes, y año, que diga correspondencia con el primer Libro, para que facilmente puedan verse, y calificarse en sus reconocimientos.

V.

Si las limosnas para Misas, y otros sufragios llegaren á ser tan quantiosas, que no se puedan satisfacer con prontitud por la inopia de Sacerdotes, ó por otras ocurrencias que justamente lo impidan, como podrá acontecer en el dia de Todos Santos, y subsiguiente de Difuntos, en que se experimenta numerosa la concurrencia de los Fieles, y abundante la limosna para Misas, y otras devociones: para tales ocurrencias, siguiendo lo prevenido por las Leyes de Indias, y Autos Acordados de esta Real Audiencia, y Superior Gobierno, que dispusieron cerca del seguro de los Bienes de Comunidad pertenecientes á los Indios, y con mucha mayor razon debe entenderse de tales bienes, y limosnas á beneficio de sus almas, y con presencia de lo dispuesto por el Concilio Mexicano 3. Lib. 3. Tit. 5. §. 19. se tendrá una Arca con dos llaves, que mantengan el Capellan mayor, y el mas antiguo de los otros respectivamente, para que concurriendo ambos, y no uno solo, se introduzcan, y guarden tales limosnas, y en la misma forma se saquen, y distribuyan cada semana: lo que ha de constar tambien en los Libros prevenidos, como del depósito, saca, y distribución, á concurrencia de los referidos Capellanes, y del Colector.

H

VI.

VI.

EL Coleктор deberá conservar en su poder dichos dos Libros, y todos quantos papeles fueren de su administracion, para que se reconozcan al tiempo, y quando dé sus cuentas, que deberá ser cada que se le pidan. Y para la posesion que se le dé del empleo, sea en el modo que se haya acostumbrado, jurando en toda forma ante los Ministros de la Junta, usar bien, y fielmente del oficio.

TRATADO SEPTIMO.

De los Médicos.

I.

LOS Médicos de este Hospital son dos; y en caso de vacante ha de nombrar el Exmô. Señor Virrey á proposicion de la Junta, y no del Mayordomo: entendiendose, que los que así se nombraren, á mas de la aprobacion que han de tener del Tribunal del Protomedicato para el uso, y exercicio de su facultad en lo general, se ha de procurar que sean siempre de los mas hábiles, y de mayor aceptacion en ella, activos, y de largas experiencias, conocimiento del pais, consiguientemente de las naturalezas, y complexiones de los Indios, su modo de vivir, alimentos, y bebidas de que usan, enfermedades que por lo regular les son proprias á sus naturalezas, y complexiones nativas; pues todo esto puede conducir al acierto en la curacion de sus dolencias, especialmente las epidemias á que son propensos. Y han de jurar cumplir con su obligacion, conforme á lo dispuesto por estas Ordenanzas, ante el Señor Juez del Hospital, al ingreso en sus oficios.

II.

TEndrán estos dos Médicos entre sí buena correspondencia, y union, para que conformes, y caritativos en las asistencias

cias de los miserables Indios enfermos, correspondan los efectos á sus deseos, procurando obviar toda disputa, y disension entre sí acerca de la facultad, especialmente en presencia de los miserables Indios, á quienes no por serlo, ni por su humilde rendida condicion, han de vér con menos empeño en las dolencias; antes por lo mismo deberán asistirles con aquel zelo que es tan propio á esta obra de misericordia, sin traérles á la memoria otros respetos verdaderamente humanos, aunque no desatendibles á su obligacion.

III.

Cada uno de estos Médicos asistirá con puntualidad á las Enfermerias que le están destinadas, y le toquen, sin excusarse por esto de concurrir en casos urgentes para algun Enfermo á la Sala que no sea suya, sino del Compañero, porque ambos se han de auxiliar mutuamente, sin escasear las asistencias, en especial quando el Enfermo, ó el mismo Compañero lo pida, ó el caso lo requiera por la urgencia, y no hallarse presente el Médico á quien toca.

IV.

QUE sus visitas no han de ser como hasta aquí á la mañana solamente, sino tambien por las tardes, aquellas entre siete y ocho, y éstas entre cinco y seis, en las quales se han de manejar con espacio, y reflexión, aunque los aguarden otras ocupaciones, pues ninguna, sea la que fuere, les puede ser mas precisa, y de su obligacion. Y no porque se les impongan las de estas diarias visitas de mañana, y tarde, deberán excusarse si son llamados á otra qualesquiera hora del dia, ó de la noche, por extraña que sea, en algun caso que pida su asistencia, como lo executan en una casa particular para el proprio fin, especialmente quando son Médicos asentados en ella, considerando, que puede ser tal la gravedad del accidente, y tales sus circunstancias, que acaso no sea suficiente la pericia del Prácticante mayor, que vive dentro del Hospital, para ocurrir á su remedio.

V.

QUE á su entrada en el Hospital se hará con la campana la señal que se acostumbra para avisar á los Prácticos, y Enfermeros á quienes corresponda, y puedan estar prontos con el Mancebo de Botica, y Proveedor á todo lo que es propio, y de la obligacion de estos empleados, para que imponiendo á los Médicos en lo que deben tener presente para su gobierno en la facultad, no haya confusion, ni suceda alguna equivocacion, que puede ser muy nociva á los miserables Enfermos.

VI.

TENDRÁN los Médicos particular cuidado con los Libros receptarios del Práctico mayor, y Mancebo, ú Oficial de Botica, recorriendolos despues de haverse escrito en ellos las Receptas, para que corrijan el error que puedan tener, y no los firmarán hasta haverse enterado bien, y visto si sus números corresponden al que tienen las camas de los Enfermos.

VII.

NO pondrán menos cuidado en el Libro de los alimentos, haciendo se escriban con espacio, y reflexion, para que á cada Enfermo se le administre el que le corresponda, por la mucha parte que tiene la dieta en la curacion, y porque caben muchas equivocaciones, y descuidos en ella, aunque sin malicia, por poca reflexa, ó advertencia, amonestando siempre á los que estuvieren encargados de su distribucion, que no la inviertan, aun con gusto, y súplica de los Enfermos, en quienes, y mas los Indios, será muy frecuente el apetito á lo que pueda serles contra su salud, contra las reglas de la prudencia, y las que los Médicos havrán hallado congruentes para el acierto.

VIII.

TAMBIEEN deberán los Médicos acudir á las Salas de Cirugia, no solamente porque las enfermedades que les son propias

prias, traén por lo regular síntomas que no alcanza la Cirugia, ni es justo se le permita calificar, ni curar á alguno que no está aprobado de Medicina; sino para no permitir tampoco que el Cirujano prescriba medicamentos que no son de su instituto, como purgas, vomitivos, y otros de esta gravedad. E igualmente deberán acudir á dichas Salas siempre, y quando el Cirujano hallare por conveniente consultar con ellos.

IX.

HAllandose alguno de los Médicos legítimamente impedido para las visitas diarias, si el Hospital no tuviere tantos Enfermos, que pueda por sí solo el otro Médico asistirlos, avisará prontamente el que estuviere necesitado á faltar, para que supla por él esta obligacion, ó en el mismo caso de no haver copia de Enfermos, ó de que sea crecido su número, embiará uno de su satisfaccion para que supla su falta, con aviso anticipado, y por escrito al Mayordomo, en que tambien le manifieste la razon de ella; cuya novedad, no siendo de muy poca duracion, que es la que puede tolerarse, si la Junta mensal estuviere cercana al dia en que esto acaezca, lo participará á ella el Mayordomo; y en caso de no estarlo, al Señor Juez Oydor, para que provea el debido remedio.

X.

Cuidarán asimismo los Médicos de la aplicacion de los Practicantes de su facultad, observando si son ó no puntuales en el cumplimiento de su obligacion, y á las instrucciones que deberán ir tomando, corrigiendoles por sí sus defectos, y avisando en caso necesario al Mayordomo, para que lo ponga en noticia de la Junta, y pueda proporcionar el remedio; advertidos de que como han de ser de eleccion de los mismos Médicos estos Practicantes, y propuestos al Mayordomo para que los admita al servicio del Hospital, serán responsables á sus faltas.

XI.

QUE aunque hasta aquí los Médicos no han vivido dentro del Hospital, respecto á no haverlo permitido el estado actual de su fábrica, deberán en adelante vivir precisamente en él, así ellos, como todos los demás empleados en dicho Hospital, especificados en estas Ordenanzas, y que hoy dia no la tienen, como son, á mas de los referidos Medicos, y Cirujanos, el Capellan mayor, Capellanes, Mayordomo, Proveedor, y demás oficios necesarios. Y para que todos vivan indispensablemente dentro del mismo Hospital, aunque sea del modo paulatino que fuere permitiendo lo sobrante de sus rentas, se les irán fabricando las viviendas necesarias, supuesto que hay terreno suficiente para todas en el recinto de dicho Hospital; y quando éste no alcance, aunque sea, construyendo un puente sobre la azequia con que linda dicho Hospital, para coger á opuesta vanda de ella el terreno que sea suficiente, y que podrá comprarse muy barato, quedando por medio de dicho puente comunicables las viviendas que alli se fabricaren con el recinto del Hospital: para cuyo efecto, y que todas las viviendas tengan aquella comodidad proporcionada á todos los referidos empleados, conforme á la graduacion, y esfera de sus oficios, prece-derá un plan que se forme de toda la obra que se huviere de hacer con cálculo de sus costos, para que visto, y exâminado todo por el Señor Oydor Juez de dicho Hospital, con precedente Consulta de su Exc. y vista del Señor Fiscal, se ponga en planta la obra, llevandose una cuenta, y razon formal de todos sus costos, para que anualmente se sepan los que se han erogado, y se dé razon á la Junta de lo que aquel año se ha fabricado para su debida constancia, y reconocimiento; cuya cuenta separada llevará el Mayordomo Administrador, como que ha de correr con su fábrica.

XII.

LOS Médicos, y Cirujanos de este Hospital gozarán el salario que se les asigna en el Tratado décimo tercio, donde se

se expresan los que deberán gozar todos los empleados en él; y á mas del que han gozado, se aumentarán cien pesos á cada Médico por el gravamen de las dos visitas diarias; previniéndose que ha de cesar este aumento en verificandose que se les dé casa dentro del mismo Hospital: y se advierte, que las visitas de la tarde se han de hacer por un solo Médico, turnando con el otro por semanas.

TRATADO OCTAVO.

De los Cirujanos.

I.

LO mismo que se establece á los Médicos en quanto á las asistencias diarias, su puntualidad, y exâctitud en quanto á las visitas irregulares, y en todo lo demás que proporcionalmente les toque, se debe entender en orden á los Cirujanos, porque suelen ser mas urgentes las enfermedades propias de su arte, que algunas de las médicas, como que en el pronto socorro de una herida puede consistir la vida del paciente. Y en este supuesto, para su nombramiento se ha de observar lo mismo que para el de los Médicos, y han de jurar como éstos al ingreso en sus oficios, el cumplimiento de su obligacion ante el Señor Juez del Hospital. Y respecto al gravamen de las dos visitas diarias que tambien se aumenta á los Cirujanos, aunque por lo que mira á la de por la tarde con la misma alternativa por semanas que á los Médicos, se aumentarán tambien cien pesos de salario á cada uno de ellos, de que solo lograrán mientras no se les dé casa dentro del Hospital.

II.

QUE el Cirujano mayor, no por serlo, ni por la asistencia, y obligacion del segundo Cirujano, descuidará de sus asistencias, porque indispensablemente ha de ocurrir por mañana, y tarde á la visita de los Enfermos, tomar razon de los que
hayan

hayan entrado nuevamente, de su accidente, de su curacion, y estado del que tengan los que haya visto, hasta enterarse bien de todo, para que arregle su método.

III.

Cuidará asimismo de que los Prácticos de esta facultad estén atentos á todas las operaciones, se instruyan de todos los instrumentos necesarios, su execucion, modo de hacer los preparativos, y medicinas posteriores.

IV.

QUE hará, ó mandará hacer, si lo hallare por conveniente, todas las operaciones de Cirugía, y curará por su mano á todos los Enfermos que las huvieren sufrido, hasta estar fuera de riesgo.

V.

Cuidará no se haga operacion, como de sacar la piedra de la vegiga, amputacion, bubonocela, y otras de esta gravedad, sin acuerdo del segundo Cirujano, y Práctico mayor, dando cuenta al Médico, ó Médicos de la Casa por si en su facultad reconocieren algun contraindicante que lo impida; si bien en tan arduas operaciones siempre será de prudente precaucion no pasar á alguna sin que el Médico reconozca tambien al paciente.

VI.

EN estas mismas grandes operaciones de Cirugía hará tambien que uno de los Prácticos de ella no se aparte de la cabecera del Enfermo, haciendo por horas una eleccion distributiva entre ellos, para que cada uno el dia siguiente le dé cuenta de todos los fenómenos que ocurrieren en el tiempo de su encargo, y asimismo para que avise con prontitud si al Enfermo le asaltare algun accidente que pida instantaneo auxilio,

VII.

VII.

Fuera de las curaciones de mañana, y tarde, y del especial encargo al Prácticante de guardia sobre los Enfermos de mayor cuidado, el segundo Cirujano les hará tercera visita antes de recogerse, en compañía del Prácticante mayor, para no perder de vista el estado de sus dolencias, y repetirles, si lo hallare por necesario, los remedios propios á su alivio, especialmente á aquellos cuyas operaciones les hayan contraído dolores, ú otros síntomas inexcusables á las mas acertadas operaciones del arte.

VIII.

Siempre que hubiese el Cirujano mayor de elegir Prácti- cantes que ayuden á las operaciones de sus respectivos En- ferros, deberá exâminarlos, y proponer al Mayordomo los que hallare mas hábiles, é inteligentes, para que con esta aproba- cion los pueda elegir, y procurará que cada uno tenga aquellos instrumentos que pueden ser usuales en el estado de su instruc- cion, y práctica, con el aseo, limpieza, y condiciones con que deben manejarse para el acierto.

IX.

SI por justo impedimento no pudiere asistir á las curaciones de mañana, y tarde, será de su obligacion embiar aviso al segundo Cirujano, para que con el Prácticante mayor haga la visita á la hora acostumbrada, y no se extravíe el método que se establece, no omitiendo prevenirle lo que hallare convenient- te cerca de alguno, ó algunos de los Enfermos de su inspeccion.

X.

Tendrá cuidado uno, y otro Cirujano, y especialmente el segundo, de que estén prontas, y abastecidas todas las prevenciones que son anexâs á las operaciones, y curaciones

K de

de esta facultad, como vendas, hilas, trapos, planchuelas, y demás aparatos útiles, especialmente para el puntual socorro de los actuales dolientes: y á este efecto estará acorde con el Proveedor, para que éste los haga disponer, y prevenir con tiempo, y que se tengan siempre á la mano en una Arca, ó Armario; desuerte que no sea necesario aguardar á que se busquen, ó formen para su uso, que regularmente es ejecutivo.

XI.

Igualmente tendrá cuidado de que en una ó dos proporcionadas caxas que se formarán de ojadelata con correspondientes divisiones, haya unguentos, compresas, tinturas, espíritus, emplastros, y demás aparatos regulares, y frecuentes á la Cirugía, y á sus executivas operaciones, exceptuandose solo de esta prevencion manual lo que no sea de regular uso, y se haya de traer pronto de la Botica del Hospital, observando en todo una prolixa economía á fin de que en su custodia no pierdan estos medicamentos de su actividad, y virtud, y para que en tal acontecimiento se reemplazen librando sus voletas al Proveedor, para que se despachen en la Botica con atencion al número de Enfermos existentes á sus actuales dolencias, y á todo lo demás que debe ser de la inspeccion del Cirujano segundo.

XII.

Cuidará asimismo de que los Practicantes de Cirugía hagan sus tópicos correspondientes, y mandados en la visita, como tambien quanto se huviere ordenado en ella así de alimentos, de sustancia, sangrias, ventosas, y otras operaciones de este tenor.

XIII.

Aunque al Practicante mayor le sea libre asistir, y curar de primera intencion al herido que entre en ocasion que no esté pronto el Cirujano mayor, ó segundo, entendiendose esto
en

en el caso que la herida sea leve, sin embargo deberá el Practicante dar cuenta á uno de los dos Cirujanos, é informarle para que por sí reconozca al paciente, y vea no solo la herida, sino la curacion que se ha executado, mayormente quando puede acontecer que el juicio del Practicante no haya correspondido en uno, ú en otro en la herida, ó su curacion, al mayor conocimiento.

XIV.

Y Lo mismo que se establece á los Médicos respecto de los Enfermos de Cirugía, en el caso que á éstos les sobrevenga alguna enfermedad propia de su facultad, se previene á los Cirujanos para los Enfermos de Medicina á quienes haya asaltado algun síntoma de su arte: por lo qual será conveniente la visita de unos y otros á las horas acostumbradas, y el aviso recíproco de los Médicos, y Cirujanos en tales casos.

XV.

POR lo dispuesto en la Ordenanza inmediata, y en la octava, que habla de estas visitas de los Médicos en la Sala de Cirugía, se ha de entender quando el Enfermo no haya convaltecido perfectamente ó del accidente que es propio de la Cirugía, ó del que pertenezca á la Medicina, porque si así sucediere, se pasará el Enfermo á la Sala destinada á la facultad, cuyo accidente haya quedado eficaz: de esto tendrán especial cuidado los Médicos, y Cirujanos, como tambien el Practicante mayor, y éste de que la mutacion de una á otra Sala sea con toda precaucion á evitar los inconvenientes que puedan seguirse al Enfermo.

TRA-

TRATADO NOVENO.

De los Prácticos.

I.

DE los cinco Prácticos de Medicina que existen en el Hospital, el uno que, según la aprobación, y graduación de los dos Médicos, sin que baste la del uno solamente, ha de hacer de Práctico mayor, tendrá superioridad respectiva á los otros para velar, y celar sobre su conducta, y obligaciones, estar muy atento á lo que ejecutan, corregirles, y enmendarles quanto yerren; y correspondientemente los Prácticos menores han de obedecer al mayor dentro de la esfera de sus obligaciones en el Hospital, mirandole como á superior en el caso; y si faltaren á esto, ó no bastaren sus correcciones á poner en buen orden la incumbencia que cada uno tiene, dará noticia á los Médicos, ó al uno de ellos, para que con acuerdo del Mayordomo se tome la providencia que correspondá; y si así no lo hiciere, el Práctico mayor, será siempre responsable por los descuidos, y faltas de los Prácticos menores. Y por lo mucho que importa que los Prácticos de Medicina, y Cirugía tengan bastante instrucción así de su facultad, como de todas las funciones del Hospital, y juntamente, que el que hiciere de Práctico mayor pueda libremente cumplir su obligación, sin temor de que por hacerlo, se le pueda expeler facilmente, se observará, que el que ha de hacer de Enfermero mayor en Medicina, ha de estar graduado de Bachiller en esta facultad, con opción á la plaza de segundo Práctico quando vaque, teniendola el que lo fuere á la de Práctico mayor, de modo, que en quanto sea posible, el que llegare á este grado tenga ya por lo menos dos años de práctica desde su ingreso en el Hospital, guardandose las mismas opciones en sus líneas, y que los dos Prácticos mayor, y segundo de Medicina, no puedan ser suspensos, ó privados de sus plazas, si no fuere despues de examinarse por la Junta, aunque verbalmente, los motivos que haya con su audiencia, y para

41
para que sea mas apreciable, y se sirva mejor la plaza de Practicante mayor, se le aumentarán quatro pesos á los doce que tiene de sueldo mensalmente.

II.

QUE el que ocupe este empleo de Practicante mayor en las Salas de Medicina, que como dicho es, ha de tener aprobacion de ambos Medicos, pues es necesario le acompañe la pericia indispensable de la facultad, como que ha de ser el que acuda á los casos urgentes, y otros que pidan pronto reparo, estará obligado á asistir á las visitas diarias de los Médicos, y leerles á la cabecera de cada Enfermo los medicamentos internos que fueron receptados el dia anterior, para que con tal conocimiento, y sus efectos pueda el Médico dirigir su curacion, ó en el mismo método, ó en otro segun las ocurrencias, estado de las enfermedades, y concepto que forme.

III.

DEberá dar cuenta al Médico antes de la visita de los Enfermos nuevos que han entrado, y de los que se hayan curado, y socorrido por su cuidado, y obligacion; qué juicio huviere hecho de la enfermedad, y medicinas que le haya aplicado, cuyas noticias le serán oportunas á su práctica, porque el Médico de ellas le advertirá de los defectos, ó aciertos con que haya procedido.

IV.

CElará la conducta de los otros Practicantes sobre la administracion de las medicinas internas, aplicaciones de tópicos, sangrias, y demás que se huviere ordenado en la visita, y á las horas prevenidas.

L

V.

V

NO deberá faltar á la comida, y cena de los enfermos, no solo porque se execute con arreglo la distribucion de los alimentos, sino es tambien para que ordene á los Prácticos den por su mano con caridad, y cuidado los caldos de sustancia á aquellos que estuvieren agravados, y demás clase de alimentos que juzgare conducir al alivio de los Enfermos.

VI.

Siempre que ocurra algun Profesor de Medicina á su práctica en las Salas del Hospital, le admitirá; pero constituyendole en la obligacion de haver de asistir á alguna de ellas en beneficio de los Enfermos, dando cuenta al Médico de los dias que falte, para lo que pueda corresponder á la Certificacion que ha de dar á efecto de su exámen.

VII.

EL segundo Práctico, que lo deberá ser el mas antiguo en el Hospital despues del Práctico mayor, y solo con respecto á los demás compañeros, á quienes se graduarán por el mismo orden, tendrá la obligacion de receptar las medicinas que el Médico ordene así internas, como externas, para distribuir las á sus horas correspondientes á los Enfermos de aquellas Salas que le toquen, entregando los exteriores al que pertenezcan para su aplicacion, segun fuere mandado.

VIII.

EL tercero executará lo mismo en sus respectivas Salas con el Médico de ellas, observando uno y otro en esta distribucion el cuidado que es debido para evitar equívocos y confusiones principalmente al repartir las medicinas externas á los que han de ejecutarlas, para que estos no las extravien, ni perturben con daño de los pobres dolientes; no fiando tanto de su

con-

conduña, que los permitan obrar á su arbitrio, porque han de estar atentos á las operaciones.

IX.

LOS otros dos Practicantes se harán cargo en sus Salas respectivas, con la distribucion misma que el segundo, y tercero, de las sangrias, ventosas, enemas, versicantes, apuntando todo en la visita con cuidado para su puntual execucion.

X.

TENDrán entre sí los Practicantes buena correspondencia para ayudarse mutuamente, y con recíproca union en todo quanto mira al cumplimiento de sus obligaciones, sin saherirse, ni emularse, sino precisamente en quanto mire á excederse cada uno en la piedad con los pobres Indios.

XI.

Aunque las Enfermeras, y Ayudantas en la Sala de las mugeres están destinadas á las unturas, ayudas, y demás tópicos exteriores que el Médico ordena; pero esta obligacion no ha de ser tan libre, y absoluta en ellas, que el Practicante á quien toque descuide de atender á la execucion, para que las pobres enfermas no experimenten alguna falta; y á mas de esto jamás ha de fiar de ellas la subministracion de las medicinas internas, por ser esto privativo del Practicante á quien se encarga.

XII.

DE los Practicantes expresados, á excepcion del mayor, deberá cada uno hacer la guardia del día, y entregarla en el siguiente al que se le siga; y el que así se halle en este ocupacion tan indispensable por las precisas ocurrencias en tanto número de dolientas de variedad de males, por ningún motivo deberá salir del Hospital, pues han de estar á su cuidado quantos

tos

tos accidentes ocurran en el dia natural á los Enfermos de sus Salas para dar cuenta al Practicante mayor en caso necesario; y á este Practicante de guardia deberá acompañar siempre un Sirviente inferior, con la obligacion de continua asistencia, y ha de executar quanto el Practicante de guardia le mandare correspondiente á su obligacion.

XIII.

TODAS las operaciones, y conducta de estos Practicantes desde el que hace de mayor deberán ser fiscalizadas por ambos Médicos, y siempre que estos experimenten algunas faltas en la asistencia de los Enfermos, y obligaciones con que son admitidos, y no aprovechen las reprehensiones que primero les deberán dar, acudirán al Mayordomo Administrador, para que segun los excesos, é incorregibilidad, les separe, y substituya otro en su lugar, ó tome la providencia que estime conveniente en caso necesario con acuerdo de la Junta.

XIV.

LOS que asisten á los Enfermos de Cirugía, que hasta aquí han tenido el título de Enfermeros, se les dará en adelante tambien, como á los de Medicina, el nombre de Practicantes, sin otra distincion que las que hacen las facultades; y su eleccion será á cargo de los Cirujanos mayor, y segundo con aprobacion del Mayordomo, como se establece en quanto á las de Medicina, y estarán igualmente sujetos al Practicante mayor.

XV.

A Mas de que para estos Practicantes de Cirugía se establece lo mismo que queda establecido para los de Medicina en lo que les sea adaptable, para que las enfermedades de Cirugía sean asistidas, y curadas con mayores ventajas, y las operaciones que se executen tengan mas acertado progreso, deberán

berán ser estos Prácticos instruidos en la Cirugía por el Cirujano mayor, y segundo, con particular cuidado, para que durante el tiempo de su asistencia en el Hospital, se hagan Sujetos hábiles en la facultad á beneficio del Público; procurando siempre, que los que se dediquen á ella sean Sujetos de buenas operaciones, de juicio, y de conducta, y no altaneros, que facilmente dexen la carrera, y sea necesario andarlos mudando; en cuyo caso es consiguiente que nada se logre al utilísimo fin de esta Ordenanza.

XVI.

Será muy conveniente que á dos de estos Prácticos se les entregue respectivamente un aparato, ó caxon que reserven en lugar separado; y al tiempo de las curaciones por los Cirujanos, lo conduzcan por mano de un Sirviente, con aquellas medicinas, y auxilios regulares, como unguentos, bálsamos, tinturas, vendas, vendages, hilas, compresas, y demás de frecuente uso, todo lo qual aprontará el Mayordomo segun que dispusiere el Cirujano mayor.

XVII.

Estos mismos Prácticos deberán cortar vendas, y vendages proporcionados á todos los afectos de parte, y para distintas operaciones segun se los enseñe el Cirujano mayor, y segundo con especial aplicacion á estas operaciones, para que por sí á presencia de los Cirujanos, ó en ausencia puedan ocurrir con acierto á estos socorros.

XVIII.

A Vista de ambos Cirujanos, ó Cirujano respectivamente, executarán estos Prácticos aquellas operaciones, y curaciones que les sean fáciles, y acomodadas á la instruccion que ya tengan, y en este modo deberán irse adiestrando en la práctica, como tambien los mismos Cirujanos executarán las graves operaciones á presencia de los Prácticos, haciendoles

M

que

que observen sus reglas, y modo de dirigirlas, para que así se vayan habituando en la facultad, mirando tambien con este orden á que las curaciones se executen con aseo, método, y primor, á beneficio de los Enfermos.

XIX.

Siempre que se necesiten lienzos, hilas, ó aguardiente para la curacion, no deberá entregar el Proveedor cosa alguna de ello á los Prácticos sin Vale firmado del Cirujano mayor, ó segundo.

XX.

EN la curacion deberá uno de los Prácticos receptar en un Libro que tendrá destinado solo al fin, quantas medicinas recepten los Cirujanos, y el otro apuntará en otro Libro la clase de los alimentos que á cada Enfermo se le ordenare, y demás tópicos separadamente: y estos dos Libros al fin de cada visita los deberá firmar el Cirujano mayor, el de medicamentos para la inteligencia del Boticario, y el de alimentos para la del Proveedor.

XXI.

A Mas de los dos Prácticos de Cirugía, serán admitidos al Hospital, como se ha dicho de los de Medicina, todos aquellos Mancebos que siguiendo la carrera de la Cirugía quisieren entrar á practicar, é instruirse en la facultad, los cuales deberán ser reconocidos, aprobados, y admitidos por el Cirujano mayor, quien les explicará en día señalado todas las partes de la Cirugía, sujetando sus distribuciones á lo que ordene, y destinandolos á las Salas en beneficio de los Enfermos, ayudando á executar tópicos, dar comida, y todo lo demás que fuere conducente al fin.

XXII.

EN las Salas de Cirugía siempre permanecerá haciendo guardia uno de sus Prácticos con un Mozo de servicio, como

mo queda establecido á los Prácticos de Medicina: el de guardia tendrá cuidado, finalizada la curacion, y visita en sus Salas, de pasar á las de Medicina con su aparato, ó caxon, acompañando al Cirujano mayor, ó segundo para la curacion de Cirugía que allí haya de hacerse, y en el caso que debe repetirse segun el accidente, y lo que el Cirujano haya mandado, acudirá el Práctico á quien toque sin pérdida de tiempo, arreglándose en la curacion, y tiempo de ella á lo que los Cirujanos le huvieren prevenido.

TRATADO DECIMO.

De Mozos, y Mozas de servicio comun.

I.

LAS obligaciones de estos se hallan comprendidas en sus mismos ministerios, y al cuidado del Proveedor, y aun de todos aquellos á quienes corresponde segun su destino zelar y cuidar que sirvan con fidelidad, exâctitud, y conmiseracion ácia los pobres Enfermos, porque todos son necesarios á su alivio, á que el Hospital sea bien asistido, y á que los demás empleados cumplan con sus respectivos cargos.

II.

Consiguientemente á esto las Mugeres que hacen de Enfermeras para la aplicacion de tópicos exteriores, estarán prontas á quanto en el asunto se les mandare, exercitando este oficio de piedad á las horas, y tiempos que se les prescriban, y de forma que los pobres Indios puedan sobrellevar sus dolencias á vista del amor con que se les asista, tolerando con caridad, y prudencia las impertinencias inseparables de los que padecen, y acudiendo especialmente por la noche á lo que se les ofrezca para su alivio.

III.

III.

TENDRÁN estas mismas Enfermeras especial cuidado con el aseo, y limpieza de las camas, y ropa de los Enfermos, pues tanto conduce á su alivio, y aun á veces á que las enfermedades se minoren, ó al menos á que sean menos molestas, cuidando por último de todo quanto pertenezca al aseo, y limpieza, tanto de los Enfermos, y sus camas en particular, como de las Salas en comun, no porque hayan de executar por sí mismas estas Enfermeras lo que no sea de su peculiar obligación, sino para que en este oficio tan inmediato á los enfermos, cuiden de que los Sirvientes á quienes pertenezca el aseo de las Salas, y las ocupaciones todas que miran á su limpieza, y libertarlas de malos olores, cumplan exâctamente con estas obligaciones, dando cuenta al Proveedor, Practicantes, y demás que puedan remediarlo, de los descuidos, omisiones, y excesos que notaren.

IV.

LOS Sirvientes que huvieren de asistir á los Practicantes de guardia, y á las visitas de los Médicos, y Cirujanos, estarán siempre prontos á estas ocupaciones en lo que sea á su cargo, y obedientes á lo que dentro de ellas les mandaren los Practicantes, obrando en todo con prontitud, cuidado, y vigilancia, porque su descuido, ó menos actividad no cause alguna falta perniciosa al buen servicio, y regimen diario del Hospital.

V.

LOS que tuvieren el cargo de barrer, asear las Salas, sacar los vasos, y demás de este género, executarán estos caritativos oficios de forma, que mas parezca en ellos accion voluntaria, y officiosa, que necesitada de la obligación que les asiste como Sirvientes salaridados, acudiendo prontos á lo que los Practicantes, Enfermeros, y Enfermeras les mandaren sujeto á sus propias obligaciones.

VI.

VI.

LOS Sirvientes á quienes toque lavar la ropa, hacer colchones, acudir á los mandados para los servicios del Hospital, Despensa, Temascalero, y demás ocupaciones de este tenor, las cumplirán con exâcta fidelidad, sin divertirse en otras extrañas que atrasen la prontitud de estos servicios, considerando que tales ocupaciones, sean de la clase que fueren, miran directamente al buen gobierno, y régimen del Hospital, y todo á la mejor asistencia de los Enfermos.

VII.

LAS Cocineras, Atoleras, Chocolateras, y demás Sirvientes que tengan á su cargo los alimentos, sustancias, almendradas, y otros condimentos para los Enfermos, pondrán el mayor cuidado en el cumplimiento de sus obligaciones, atendiendo á que aunque son unos pobres Indios, que quando sanos se contentan con alimentos rústicos, por lo mismo debe usarse con ellos en sus dolencias del mayor regalo, porque en tal estado nada puede aprovecharles lo que en sana salud acostumbran, sino lo que adapte mejor segun el dictamen del Médico á esforzarles sus naturalezas, y que reciban con gusto el alimento.

VIII.

Finalmente todos los Sirvientes que en tanto número ocupen el Hospital para distintos ministerios que les son precisos, y sostenidos de lo que los mismos Indios á quienes sirven están contribuyendo, de lo que su Magestad es servido dispensarles de sus Reales Tributos, vivirán con el cuidado correspondiente á sus respectivas obligaciones, y de lo contrario sean despedidos por el Mayordomo, quien tendrá este absoluto arbitrio luego que se le avise de las faltas de estos Sirvientes, para que prontamente los substituya, y no carezca el Hospital de su servicio.

N

IX.

IX.

Ninguno de los oficiales, ó Sirvientes referidos en las antecedentes Ordenanzas, de cualesquiera clase que sean, mayores, ó menores, especialmente los Enfermeros, Practicantes, y demás Sirvientes del Hospital que con frecuencia manejan á los Enfermos, podrán por ningun caso tratar mal de obra, ó de palabra á alguno de dichos Enfermos, y se esmerarán en no darles disgusto; y si tal sucediere, qualquiera de los otros que lo oiga, y sepa, tenga obligacion en conciencia de denunciarlo al Capellan mayor, y Administrador, y éstos al Señor Oydor Juez, para que por sí, ó en caso mas grave por la Junta, se provea luego de remedio, despidiendolo, ó tomando otra providencia severa contra el culpado.

X.

QUE ningun Enfermero, ni Practicante pueda usar de zelo con ninguno de los Enfermos, si no fuere en caso que á juicio, ú orden de los Médicos, y por preciso tiempo se mandare; sobre lo qual se encarga á todos, y especialmente á los referidos Médicos, la observancia rígida de esta Ordenanza.

TRATADO UNDECIMO.

Del Portero.

I.

A Mas de las obligaciones comunes de este oficio, tendrá particularmente la de estar muy atento á los Enfermos que se llevan al Hospital, para abrir la Puerta, á fin de que sean recibidos, aunque sea la hora del dia, ó de la noche mas incómoda, en especial los heridos, para dar aviso al Proveedor, y que calificada la calidad del pasiente, se le provea de cama, y execute lo demás correspondiente á la curacion.

II.

II.

EStará tambien muy advertido de que los que entraren á vér á los Enfermos no les lleven de comer, y beber, mucho menos Pulque blanco, ó compuesto, ni otra cosa de alimento con título de regalo; pues sobre no carecer en este Hospital de quanto puedan apetecer que no sea nocivo á su salud á discrecion de los Médicos, puede el mal régimen de los Naturales en esta parte introducirles algunas cosas que les atrasen el recobro de la salud; dando pronto aviso al Proveedor de quanto sea digno de su noticia para el remedio.

III.

NO permitirá que Sirviente alguno de los que viven dentro del Hospital, para sus menesteres salga de él á horas extraordinarias, y desacostumbradas, ni en aquellas en que sea necesaria su asistencia, si no es aquel que tenga el oficio de Mandadero, y sea embiado como tal á lo que ceda en beneficio del Hospital; dando cuenta al Proveedor de lo que advirtiere en el particular, para que lo corrija.

TRATADO DUODECIMO.

Del Proveedor.

I.

ESTE oficio debe guardarse en este Hospital como el mas necesario inmediatamente despues del empleo de Mayordomo, porque es el que con particular cuidado ha de asistir dentro del Hospital atento á todo quanto sea de su gobierno, régimen, y servicio, sin que se le exceptúe cosa alguna la mas mínima.

II.

II.

HA de atender á las entradas de los Enfermos, para que no se reciban otros que los Indios, sin que la afeccion, ni la lástima, ni el empeño deba moverle, porque con ellos se les defraudaría á los Indios lo que es suyo, y porque hay otros Hospitales á que acudir; debiendo estar advertido el Proveedor, que el recibo de sus propios Enfermos ha de ser á qualquiera hora del dia, ó de la noche, aunque sea la mas incómoda, á que estará pronto el Portero, como se dixo, é inmediatamente avisará al Proveedor, para que hecho el exâmen breve que se acostumbra, luego incontinenti sea recibido, y acomodado el Enfermo.

III.

Hará que con la misma prontitud acuda el Prácticante mayor, si la enfermedad fuere puramente médica, ó el Cirujano segundo si el mal tocara á su facultad, y que luego sea socorrido el Enfermo por uno, ó por otro facultativo; de suerte que por falta del instantaneo socorro no experimente que la enfermedad se agrave: y si fuere de calidad que sea necesaria la asistencia del Médico, no se escusará llamar á qualquiera de los dos, sin pararse en la incomodidad de la hora.

IV.

Tendrá frecuente cuidado de visitar las Enfermerías, y cerciorarse por sí mismo de la limpieza, y aseo de las camas, y Salas, y asistencia de los Enfermos, inquiriendo como han sido tratados, si se les han hecho los medicamentos que los Médicos han ordenado; cuya indagacion la hará en compañía del Prácticante mayor con el Libro receptario; si apetecen alguna cosa, si han tomado alimento, cerciorandose de quanto deba saber á fin de que no se cause descuido.

V.

NO permitirá que en las Salas de las Mugerres entren Hombres á visitarlas, ni en las de los Hombres entren Mugerres, si no es que conste con evidencia ser los Padres, Hermanos, ó Parientes los que quieren veerlos, ó que sean sus Maridos, ó sus Mugerres, para evitar así los inconvenientes que podian seguirse de que entrasen inmediatamente otras Personas.

VI.

Luego que sea la hora de que los Médicos, y Cirujanos acudan á hacer las visitas de mañana, y tarde, estará pronto al toque de la campana para acompañarles, y á observar así la asistencia de todos los que deben ocuparse en ellas, y modo de portarse, como de todo lo que pueda convenir á su instruccion, para cumplir con lo que previene la Ordenanza antecedente.

VII.

Tendrá cuenta y razon en un Libro destinado á ese fin, de los Enfermos existentes en el Hospital, de los que entraron de nuevo, de los que mueren, y de los que convalecen, con señas individuales de todo, para lo que sean convenientes estas noticias en qualquiera ocurrencia: llevando nota particular de los heridos, y de los que fallecieren de estos accidentes, de todo lo qual dará cuenta, y razon individual al Capellan mayor, y Mayordomo.

VIII.

LAS Salas de los Hombres las proveerá de Mozos, que de pie fixo les asistan con el nombre de Enfermeros, y la obligacion de hacer las camas, limpiar Enfermos agravados, barrerlas, sacar, y limpiar los vasos, y orinales, traer la comida, y demás cosas que puedan pedirles los Practicantes para la mejor asistencia de los Enfermos.

IX.

VElará sobre que las medicinas, y alimentos se ministren segun las reglas que los Médicos, y Cirujanos hayan prescrito, y segun las horas en que se acostumbra dar la comida, y cena por lo regular á aquellos Enfermos que no tengan alguna especialidad en que la orden del Médico deba salir de la costumbre para la comida, y bebida.

X.

VElará asimismo sobre que todos los empleados para los alimentos comunes, y de sustancia cumplan sus obligaciones así en quanto á la limpieza, como sobre la sazón, y tiempo en que deban tenerlo pronto.

XI.

Tendrá cuidado en que la Despensa esté bien abastecida de quanto conduzca, y sea proporcionado á los alimentos de los Enfermos, y de facil conservacion, tanto para la prontitud de administrarlos, como para los ahorros que son regulares comprando las cosas por junto; y en su distribucion, y entrega obrará con reflexa, para la fidelidad que deben observar, mirando no haya desperdicio, bien que sin escasez, sino con economía, y regla; en la inteligencia de que ha de proceder con sujecion al Mayordomo en consideracion á lo que previene la Ordenanza décima del Tratado tercero del Mayordomo Administrador, y de que precisamente ha de dar cuenta á la Junta de lo gastado al mes, y de la provision que se necesite, y de que tambien ha de presentar en ella al principio de cada mes una Memoria firmada de todos, y cualesquiera efectos que haya comprado para reponer en lugar de los consumidos, y de lo que se necesite, y de todo lo demás que contiene la Ordenanza quarta del Tratado primero, y con la misma formalidad, y circunstancias que en ella se expresan.

XII.

XII.

IGual regla llevará en lo que por no ser de facil conservacion, fuere necesario comprarlo diariamente, no fiando tanto de los Sirvientes Mandaderos, que dexé á su arbitrio las compras, y entrego de lo que comprare, sin vér la correspondencia que tenga uno con otro, no solo en cantidad, sino tambien en calidad, llevando cuenta, y razon de todo, para darla al Mayordomo al tiempo que éste haya de dar la suya.

XIII.

EN atencion á que bien considerado por la Junta lo mas conveniente á la provision del Hospital, con presencia de de todas las Ordezanas antiguas, y de las nuevas que ahora se han reformado, y lo que havia pedido el Señor Fiscal, se ha hallado no convenir jamás el que esta provision se haga por asiento, tendrá especial cuidado el Proveedor de hacerla por junto con anuencia del Mayordomo de todos los renglones que lo permitan, llevando cuenta, y razon con los Recibos de los Vendedores, comprobada de todo lo que por junto se comprare; y si huviere sido Cacao, ú otros efectos en Veracruz de las facturas, ó cartas de embio, para que de esta manera pueda dar, y justificar con la formalidad correspondiente las partidas de sus cuentas, que ha de dar cada mes á conformidad de lo que en esta razon dispone la citada Ordenanza quarta del Tratado primero.

XIV.

Tendrá el Proveedor obligacion de que siempre, y quando entren en el Hospital Hombres, ó Mugerés enfermos, luego que éstos sean despojados de sus pobres ropas, y puestos en sus camas, la mande recoger, contandola en su presencia, formando emboltorio de ellas, amarrado en el estado que fuere decente, ó andrajosa, y pondrá dentro de dicho emboltorie una cédula que contenga el nombre á quien pertenece, y número de

de cama á que corresponde, para que al tiempo de salir se le debuelva en la propia forma que la traxo, ó si muriere se le entregue á sus inmediatos, si los tuviere, ó se le dé el destino de hospitalidad que se arbitrare por el mismo Proveedor; pues puede acontecer que esta tal ropa aunque tan pobre, á falta de inmediatos de los que murieron, quedando en el Hospital, sirva para provision á otros pobres que entren sin ella, al tiempo de salir sanos, quedando como debe quedar responsable el Proveedor á todo lo que de ella faltare.

XV.

Tendrá asimismo cuidado de que si fuere Enfermo de mal contagioso, al tiempo de recoger las ropas que llevaren, y siendo el accidente tal que á juicio de los Médicos aun en el caso de sanar puede bolver á contagiarlos, en tal evento, aora sane el Enfermo, ó muera, hará se quemem las ropas contagiadas, y de cuenta de los fondos, y rentas del Hospital se les proveerá de ropa necesaria, y competente, ó de la que huviere quedado de otros Enfermos que hayan fallecido, ó se les dará nueva conforme al uso de los Indios.

XVI.

QUE el Proveedor sea obligado á tener todo el repuesto de ropas necesarias para que siempre y quando la necesidad, ó enfermedad de los Indios miserables lo pidiere, se les mude por los Enfermeros la ropa de cama, y colchones, lo que cuidará el Proveedor executen con toda puntualidad, exercitando asimismo con ellos la hospitalidad de limpiarlos, y lavarlos, y en particular á los diarreáticos.

XVII.

EN lo que mira á la ropa de los Enfermos, y servicio del Hospital estará atento á los Sirvientes que la manejan, y cuidan, al entregarla para que la laven, y al debolverla lavada

vada, y á que en su guarda, y en su uso no se verse extravío, ni defalque alguno, para lo qual hará todos los meses reconocimiento del estado, y número que tiene la ropa.

XVIII.

Pondrá cuidado en que el Hospital no carezca, sino que tenga pronto, y abastecido todo quanto pertenece á la curacion, y auxilio de los Enfermos, como son hilas, vendas, vendages, aguardiente, espíritus, y todo lo demás de este género, entregando á proporcion á los Practicantes lo que deben conservar en sus aparatos, ó caxas para su diario manejo, y uso.

XIX.

Como todo el gobierno, y régimen del Hospital se ha de dirigir por el Proveedor, y ha de tener en ello una radical entera noticia, que en tanta variedad de cosas no podrá, ni deberá hacer sus oficios la memoria, á mas de lo que se necesita para la constancia, y fé de todas las que maneja, á este fin tendrá distintos separados Libros en que con puntualidad asiente lo que pertenezca á la diversidad de sus asuntos.

XX.

EL primero de ellos será el de los Enfermos, que lo dispondrá con division á medio margen, para que en el primero apunte los Enfermos, poniendo la calidad de Indios, sus nombres, vecindades, y habitaciones, si son casados, ó solteros, si tienen padres, y el dia de su entrada, si herido, ó de enfermedad natural, qué cama le cupo, con el número de ella, y Sala en que se puso; y en el contrario margen correspondiente á la partida, asentará si murió, ó sanó, qué dia, de uno, ú otro, ó quando fue enterrado, ó despedido.

XXI.

EL segundo Libro será de todo lo que pertenece á la Despensa, y Cocina, haciendo primer cargo por menor con individualidad de los géneros, su peso, número, y medida; despues lo que diariamente se saca de la Despensa, y entrega para el gasto; y separadamente lo que por no estar en ella se emplea en los alimentos, y demás menesteres del dia.

XXII.

EL tercero contendrá la ropa que sirve á los Enfermos, como colchones, sábanas, colchas, almohadas, con distincion de lo que en la actualidad les esté sirviendo, y de lo que en la pieza que sirve de Roperó se tenga de repuesto á prevencion para los que fueren entrando; no descuidando por esto de estar muy á la mira de lo que las Enfermeras, y Enfermeros manejen, y se pase de su mano á los Lavanderos, para que esto se execute con toda fidelidad, buena cuenta, y razon.

XXIII.

POR último será de su obligacion atender á todo quanto pertenece al servicio, y gobierno del Hospital, y á saber como cumplen sus obligaciones todos los empleados en él, desde los Padres Capellanes, Médicos, Cirujanos, y Practicantes, hasta el Sirviente mas ínfimo, para que segun las resultas se proporcionen las providencias, dando de todo cuenta al Mayordomo, que es el que ha de dirigirlas ó por sí, ó por resolucion de la Junta, segun los casos, y Personas.

TRATADO DECIMOTERCIO.

De los Salarios.

I.

A Conformidad de lo consultado por el Real Acuerdo, y resuelto por su Magestad en la Real Cédula de aprobacion de estas Ordenanzas, solo llevarán, y gozarán los

los empleados en este Hospital los salarios que por este Tratado se les asignan, y son los siguientes.

II.

LA plaza del Mayordomo Administrador de este Hospital se mantendrá con el sueldo de los dos mil quinientos doce pesos de su dotacion, y por la cobranza del Medio real con que contribuyen los Indios para el mismo Hospital, tendrá los quatrocientos pesos que le asigna la Ordenanza quinta del primer Tratado.

III.

EL Escribano que es, y en adelante fuere de este Hospital, habida consideracion á las asistencias de Juntas, responsabilidad de Papeles, y Archivo, otorgamiento de fianzas, y demás diligencias que ha de executar contra los Deudores, y Fiaadores, como tambien todos los negocios pertenecientes á dicho Hospital, tendrá el salario de doscientos pesos cada un año.

IV.

EL Proveedor llevará quinientos pesos de salario al año, con mas otros cien pesos para el Amanuense que se le considera necesario.

V.

CADA uno de los dos Médicos del Hospital que asisten, y han de asistir uno á la Enfermería de los Hombres, y otro á la de las Mugerres, tendrán por ahora quinientos pesos anuales, es á saber, quatrocientos pesos, que son los que hasta ahora han gozado, y los ciento que se les aumentan en la Ordenanza duodécima del tratado séptimo por el gravamen de las dos visitas diarias; quedando en la inteligencia de que ha de cesar este aumento luego que se les proporcione casa para que vivan dentro del Hospital.

VI.

VI.

EL Cirujano mayor llevará seiscientos pesos de salario al año, y el segundo Cirujano quatrocientos tambien anuales, lo que se entienda igualmente por ahora, en conformidad de lo que previene la Ordenanza primera del Tratado octavo; pues luego que se les dé casa en el Hospital para que vivan, deberá cesar el aumento de cien pesos que á cada uno se le asigna por el nuevo gravamen de las dos visitas diarias, y quedará reducido el salario del primero á los quinientos pesos, y el del segundo á los trescientos, que hasta ahora han gozado.

VII.

DE los dos Prácticos de Medicina, el primero solo gozará de aquí en adelante el salario anual de ciento noventa y dos pesos, á razon de diez y seis al mes, y el segundo ciento quarenta y quatro pesos al año, á razon de doce pesos al mes, y no otra cosa.

VIII.

EL Enfermero mayor, al proprio respecto llevará igualmente el salario anual de ciento quarenta y quatro pesos, y cada uno de los otros cinco Enfermeros de Medicina llevará a el año el salario de noventa y seis pesos, á razon de ocho pesos al mes.

IX.

EL Práctico mayor de Cirugía gozará á el año ciento y veinte pesos de salario, á razon de diez pesos al mes, y cada uno de los quatro Prácticos de esta facultad noventa y seis pesos anuales, á razon de ocho pesos mensales.

X.

Cada una de las dos Enfermeras de Medicina, á razon de seis pesos al mes, tendrá el salario de setenta y dos pesos anuales.

VI.

XI.

AL mismo respecto gozará también el salario de setenta y dos pesos á el año la Enfermera mayor de Cirugía, y la segunda treinta y seis pesos anuales, á razon de tres pesos al mes.

XII.

LA Despensera mayor llevará noventa y seis pesos anuales, y su Ayudanta veinte y quatro pesos también á el año.

XIII.

LA Cocinera mayor tendrá setenta y dos pesos anuales.

XIV.

LA segunda Cocinera, que deberá agregarse á consecuencia de lo que previene la Ordenanza vigesima prima de este Tratado, gozará sesenta pesos anuales, á razon de cinco pesos al mes, y la Ayudanta gozará quarenta y ocho pesos anuales.

XV.

Cada una de las Colchoneras gozará á el año noventa y seis pesos de salario.

XVI.

DE las dos Atoleras cada una llevará el de cincuenta y un pesos anualmente.

XVII.

EL Portero gozará el salario de setenta y dos pesos anuales.

XVIII.

Cada uno de los dos Mozos Lavaderos tendrá asimismo setenta y dos pesos de salario á el año.

Q

XIX.

XIX.

Cada uno de los seis Mozos meseros, Mandaderos, y Temascaleros llevará de salario á el año quarenta y ocho pesos.

XX.

El mismo salario de quarenta y ocho pesos á el año tendrán el Sacristan, y el Mozo Sepulturero, á razon de quatro pesos al mes cada uno.

XXI.

OTRO Mozo Temascalero que hay en el Hospital, tendrá el salario de setenta y dos pesos á el año.

XXII.

Y Considerando que ha sido excesiva la racion que hasta ahora han gozado todos los Dependientes, y Sirvientes del Hospital, comprehendidos en las Ordenanzas que corren desde la quarta de este Tratado hasta la precedente, á que en ellas se les asigna á cada uno el salario que se ha tenido por justo segun su trabajo, y que aun queda el arbitrio de que guardando una prudente economía, podrán sustentarse suficientemente con ahorro de las rentas del Hospital, sin llevar raciones algunas ni en especie, como hasta aquí se havía observado, ni en dinero. Para que esto se logre en lo succesivo, se previene que el Mayordomo, con intervencion del Proveedor, haga que en el mismo Hospital se disponga de comer para todos los expresados Dependientes, y Sirvientes de él, proporcionando á este fin las raciones correspondientes para su sustento, para que de este modo se evite el inconveniente que es de temer de que salgan á comer fuera del Hospital dandoseles su racion en dinero, y se mantengan sujetos dentro de él á todas horas, y se consiga quanto pueda ser de ahorro á las rentas del mismo Hospital. Y respecto al trabajo que por esto se aumenta á la Cocinera,

nera, se previene igualmente se agregue otra con el título de segunda, y con el salario de cinco pesos al mes, que ya le queda asignado en la Ordenanza décima tercia, quedando la Ayudanta con el de quatro pesos mensales, que en la misma Ordenanza se le asignan. Y se declara, que los dos de los quatro Indios que se ván alternando de los treinta y tres que llaman Congregantes, con el destino de barrer las Enfermerias, y verter los vasos, á quienes, segun informe que hizo el Mayordomo Administrador de este Hospital, se les daba antes racion de pan, carne, ó equivalente, deberán en lo de adelante estimarse, y tenerse como Sirvientes del mismo Hospital, á el efecto de proporcionarles igualmente las raciones correspondientes para su sustento como á aquellos.

XXIII.

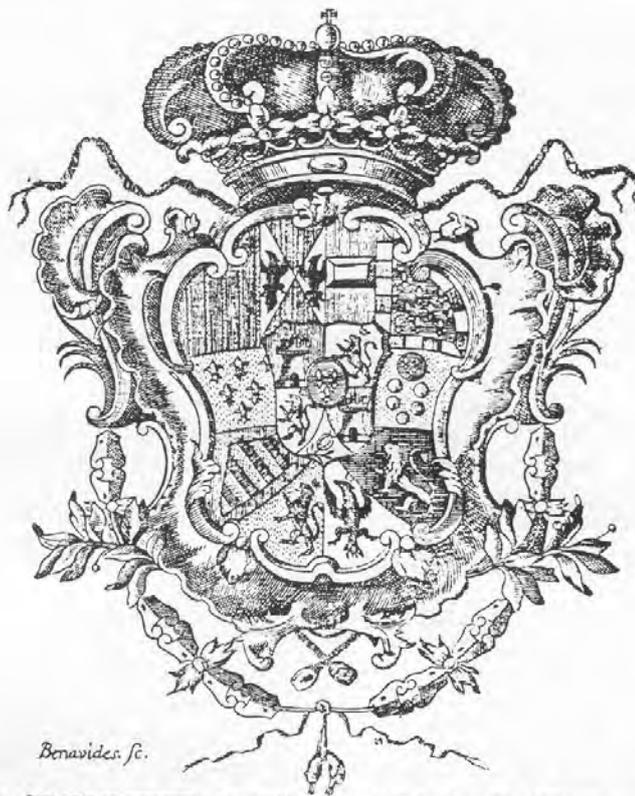
Todos los referidos salarios expresados en las antecedentes Ordenanzas, los llevarán solamente, sin inclusion de las raciones que antes se les daban á los dichos asalareados, en la conformidad que vá prevenido en la Ordenanza antecedente.

XXIV.

Ultimamente, conforme á lo que expresa, y determinada-mente resuelve su Magestad en su citada Real Cédula de aprobacion de estas Ordenanzas, no podrán los Exm^{os}. Señores Virreyes, la Junta de dicho Hospital, el Administrador de él, ni otro Ministro, ni Sugeto alguno, admitir á curacion en él á Persona alguna que no sea precisamente Indio, ó India, en atencion á estar única, y determinadamente establecido para ellos.

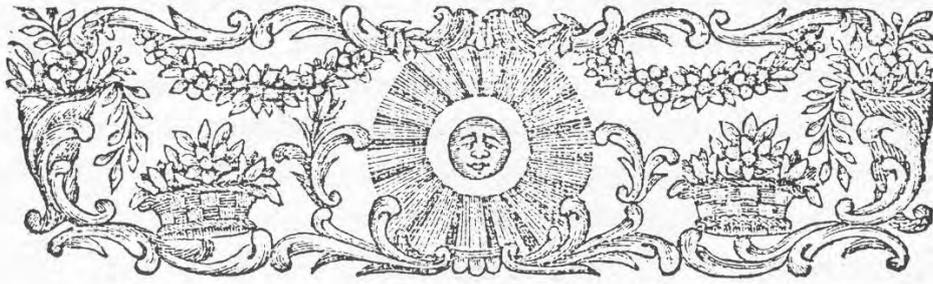
Y O el Lic. D. Joseph Mariano de Torres, Relator propietario de esta Real Audiencia, y de su Real Acuerdo, y uno de los Individuos del Ilustre Colegio de Abogados de esta Corte, Certifico en quanto puedo, y debo, que las precedentes Ordenanzas contenidas en los trece
Tra-

Tratados de ellas, están formadas, estendidas, y dispuestas con total arreglamiento á las que se formaron por la Real Junta del Hospital Real de Indios de esta Corte con fecha de ocho de Agosto de mil setecientos y setenta, á las reformas, modificaciones, y adiciones que contiene el Voto consultivo de los Señores Ministros del Real Acuerdo su fecha diez de Diciembre de mil setecientos setenta y uno, y á las modificaciones, y declaraciones que expresa la Real Cédula de su aprobacion fecha en San Lorenzo á veinte y siete de Oñtubre de mil setecientos setenta y seis. Y para que conste pongo la presente á consecuencia de lo acordado por dicha Real Junta. México á diez de Marzo de mil setecientos setenta y ocho años. = Lic. Joseph Mariano de Torres.



CONSTITUCIONES,
Y
ORDENANZAS,
PARA EL REGIMEN
DE LA BOTICA
DEL HOSPITAL REAL, Y GENERAL
DE LOS INDIOS DE ESTA NUEVA ESPAÑA,
Mandadas observar por S. M. en Cédula de 27
de Octubre de 1776.

CON LICENCIA DEL SUPERIOR GOBIERNO
Impresas en México, en la nueva Oficina Madrileña de D. Felipe
de Zúñiga y Ontiveros, calle de la Palma, año de 1778.



ORDENANZAS

Formadas para el correspondiente régimen de la Botica del Hospital Real General de Indios de esta Corte de México.

I.



En atención á que conforme á lo mandado por Su Magestad, debe restablecerse la Botica del Hospital al estado que antes tenía, con un Maestro, un Segundo, un Oficial, y un Mozo Sirviente de alambiques, para tan precisos útiles encargos, deberán elegirse Personas que acudan con inteligencia, y esmero á lo que tanto importa á los aciertos de la Medicina, y Cirugía; pues no solo dependen del conocimiento en ambas facultades, sino juntamente de que las medicinas que aplican sean de las circunstancias, y calidades que necesitan, y no solo tambien sea suficiente que las medicinas se hallen abastecidas en la Botica, sino que todas sean de las mas electas, y escogidas, tanto las compuestas, como las simples.

II.

Esta será la primera atención del Maestro, y su primer cuidado con los Oficiales, y despues el que las recetas se despachen sin tropelias, ni equivocaciones en la sustancia, y en la dosis, principalmente en los medicamentos purgantes, y en todos

todos aquellos de operaciones internas, mirando quanto arriesgará el pasiente en una ligera equivocacion; ó porque no se dé puntualmente lo que se recepta, ó porque no haviendolo, quiera suplirse con lo que juzguen ser proporcionado al mismo efecto.

III.

Será bien para ello, que el Maestro, á mas de aquellos frecuentes Libros de su arte, tenga un formulario de los Médicos, y Cirujanos del Hospital, de aquellas medicinas mas usuales á las complexiones, naturalezas, y enfermedades frecuentes de los Indios; sín que limite á esta regla su provision, pues en ella ha de llevar la de las mejores, y mas acreditadas Boticas, para que los Enfermos del Hospital logren quanto beneficio sea posible con sus propias medicinas, y al mismo tiempo utilizen lo que puede proporcionarse á su mayor crédito en el Público; á cuyos fines comunicará con el Proveedor todo lo que sea necesario, para que pasado á la noticia del Mayordomo, éste habilite lo conveniente.

IV.

EL Mancebo tendrá cuidado de acudir con sus Libros al toque de la campana para asistir á las visitas, y apuntar en ellos las recetas, que firmarán respectivamente los Médicos, y Cirujanos, como con igual correspondencia executan en los Libros que llevan los Prácticos en el mismo acto, para que vistas por el Maestro Boticario, y Oficiales, las vayan despachando con prontitud, y acierto.

V.

EStos Libros deberán ser de un orden tan prolijo, y puntual, que jamás puedan equivocarse sus recetas, asentandolas en ellos segun el número que tenga cada cama, para que así despachadas, corresponda en igual método su aplicacion, en lo qual tendrán todos los que manejan tales Libros una correspondencia recíproca, y uniforme, para lo que ocurra en sus execuciones.

VI.

VI.

SUponiendo que la Botica no ha de limitarse á solo los Enfermos del Hospital, sino que tambien ha de ser á beneficio del Público, procurando acreditarse con la buena fé, y legalidad que debe en todas sus medicinas, para que como está dicho cedan sus utilidades, y adelantamientos en beneficio del Hospital, con cuyos fondos se mantiene, llevará de todo el Maestro una cuenta exâcta en los Libros separados, el uno de lo que se gasta en él, y el otro de lo que venda al Público, para que ca-reados en el cargo, y fondos de la Botica, pueda venirse en conocimiento de sus creces, ó defalques, cuya cuenta ha de darse al Mayordomo para que compruebe las suyas.

VII.

EL empleo de Boticario para un manejo de tanta confianza en su debido uso, interés, y demás fines que ya se han propuesto arriba, debe recaer en Persona habil, aprobada por el Real Protomedicato, de acreditada práctica, y experiencia en este oficio, de buena vida, y costumbres.

VIII.

NO ha de poder tener de su cuenta Botica pública, ni privada, ni tampoco comerciar en géneros que correspondan á esta facultad; y solo entenderá en lo que necesite el Hospital, y sea preciso para su consumo en él, y en el Público, baxo la permission asentada, y asimismo para su repuesto; de que ha de llevar, y dar al Mayordomo la mencionada cuenta.

IX.

HA de tener especial cuidado en reconocer continuamente los géneros de su Botica, su calidad, y cantidad; lo primero para que no se use de aquellos que por revenidos, ó por el tiempo, ú otros accidentes hayan perdido su virtud, y se hayan disipado; y lo segundo para que con anticipacion, y con atencion al gasto diario, se hagan por el Mayordomo las compras, ó repuestos necesarios, con intervencion del mismo Boticario

*

ticario

4
ticario, quien como inteligente havrá de calificar el género en su calidad, y precio.

X.

PROcurará que toda la oficina esté con el aséo, y cuidado correspondiente, y los vasos, redomas, caxas, y demás aparatos de su uso con las notas necesarias á su pronto conocimiento, y facil manejo, no solo por él, sino tambien por el Oficial, y Mancebo que la asisten.

XI.

CONcurrirá personalmente al exâmen de los elaboramientos que se executen, y no disimulará las menores equivocaciones, por el grave daño que puede resultar de los descuidos del Oficial, y Mancebo que se encarguen de las operaciones; llevando igual cuidado, y observacion al tiempo del despacho de las medicinas.

XII.

HAN de estar á su orden el Oficial, Mancebo, y Mozo de esta oficina, y será responsable de la suficiencia de cada uno, por depender el recibo de ellos de solo su aprobacion, para quanto pertenezca al ministerio, legalidad, y confianza, de forma que las faltas que se experimenten en los géneros de la Botica, las ha de responder el Maestro como principal Gefe de la oficina, á quien, y no á otro se le fia todo su manejo.

XIII.

NO permitirá al Oficial, y Mancebo se distrayan, y ocupen con los Practicantes, á quienes particularmente se les prohíbe la entrada al tiempo del despacho, por deber hacerse por el Mostrador, y con la formalidad, y atencion que se requiere para evitar confusiones.

XIV.

ATendiendo á que esta Botica tan util á los miserables Indios en su proprio Hospital, y al Público de la Ciudad, principalmente en las calles inmediatas tenga el buen uso que
se

se desea, y los progresos que puedan seguirse, deberá ser ⁵visitada por tiempos del Real Protomedicato, como qualquiera otra de la Ciudad, y corregidos sus yerros en presencia del Mayordomo, para lo que convenga, dandole á él solo aviso anticipado.

XV.

EL Maestro Director de la Botica ha de ser exâminado por el Real Protomedicato, y ha de presentar Certificacion de su aprobacion.

XVI.

HA de afianzar á satisfaccion de la Real Junta hasta en cantidad de un mil pesos, respecto á que ha de estar á su confianza el importe de esta Oficina, que á la presente es el de seis mil pesos.

XVII.

Todas las compras que haga de los simples que necesite, las ha de hacer por sí, y no por otro, para que así le conste de su calidad, manifestandoselas al Mayordomo Administrador para que quede cerciorado de su cantidad.

XVIII.

HA de dar semanariamente su cuenta, y relacion jurada á la Real Junta de lo erogado en aquella semana en gastos de su reposicion.

XIX.

Igualmente ha de dar á la misma Junta cada mes cuenta, y relacion jurada de lo que en él ha producido la venta de lo expendido al Público.

XX.

HA de tener dos Libros en que copie las referidas cuentas, y el de los Gastos le rubrique el Mayordomo Administrador; y en el del importe de lo vendido al Público, ponga su recibo, para que estos Libros sirvan de comprobacion, y resguardo al mismo Maestro Director.

XXI.

XXI.

Todos los años al fin de ellos se ha de hacer valance de la Botica, con la misma solemnidad que se ha executado hasta ahora, nombrando la Junta dos Facultativos á representacion del Mayordomo Administrador, para que éstos baxo de juramento, y en presencia del Escribeño del Hospital, tasen, reconozcan, y abalúen al costo, y costas todas las medicinas, así simples, como compuestas, y todos los aperos de esta Oficina, abaluando igualmente los Libros receptarios de los Enfermos, para que así se sepa el estado que tiene anualmente.

XXII.

EL Maestro principal, y Mayordomo de la Botica llevará anualmente setecientos y cincuenta pesos por su salario, incluidos en ellos los ciento y cincuenta pesos del valor de los altos de la misma Botica, en que precisamente deberá vivir, sin otro gage, ni racion alguna.

XXIII.

LOS dos Oficiales llevarán cada uno siete reales diarios, y asimismo por via de gratificacion tendrá cada uno de ellos quatro pesos el dia de su Santo, y otros quatro en la Pasqua de Navidad.

XXIV.

LOS dos Mozos para los alambiques, almireces, prensas &c. llevarán tres reales y medio diarios cada uno de ellos; y asimismo tendrá cada uno dos pesos el dia de su Santo, y otros dos en las Pasquas de Navidad.

F I N .



**ORIGEN Y VECINDAD⁴⁸ DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON AL
HOSPITAL REAL DE NATURALES DE 1775 A 1802.**

ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	41	.2	.2	.2
?	1	.0	.0	.2
[SIC]	1	.0	.0	.2
TLASUCHUQUE	1	.0	.0	.2
ACALPA	1	.0	.0	.2
ACAMBAI	1	.0	.0	.2
ACAMBARO	8	.0	.0	.3
ACAMBAY	1	.0	.0	.3
ACAMPA	1	.0	.0	.3
ACAPIXCA	1	.0	.0	.3
ACAPULCO	1	.0	.0	.3
ACAPUSALCO	1	.0	.0	.3
ACASINGO	5	.0	.0	.3
ACATENGO	1	.0	.0	.3
ACATLAN	15	.1	.1	.4
ACAUTLA	2	.0	.0	.4
ACHICOMULA	1	.0	.0	.4
ACHUTLA	1	.0	.0	.4
ACOLMA	1	.0	.0	.4
ACOLMAN	6	.0	.0	.5
ACOLUCA	1	.0	.0	.5
ACOPILO	1	.0	.0	.5
ACORDADA	3	.0	.0	.5
ACTLA	1	.0	.0	.5
ACTOPAN	23	.1	.1	.6
ACULCO	6	.0	.0	.7
AFALJAYUCA	1	.0	.0	.7
AGUASCALIENTES	1	.0	.0	.7
AGUAZUTLA	1	.0	.0	.7
AHUEHUETES	3	.0	.0	.7
AJOCOTITLAN	1	.0	.0	.7
AJUSCO	7	.0	.0	.7
ALACUALTEPAN	1	.0	.0	.7
ALASALA	1	.0	.0	.7
ALASQUAQUE	1	.0	.0	.7
ALAYACAPAN	1	.0	.0	.8
ALCAPARROZA	1	.0	.0	.8
[SIC]	1	.0	.0	.8
ALESTRA	1	.0	.0	.8
ALFAGALLUCA	3	.0	.0	.8
ALFAJALLUCA	2	.0	.0	.8
ALFAJAYUCA	7	.0	.0	.8

⁴⁸ Se respetó la traducción original en vistas de observar el registro lo más original posible.

ALFAXAJAYUCA	1	.0	.0	.8
ALFAXALLUCA	1	.0	.0	.8
ALFAXAYUCA	2	.0	.0	.8
ALLOCINGO	1	.0	.0	.9
ALLOELA	1	.0	.0	.9
ALLOTLA	1	.0	.0	.9
ALLUSTACA	1	.0	.0	.9
ALLUTLA	1	.0	.0	.9
ALMOLOLLA	1	.0	.0	.9
ALMOLOYA	12	.1	.1	.9
ALTAGALLUCA	2	.0	.0	1.0
ALTAGAYUCA	1	.0	.0	1.0
ALTAJACUYA	1	.0	.0	1.0
ALTAJAYUCA	1	.0	.0	1.0
ALTAXALLUCA	1	.0	.0	1.0
ALTAYUCA	1	.0	.0	1.0
ALXAFAYUCA	1	.0	.0	1.0
AMANALCO	1	.0	.0	1.0
AMAYA	1	.0	.0	1.0
AMAYUCAN	1	.0	.0	1.0
AMAZOQUE	1	.0	.0	1.0
AMECA	1	.0	.0	1.0
AMECA MECA	5	.0	.0	1.0
AMECAMECA	16	.1	.1	1.1
AMEROQUE	1	.0	.0	1.1
AMEYALCO	1	.0	.0	1.1
AMICAQUE	1	.0	.0	1.1
AMILLALCO	4	.0	.0	1.2
AMILPA	2	.0	.0	1.2
AMILPAN	1	.0	.0	1.2
AMILPAS	8	.0	.0	1.2
AMIYALCO	1	.0	.0	1.2
AMOSOLA	1	.0	.0	1.2
AMOSQUE	2	.0	.0	1.2
ANALCO	1	.0	.0	1.2
ANQUITLAN	1	.0	.0	1.2
ANTALAQUIA	1	.0	.0	1.3
ANTEPETLAQUE	1	.0	.0	1.3
ANUALCO	1	.0	.0	1.3
APA	7	.0	.0	1.3
APACES	1	.0	.0	1.3
APACHE	1	.0	.0	1.3
APAN	19	.1	.1	1.4
APASCO	7	.0	.0	1.5
APATLACO	1	.0	.0	1.5
APAXCO	4	.0	.0	1.5
APAXES	1	.0	.0	1.5
APIPILGUAS	1	.0	.0	1.5
APOYACA	1	.0	.0	1.5
AQUITALAQUIA	1	.0	.0	1.5
ARITOCA	1	.0	.0	1.5

ARMADILLOS	1	.0	.0	1.5
ARROBELES	1	.0	.0	1.5
ARROYO SARCO	2	.0	.0	1.5
ASCAPUSALCO	3	.0	.0	1.5
ASILO	5	.0	.0	1.6
ASTURIAS	1	.0	.0	1.6
ASUNCION	1	.0	.0	1.6
AT[L]ISCO	1	.0	.0	1.6
ATENCO	9	.0	.0	1.6
ATENGO	4	.0	.0	1.7
ATEPETLACUAL LA	1	.0	.0	1.7
ATESCAPA	1	.0	.0	1.7
ATETELCO	1	.0	.0	1.7
ATILCO	1	.0	.0	1.7
ATISAPAN	1	.0	.0	1.7
ATISTLA	1	.0	.0	1.7
ATITALACHIA	2	.0	.0	1.7
ATITALAQUIA	2	.0	.0	1.7
ATITALQUIA	2	.0	.0	1.7
ATIZAPAN	16	.1	.1	1.8
ATLACA	1	.0	.0	1.8
ATLACOMULCO	5	.0	.0	1.8
ATLAHUTLACA	1	.0	.0	1.8
ATLALPA	1	.0	.0	1.8
ATLAMPÁ	1	.0	.0	1.8
ATLAPANGO	1	.0	.0	1.9
ATLAPULCO	6	.0	.0	1.9
ATLAXAYUCA	1	.0	.0	1.9
ATLISCO	1	.0	.0	1.9
ATLIXCO	15	.1	.1	2.0
ATLIZCO	1	.0	.0	2.0
ATLOTENGO	1	.0	.0	2.0
ATOCPAN	1	.0	.0	2.0
ATOLLAQUE	1	.0	.0	2.0
ATOPA	2	.0	.0	2.0
ATOPAN	1	.0	.0	2.0
ATOTINILCO	1	.0	.0	2.0
ATOTONGO	1	.0	.0	2.0
ATOTONICO	2	.0	.0	2.0
ATOTONILCO	10	.1	.1	2.1
ATOTONILCO EL GRANDE	2	.0	.0	2.1
ATOTONULCO	1	.0	.0	2.1
ATRISCO	2	.0	.0	2.1
ATZCAPOTZALC O	1	.0	.0	2.1
AXACINGO	1	.0	.0	2.1
AYAPA	1	.0	.0	2.1
AYAPAN	1	.0	.0	2.1
AYAPANGO	1	.0	.0	2.1
AYOCINGO	3	.0	.0	2.2

AYOTLA	12	.1	.1	2.2
AYOTZINGO	12	.1	.1	2.3
AYOZINGO	1	.0	.0	2.3
AYUAUTLA	1	.0	.0	2.3
AYUCINGO	1	.0	.0	2.3
AYUCINGO [SIC]	1	.0	.0	2.3
AZCAPOTZALCO	267	1.4	1.4	3.7
AZCOPOTZALCO	2	.0	.0	3.7
AZTAHUACAN	1	.0	.0	3.7
BALLADOLI	1	.0	.0	3.7
BALLADOLIN	1	.0	.0	3.7
BARCO	1	.0	.0	3.7
BARRANCA	1	.0	.0	3.7
HONDA	1	.0	.0	3.7
BELEN	1	.0	.0	3.7
BERNABE	1	.0	.0	3.8
BOLAÑOS	4	.0	.0	3.8
CADEREITA	1	.0	.0	3.8
CALACOAYA	1	.0	.0	3.8
CALACUALLA	2	.0	.0	3.8
CALACUAYA	7	.0	.0	3.8
CALACULA	1	.0	.0	3.8
CALAMAYA	1	.0	.0	3.8
CALAPUAYA	1	.0	.0	3.8
CALAQUI	1	.0	.0	3.9
CALAYUACA	1	.0	.0	3.9
CALCILPAN	1	.0	.0	3.9
CALIMALLA	3	.0	.0	3.9
CALIMAYA	14	.1	.1	4.0
CALMILULCO	1	.0	.0	4.0
CALPA	1	.0	.0	4.0
CALPULALPAN	15	.1	.1	4.0
CALPULALPANN	18	.1	.1	4.1
CALPULALQUE	1	.0	.0	4.1
CALPULAPA	1	.0	.0	4.2
CALPULPAN	1	.0	.0	4.2
CALPULUALPA	2	.0	.0	4.2
CALTENGO	1	.0	.0	4.2
CAMPECHE	6	.0	.0	4.2
CANDELARIA	1	.0	.0	4.2
CAPALAQUE	1	.0	.0	4.2
CAPULA	3	.0	.0	4.2
CAPULAGO	1	.0	.0	4.2
CAPULALPA	7	.0	.0	4.3
CAPULALQUE	2	.0	.0	4.3
CAPULAPA	1	.0	.0	4.3
CAPULAQUE	7	.0	.0	4.3
CAPULOaque	1	.0	.0	4.3
CAPULUACA	1	.0	.0	4.3
CAPULUAPA	1	.0	.0	4.3
CAPULUAQUE	4	.0	.0	4.4

CAPULULUAC	1	.0	.0	4.4
CAPUTITLAN	1	.0	.0	4.4
CARAMBARO	1	.0	.0	4.4
CARDONAL	4	.0	.0	4.4
CARIAGA	1	.0	.0	4.4
CARMEN	1	.0	.0	4.4
CASA DE DON FRANCISCO JAVIER CAMPA	1	.0	.0	4.4
CASA DE DON FRANCO	1	.0	.0	4.4
CASA DE DON JOSE VELASCO	1	.0	.0	4.4
CASA DE DON MIGUEL VEGA	1	.0	.0	4.4
CASA DE DON PEDRO	1	.0	.0	4.4
BALENSUELA				
CASA DE DOÑA EUFRACIA GUTIERREZ	1	.0	.0	4.4
CASA DE LA SEÑORA GUTIERREZ	1	.0	.0	4.4
CASA DE LOS POBRES	2	.0	.0	4.5
CASA DEL SEÑOR MAYOR DE LA PLAZA	1	.0	.0	4.5
CASA DEL SEÑOR OBEJERO	1	.0	.0	4.5
CASASANA	1	.0	.0	4.5
CATICALLAYA	1	.0	.0	4.5
CAUACAN	1	.0	.0	4.5
CAVITE	1	.0	.0	4.5
CELALLA	1	.0	.0	4.5
CELAYA	5	.0	.0	4.5
CEMPOALA	12	.1	.1	4.6
CEREZO	1	.0	.0	4.6
CHALCO	1	.0	.0	4.6
CHALCATE	1	.0	.0	4.6
CHALCHICHICO	1	.0	.0	4.6
CHALCO	230	1.2	1.2	5.8
CHALMA	19	.1	.1	5.9
CHALMITA	7	.0	.0	6.0
CHALTENGO	1	.0	.0	6.0
CHAMALACO	1	.0	.0	6.0
CHAMANALCO	1	.0	.0	6.0
CHAMAPA	1	.0	.0	6.0
CHAMILULPA	1	.0	.0	6.0
CHAPA DE MOTA	4	.0	.0	6.0
CHAPALA	1	.0	.0	6.0
CHAPALMOTA	1	.0	.0	6.0
CHAPANOLLOLA	1	.0	.0	6.0

CHAPANTLA	1	.0	.0	6.0
CHAPULTEPEC	7	.0	.0	6.1
CHAQUANTONG O	1	.0	.0	6.1
CHATUMBA	1	.0	.0	6.1
CHAUTLA	1	.0	.0	6.1
CHECOSLOVAQ UIA	1	.0	.0	6.1
CHIACLA	2	.0	.0	6.1
CHIAPA DE MOTA	1	.0	.0	6.1
CHIAUTLA	1	.0	.0	6.1
CHICALUAC	1	.0	.0	6.1
CHICHILA	1	.0	.0	6.1
CHICOJUTLA	1	.0	.0	6.1
CHICONAUTLA	2	.0	.0	6.1
CHICONQUACLA	2	.0	.0	6.1
CHICUACLA	2	.0	.0	6.1
CHICUAUCLA	1	.0	.0	6.2
CHIHUAHUA	8	.0	.0	6.2
CHILAPA	3	.0	.0	6.2
CHILCUAQUE	1	.0	.0	6.2
CHILCUAUCLA	1	.0	.0	6.2
CHILCUAUTLA	1	.0	.0	6.2
CHILPA	2	.0	.0	6.2
CHIMAL GUACANATENC O	1	.0	.0	6.2
CHIMALESTACA	1	.0	.0	6.2
CHIMALGUA	1	.0	.0	6.3
CHIMALGUACAN	4	.0	.0	6.3
CHIMALHUACAN	31	.2	.2	6.4
CHIMALPA	6	.0	.0	6.5
CHIMILOQUE	1	.0	.0	6.5
CHINANCATEPE C	1	.0	.0	6.5
CHINCHALI	1	.0	.0	6.5
CHITLA	1	.0	.0	6.5
CHOCHOPANCIN GO	1	.0	.0	6.5
CHOLULA	18	.1	.1	6.6
CHOROB[US]CO	1	.0	.0	6.6
CHUAPAN	1	.0	.0	6.6
CHUCHICUACLE	1	.0	.0	6.6
CHUQUISCUAQU E	1	.0	.0	6.6
CHURUBUSCO	26	.1	.1	6.8
CIENEGUILLA	1	.0	.0	6.8
CIENEQUILLA	1	.0	.0	6.8
CINDILUCA	1	.0	.0	6.8
CIQUILPA	1	.0	.0	6.8
CITACUARO	3	.0	.0	6.8
CLACHIHUALA	1	.0	.0	6.8
CLALACUAYA	1	.0	.0	6.8

CLALTENGO	1	.0	.0	6.8
CLANCUICHILCO	1	.0	.0	6.8
CLAPAN	1	.0	.0	6.8
CLAPISAGUA	1	.0	.0	6.8
CLARA DE LOS MORALES	1	.0	.0	6.8
CLATENGO	1	.0	.0	6.8
CLAUTLA	1	.0	.0	6.8
CLAYACAPA	1	.0	.0	6.8
COACALCO	8	.0	.0	6.9
COATEPEC	2	.0	.0	6.9
COATLICHAN	1	.0	.0	6.9
COATLINCHAN	2	.0	.0	6.9
COCOTITLAN	1	.0	.0	6.9
COLIMA	2	.0	.0	6.9
COLLOACAN	3	.0	.0	6.9
COMIQUILPA	1	.0	.0	6.9
CONTRERAS	2	.0	.0	7.0
CORONANGO	1	.0	.0	7.0
COSAMALA	1	.0	.0	7.0
COYOACAN	205	1.1	1.1	8.0
COYOTEPEC	2	.0	.0	8.1
COYOTEPEQUE	1	.0	.0	8.1
CUACLACO	1	.0	.0	8.1
CUAHUITLAN	1	.0	.0	8.1
CUAHUTITLAN	2	.0	.0	8.1
CUAITITLISCA	1	.0	.0	8.1
CUAJIMALPA	9	.0	.0	8.1
CUAJIMALPAN	1	.0	.0	8.1
CUALPA	1	.0	.0	8.1
CUAMANELA	1	.0	.0	8.2
CUARTEL GENERAL DE COMERCIO	1	.0	.0	8.2
CUATITLAN	1	.0	.0	8.2
CUATLAPA	3	.0	.0	8.2
CUAUTEPEC	13	.1	.1	8.2
CUAUTEPEQUE	1	.0	.0	8.3
CUAUTICALPA	1	.0	.0	8.3
CUAUTITLAN	128	.7	.7	8.9
CUAUTLA	17	.1	.1	9.0
CUAUTLALPAN	1	.0	.0	9.0
CUAUTLAMILPA	1	.0	.0	9.0
CUCLALPA	1	.0	.0	9.0
CUCUATLACO	1	.0	.0	9.0
CUERNAVACA	27	.1	.1	9.2
CUHUACAN	1	.0	.0	9.2
CUILA	1	.0	.0	9.2
CULHUACAN	28	.1	.1	9.3
CULIACAN	12	.1	.1	9.4
CULLUACAQUE	2	.0	.0	9.4
CUMULICA	1	.0	.0	9.4

CUQULTITLA	1	.0	.0	9.4
CUSTLA	1	.0	.0	9.4
CUYUAQUE	1	.0	.0	9.4
DE AMILPAS	1	.0	.0	9.4
DE GUADALUPE	3	.0	.0	9.5
DE LA CANDELARIA	1	.0	.0	9.5
DE LA CIERNA	1	.0	.0	9.5
DE LA MAGDALENA	2	.0	.0	9.5
DE LA MILPA	1	.0	.0	9.5
DE LA PALMA	5	.0	.0	9.5
DE LA PIEDAD	16	.1	.1	9.6
DE LA PROVINCIA	1	.0	.0	9.6
DE LA SIERRA	2	.0	.0	9.6
DE LA TEXA	1	.0	.0	9.6
DE LA VILLADA	1	.0	.0	9.6
DE LAS CUEVAS	4	.0	.0	9.6
DE LAS GUERTAS	1	.0	.0	9.7
DE LAS HUERTAS	5	.0	.0	9.7
DE LAS PIEDRAS	1	.0	.0	9.7
DE LAS SALINAS	7	.0	.0	9.7
DE LOS MORALES	1	.0	.0	9.7
DE LOS REMEDIOS	25	.1	.1	9.9
DE LOS REYES	2	.0	.0	9.9
DE SALTENGO	1	.0	.0	9.9
DE SANTIAGO	1	.0	.0	9.9
DE TIERRA ADENTRO, GUERRERO	1	.0	.0	9.9
DEL MOLINO	2	.0	.0	9.9
DEL MOLINO PRIETO	1	.0	.0	9.9
DEL MONTE	2	.0	.0	9.9
DEL OLIVAR	1	.0	.0	9.9
DEL SALITRE	1	.0	.0	9.9
DEL VALLE	3	.0	.0	9.9
DOCUITUCO	1	.0	.0	9.9
DURANGO	4	.0	.0	10.0
ECATEPEC	3	.0	.0	10.0
EL CARDENAL	1	.0	.0	10.0
EL CARMEN	1	.0	.0	10.0
EL NARANJO	1	.0	.0	10.0
EL OLIVAR	1	.0	.0	10.0
EMATOPA	1	.0	.0	10.0
ERMITA	3	.0	.0	10.0
ESCANELA	1	.0	.0	10.0
ESCAPOSALCO	1	.0	.0	10.0
ESCAPUSALTEN GO	2	.0	.0	10.0
ESMIQUILPA	11	.1	.1	10.1

ESNAGUATOCO	1	.0	.0	10.1
ESNAGUATONG O	1	.0	.0	10.1
ESPIRITU SANTO	3	.0	.0	10.1
ESTACALCO	1	.0	.0	10.1
ESTAHUACA	1	.0	.0	10.1
ESTALLOPA	1	.0	.0	10.1
ESTAPALAPA	2	.0	.0	10.2
EZTITLAN	2	.0	.0	10.2
FAGALLUCA	1	.0	.0	10.2
FATAYUCA	1	.0	.0	10.2
FELIPAS	1	.0	.0	10.2
FELIPINAS	1	.0	.0	10.2
FILIPINAS	26	.1	.1	10.3
FLAMENCO	1	.0	.0	10.3
FRANCISCO TALTENCO	1	.0	.0	10.3
FRESNO	1	.0	.0	10.3
FUENTES	1	.0	.0	10.3
GALA	2	.0	.0	10.4
GALOSTOQUE	3	.0	.0	10.4
GALPA	2	.0	.0	10.4
GANGICA	1	.0	.0	10.4
GOAJACA	1	.0	.0	10.4
GOLETA	2	.0	.0	10.4
GUA[U]TITLAN	1	.0	.0	10.4
GUADALAJARA	15	.1	.1	10.5
GUADALAXARA	1	.0	.0	10.5
GUADALUPANA	1	.0	.0	10.5
GUADALUPE	31	.2	.2	10.7
GUADALUPE DE LA PALMA	1	.0	.0	10.7
GUADARAGARA	1	.0	.0	10.7
GUAGOSINGO	1	.0	.0	10.7
GUAJACA	4	.0	.0	10.7
GUAJUTLA	1	.0	.0	10.7
GUALTUNAN	1	.0	.0	10.7
GUAMANTLA	1	.0	.0	10.7
GUANAJUATO	15	.1	.1	10.8
GUANAXUATO	1	.0	.0	10.8
GUANTEPEQUE	1	.0	.0	10.8
GUAPALPA	1	.0	.0	10.8
GUASTECA	1	.0	.0	10.8
GUASTEPEC	1	.0	.0	10.8
GUASTEPEQUE	1	.0	.0	10.8
GUATEMALA	4	.0	.0	10.8
GUATEPEC	1	.0	.0	10.8
GUATICAL	1	.0	.0	10.9
GUAUT[ITLA]N	1	.0	.0	10.9
GUAUTEPEQUE	1	.0	.0	10.9
GUAUTINCHANA	1	.0	.0	10.9

GUAXACA	2	.0	.0	10.9
GUCHINANGO	1	.0	.0	10.9
GUEGUETOCA	2	.0	.0	10.9
GUEHUITONGO	1	.0	.0	10.9
GUEJOCINGO	1	.0	.0	10.9
GUEJOSINGO	1	.0	.0	10.9
GUEJUSTLA	1	.0	.0	10.9
GUETOCA	1	.0	.0	10.9
GUICHAPA	5	.0	.0	10.9
GUICHILAQUE	1	.0	.0	11.0
GUIPOSTLA	1	.0	.0	11.0
GUISNAGA	1	.0	.0	11.0
GUISQUEACA	1	.0	.0	11.0
GUISQUILUCA	1	.0	.0	11.0
GUISQUILUCAN	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE AROYOSARCO	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE HUETEHUAL	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE LA BORJA	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE LA TEJA	2	.0	.0	11.0
HACIENDA DE LOS CORONELES	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE LOS MORALES	2	.0	.0	11.0
HACIENDA DE SALLAVEDRA	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE SAN CARLOS	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE SAN LORENZO	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE SAN NICOLAS	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE SANTA MONICA	1	.0	.0	11.0
HACIENDA DE TREPILOQUE	1	.0	.0	11.1
HACIENDA DEL CRISTO	1	.0	.0	11.1
HASCUAQUE	1	.0	.0	11.1
HISTACUALPA	1	.0	.0	11.1
HISTAGUACAN	1	.0	.0	11.1
HUAHUCHINANGO	1	.0	.0	11.1
HUALCO	1	.0	.0	11.1
HUALITLA	1	.0	.0	11.1
HUAMANTLA	3	.0	.0	11.1
HUANTICHAN	1	.0	.0	11.1
HUASTECA	8	.0	.0	11.2
HUATEPEQUE	1	.0	.0	11.2
HUATITLAN	1	.0	.0	11.2
HUAUCHINANGO	6	.0	.0	11.2

HUAUCHITEPEQUE	1	.0	.0	11.2
HUAUTEPEC	1	.0	.0	11.2
HUAUTITLAN	2	.0	.0	11.2
HUAUTICLAN	1	.0	.0	11.2
HUAUTICTAN	1	.0	.0	11.2
HUAUTITLAN	1	.0	.0	11.2
HUAUTITLAN	11	.1	.1	11.3
HUAUTLA	4	.0	.0	11.3
HUAXACA	1	.0	.0	11.3
HUEHUETOCA	8	.0	.0	11.4
HUEJOTZINGO	4	.0	.0	11.4
HUEJUTLA	3	.0	.0	11.4
HUENTITAN	3	.0	.0	11.4
HUERTAS	1	.0	.0	11.4
HUERTO	1	.0	.0	11.4
HUETOCA	3	.0	.0	11.4
HUICHAPA	4	.0	.0	11.5
HUICHAPAN	11	.1	.1	11.5
HUICHILAPA	1	.0	.0	11.5
HUICHILAQUE	2	.0	.0	11.5
HUIQUILUCA	1	.0	.0	11.5
HUISLAHUACA	1	.0	.0	11.5
HUISQUILUCA	1	.0	.0	11.5
HUISQUILUCAN	1	.0	.0	11.6
HUITZO	1	.0	.0	11.6
HUIXQUILUCA	1	.0	.0	11.6
HUIXQUILUCAN	6	.0	.0	11.6
HUIZQUILUCAN	7	.0	.0	11.6
HULUAPA	1	.0	.0	11.6
HUNCLAN	1	.0	.0	11.6
HUYCHAPA	1	.0	.0	11.6
IGUALA	5	.0	.0	11.7
ILLOZINGO	1	.0	.0	11.7
IRACUATO	1	.0	.0	11.7
IRAPUATO	1	.0	.0	11.7
ISCALTEPEC	1	.0	.0	11.7
ISLA DE SAN ANTONIO	1	.0	.0	11.7
ISTACALCO	3	.0	.0	11.7
ISTAPALUCA	7	.0	.0	11.8
ISTAPALUCO	1	.0	.0	11.8
ISTLAHUACA	3	.0	.0	11.8
ISTLAHUACAN	2	.0	.0	11.8
ISUCAR	2	.0	.0	11.8
IXLAMECA	1	.0	.0	11.8
IXMILUCAN	1	.0	.0	11.8
IXMIQUILPA	4	.0	.0	11.8
IXMIQUILPAN	76	.4	.4	12.2
IXMIQUILPANN	3	.0	.0	12.2
IXQUIHUALALA	1	.0	.0	12.3
IXTAHUACAN	1	.0	.0	12.3

IXTALLOPAN	1	.0	.0	12.3
IXTAPA	6	.0	.0	12.3
IXTAPALUCA	14	.1	.1	12.4
IXTAPAN	2	.0	.0	12.4
IXTAYOPAN	4	.0	.0	12.4
IXTEPEC	1	.0	.0	12.4
IXTLAHUACA	20	.1	.1	12.5
IXTLAHUACAN	1	.0	.0	12.5
IXTLAN	2	.0	.0	12.5
IXTLAYOPA	1	.0	.0	12.5
IXTLE	2	.0	.0	12.5
IXTUTILPA	1	.0	.0	12.5
IZOTEPEC	1	.0	.0	12.6
IZTACALCO	69	.4	.4	12.9
IZTAPALAPA	40	.2	.2	13.1
IZTAPALUCA	2	.0	.0	13.1
IZTLAHUACA	2	.0	.0	13.1
IZTLAHUACAN	1	.0	.0	13.2
IZUCAR	6	.0	.0	13.2
JACOTITLAN	1	.0	.0	13.2
JALALTICO	1	.0	.0	13.2
JALAPA	13	.1	.1	13.3
JALATLACO	10	.1	.1	13.3
JALATLALCO	1	.0	.0	13.3
JALOSTOC	2	.0	.0	13.3
JALOSTOQUE	5	.0	.0	13.4
JALOSTQUE	1	.0	.0	13.4
JALPA	3	.0	.0	13.4
JALPULALPA	1	.0	.0	13.4
JALTENCO	1	.0	.0	13.4
JALTENGO	1	.0	.0	13.4
JALTOCAN	2	.0	.0	13.4
JALTONGO	1	.0	.0	13.4
JAMAICA	70	.4	.4	13.8
JILOTEPEC	16	.1	.1	13.9
JIPILCO	1	.0	.0	13.9
JIQUILPA	2	.0	.0	13.9
JIUTEPEC	1	.0	.0	13.9
JOAFOCINGO	1	.0	.0	13.9
JOCO	2	.0	.0	13.9
JOCOTITLAN	11	.1	.1	14.0
JOJOTITLAN	2	.0	.0	14.0
JOJOTLA	1	.0	.0	14.0
JOPAGUA	1	.0	.0	14.0
JUAGOCINGO	1	.0	.0	14.0
JUAGONSINGO	1	.0	.0	14.0
JUAN PABLO DE LAS SALINAS	1	.0	.0	14.0
JUATECHAN	1	.0	.0	14.0
JUCHIACUAC	1	.0	.0	14.0
JUCHIAPAN	1	.0	.0	14.0

JUCHICUAC	1	.0	.0	14.0
JUCHICUCLA	1	.0	.0	14.0
JUCHITAN	4	.0	.0	14.0
JUCHITENCO	2	.0	.0	14.1
JUCHITEPEC	2	.0	.0	14.1
JULTEPEC	1	.0	.0	14.1
JUQUIPA	1	.0	.0	14.1
JUTEPEC	1	.0	.0	14.1
LA ACENCION	1	.0	.0	14.1
LA ACORDADA	6	.0	.0	14.1
LA AGUILA DE MEXICO	1	.0	.0	14.1
LA BARCA	1	.0	.0	14.1
LA CANDELARIA	1	.0	.0	14.1
LA COLONIA	1	.0	.0	14.1
LA COSTA	1	.0	.0	14.1
LA CRUZ	2	.0	.0	14.2
LA GAVIA	1	.0	.0	14.2
LA GOLETA	1	.0	.0	14.2
LA GUASTECA	1	.0	.0	14.2
LA HACIENDA	1	.0	.0	14.2
LA HACIENDA DE SAN VICENTE	1	.0	.0	14.2
LA HACIENDA DE VEGIL	1	.0	.0	14.2
LA HUERTA	1	.0	.0	14.2
LA LADRILLERA	1	.0	.0	14.2
LA LAGUNA	1	.0	.0	14.2
LA MAGDALENA	34	.2	.2	14.4
LA MILPA	1	.0	.0	14.4
LA NORIA	1	.0	.0	14.4
LA PIEDAD	43	.2	.2	14.6
LA PORQUERIA	1	.0	.0	14.6
LA PUEBLA	1	.0	.0	14.6
LA PUERTA	1	.0	.0	14.6
LA PUNTA	1	.0	.0	14.6
LA RESURRECCION	2	.0	.0	14.7
LA ROMA	1	.0	.0	14.7
LA ROMITA	31	.2	.2	14.8
LA SIERRA	4	.0	.0	14.8
LA TEXA	1	.0	.0	14.8
LA TRINIDAD	1	.0	.0	14.9
LA VILLA	2	.0	.0	14.9
LA VILLA ALTA	2	.0	.0	14.9
LA VILLA DE [SIC]	1	.0	.0	14.9
LA VILLA DE NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE	3	.0	.0	14.9
LA VILLA DE YAUTEPEC	1	.0	.0	14.9
LA VILLA DEL	2	.0	.0	14.9

CARMEN				
LADRILLERA	2	.0	.0	14.9
LAS CEDAS	1	.0	.0	14.9
LAS COLONIAS	1	.0	.0	14.9
LAS HUERTAS	4	.0	.0	15.0
LAS LADERAS	1	.0	.0	15.0
LAS SALINAS	11	.1	.1	15.0
LAS VILLAS	1	.0	.0	15.0
LEON	1	.0	.0	15.0
LERMA	26	.1	.1	15.2
LERONA	1	.0	.0	15.2
LITALAC	1	.0	.0	15.2
LIZORA	1	.0	.0	15.2
LLANOS APA	1	.0	.0	15.2
LLANOS DE APA	8	.0	.0	15.2
LLANOS DE APAN	1	.0	.0	15.2
LLOLOMECA [SIC]	1	.0	.0	15.2
LOMIQUILPA	1	.0	.0	15.2
LOS ALTOS	2	.0	.0	15.3
LOS ANGELES	2	.0	.0	15.3
LOS DOLOR	1	.0	.0	15.3
LOS LLANOS	2	.0	.0	15.3
LOS LLANOS DE APA	3	.0	.0	15.3
LOS LLANOS DE APAN	1	.0	.0	15.3
LOS MORAL	1	.0	.0	15.3
LOS MORALES	3	.0	.0	15.3
LOS RAMOS	1	.0	.0	15.3
LOS RAMOS DE APA	1	.0	.0	15.3
LOS REMEDIOS	61	.3	.3	15.7
LOS REYES	11	.1	.1	15.7
LOS SANTOS	3	.0	.0	15.7
MACUSAQUE	1	.0	.0	15.7
MAGDALENA	19	.1	.1	15.8
MAGDALENA DE LAS SALINAS	1	.0	.0	15.8
MALACATEPEC	2	.0	.0	15.8
MALINALCO	1	.0	.0	15.9
MAMANTLA	1	.0	.0	15.9
MANANTIALES	1	.0	.0	15.9
MANGA DEL VALLE	1	.0	.0	15.9
MANGA EL VALLE	1	.0	.0	15.9
MANINALCO	1	.0	.0	15.9
MARAVATIO	2	.0	.0	15.9
MASATEPEC	1	.0	.0	15.9
MAYUA	1	.0	.0	15.9
MAZATLAN	2	.0	.0	15.9
ME	1	.0	.0	15.9

MECA	21	.1	.1	16.0
MECA DE ARIZPE	1	.0	.0	16.0
MECA MECA	2	.0	.0	16.0
MECAMACA	1	.0	.0	16.0
MECAMECA	8	.0	.0	16.1
MECO	2	.0	.0	16.1
MEICALZINGO	1	.0	.0	16.1
MEJICALZINGO	2	.0	.0	16.1
MENACALPA	1	.0	.0	16.1
MESTIPA	1	.0	.0	16.1
MESTITLAN	1	.0	.0	16.1
METEPEC	23	.1	.1	16.3
MÉXCIO	1	.0	.0	16.3
MEXICALCINGO	3	.0	.0	16.3
MEXICALSINGO	6	.0	.0	16.3
MEXICALZINGO	3	.0	.0	16.3
MEXICO	9366	49.4	49.4	65.7
MEXIO	1	.0	.0	65.7
MEXQUITAL	1	.0	.0	65.7
MEXTITLAN	1	.0	.0	65.7
MEZQUITAL	7	.0	.0	65.8
MEZTITLAN	6	.0	.0	65.8
MIALCO	1	.0	.0	65.8
MICHILAQUE	1	.0	.0	65.8
MIGUEL DE LOS SANTOS	1	.0	.0	65.8
MILLALCO	2	.0	.0	65.8
MILOLPA	1	.0	.0	65.8
MILPA ALTA	61	.3	.3	66.2
MILPAALTA	2	.0	.0	66.2
MILPALTA	7	.0	.0	66.2
MISCUAC	1	.0	.0	66.2
MISIGUALA	1	.0	.0	66.2
MISQUAQUE	4	.0	.0	66.2
MISQUI	1	.0	.0	66.2
MISQUIAQUE	1	.0	.0	66.2
MISTAGUACAN	1	.0	.0	66.2
MISTECA	8	.0	.0	66.3
MISTECA ALTA	2	.0	.0	66.3
MISTITLAN	1	.0	.0	66.3
MIXCAHUALA	1	.0	.0	66.3
MIXCALCO	1	.0	.0	66.3
MIXCOAC	104	.5	.5	66.9
MIXECALZINGO	1	.0	.0	66.9
MIXICALA	1	.0	.0	66.9
MIXQUILUCA	1	.0	.0	66.9
MIXTECA	86	.5	.5	67.3
MIXTECA ALTA	4	.0	.0	67.4
MIXTECA BAJA	1	.0	.0	67.4
MIXTECO	1	.0	.0	67.4

MIZCUAQUE	1	.0	.0	67.4
MIZQUI	2	.0	.0	67.4
MIZTECA	1	.0	.0	67.4
MIZTITLAN	2	.0	.0	67.4
MOLANEJO	1	.0	.0	67.4
MOLANGO	1	.0	.0	67.4
MOLINO	1	.0	.0	67.4
MOLINO BLANCO	2	.0	.0	67.4
MOLINO DEL REY	1	.0	.0	67.4
MONTE ALTO	26	.1	.1	67.6
MONTEALTO	12	.1	.1	67.6
MONTERREY	2	.0	.0	67.6
MORALES	1	.0	.0	67.6
MUQUILLO	1	.0	.0	67.7
NAGUATENGO	1	.0	.0	67.7
NAGUITLAN	1	.0	.0	67.7
NANQUITLAN	1	.0	.0	67.7
NAPUALA	1	.0	.0	67.7
NATIVITAS	32	.2	.2	67.8
NAUCALPAN	7	.0	.0	67.9
NAULINGO [SIC]	1	.0	.0	67.9
NECATITLAN	1	.0	.0	67.9
NEQUETLALCO DE LEON	1	.0	.0	67.9
NESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	1	.0	.0	67.9
NICATEPEC	1	.0	.0	67.9
NOCALPA	8	.0	.0	67.9
NOCALPAN	1	.0	.0	68.0
NOCOTLAN	1	.0	.0	68.0
NONOALCO	20	.1	.1	68.1
NONUALCO	6	.0	.0	68.1
NOPALTEPEC	2	.0	.0	68.1
NOPALTEPEQUE	2	.0	.0	68.1
NUESTRA SEÑOIRA DE GUADALUPE	1	.0	.0	68.1
NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE	110	.6	.6	68.7
NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE	1	.0	.0	68.7
NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	9	.0	.0	68.8
NUEVO MEXICO	2	.0	.0	68.8
OAXACA	98	.5	.5	69.3
OAXTEPEC	7	.0	.0	69.3
OBRAJE	1	.0	.0	69.3
OBRAJE DE SANTA MARÍA	1	.0	.0	69.3
OCOTLAN	3	.0	.0	69.3

OCTUPA	2	.0	.0	69.4
OCTUPAN	5	.0	.0	69.4
OCUITOCO	1	.0	.0	69.4
OCULMA	2	.0	.0	69.4
OCULMAN	1	.0	.0	69.4
OLANGO	1	.0	.0	69.4
OLIVAR DEL CONDE	1	.0	.0	69.4
OMETEPEQUE	3	.0	.0	69.4
OMETEPEQUEC	1	.0	.0	69.4
ORISABA	1	.0	.0	69.4
ORIZABA	5	.0	.0	69.5
ORNILLO	1	.0	.0	69.5
OSILOTEPEC	1	.0	.0	69.5
OSOLUTEPEC	1	.0	.0	69.5
OSUMBA	5	.0	.0	69.5
OSUMBILLA	1	.0	.0	69.5
OSUNBILLA	1	.0	.0	69.5
OTLICA	1	.0	.0	69.5
OTUCPAN	2	.0	.0	69.5
OTUMBA	229	1.2	1.2	70.7
OTUMBAN	46	.2	.2	71.0
OTUMPA	2	.0	.0	71.0
OXOLOTEPEQU E	1	.0	.0	71.0
OZOLTEPEC	1	.0	.0	71.0
OZTOTEPEC	1	.0	.0	71.0
OZUMBA	2	.0	.0	71.0
PABLO	1	.0	.0	71.0
TECALCO	1	.0	.0	71.0
PACHUCA	71	.4	.4	71.4
PACHUQUILLA	2	.0	.0	71.4
PAFAYUCA	1	.0	.0	71.4
PAGUATLAN	1	.0	.0	71.4
PAHUACAN	1	.0	.0	71.4
PALMA	2	.0	.0	71.4
PALOSTOQUE	1	.0	.0	71.4
PAPALOCA	1	.0	.0	71.4
PAPALOTLA	11	.1	.1	71.5
PAPANTLA	4	.0	.0	71.5
PASCO	1	.0	.0	71.5
PATZCUARO	2	.0	.0	71.5
PAZCUARO	1	.0	.0	71.5
PEGEYUECA	1	.0	.0	71.6
PEPETLAC	2	.0	.0	71.6
PEROTE	3	.0	.0	71.6
PERU	1	.0	.0	71.6
PIEDAD	1	.0	.0	71.6
PILEAYA	1	.0	.0	71.6
PITALLA	1	.0	.0	71.6
PITIQUE	1	.0	.0	71.6
POPOCLA	2	.0	.0	71.6

POPOTLA	65	.3	.3	72.0
POSADAS	1	.0	.0	72.0
PROVINCIAS INTERNAS	3	.0	.0	72.0
PTUPA	1	.0	.0	72.0
PUBLA	2	.0	.0	72.0
PUEBLA	240	1.3	1.3	73.3
PUELLAN	1	.0	.0	73.3
PUENTE VEJEZ	2	.0	.0	73.3
PUERTO CABITE	1	.0	.0	73.3
PUERTO CALIENTE	1	.0	.0	73.3
PULPETLAC	1	.0	.0	73.3
PURUANDARO	2	.0	.0	73.3
PUSTLA	1	.0	.0	73.3
PUXTLA	1	.0	.0	73.3
QUA[U]TLA	1	.0	.0	73.3
QUACLAN	1	.0	.0	73.3
QUACLANANGO	1	.0	.0	73.3
QUANTEPEC	1	.0	.0	73.3
QUAQUILA	1	.0	.0	73.3
QUATEPEQUE	1	.0	.0	73.3
QUATLALPA	1	.0	.0	73.4
QUATUCLAN [CUAUTITLAN]	1	.0	.0	73.4
QUAU[T]LA	1	.0	.0	73.4
QUAUT[ITL]AN	1	.0	.0	73.4
QUAUT[ITLA]N	1	.0	.0	73.4
QUAUTITLAN	4	.0	.0	73.4
QUAUTLA	2	.0	.0	73.4
QUAUTOTOLAPA	2	.0	.0	73.4
QUECHALPA	1	.0	.0	73.4
QUEPUETLA	1	.0	.0	73.4
QUERETARO	101	.5	.5	74.0
QUERÉTARO	1	.0	.0	74.0
QUERNAVACA	1	.0	.0	74.0
QUILOSINGO	1	.0	.0	74.0
QUITLALPA	2	.0	.0	74.0
RANCHO DE SANTA CLARA	1	.0	.0	74.0
REAL CHICALCUAPA	1	.0	.0	74.0
REAL DEL MONTE	1	.0	.0	74.0
REAL DEL CHICO	1	.0	.0	74.0
REAL DEL MONTE	77	.4	.4	74.4
REAL DEL ORO	6	.0	.0	74.4
REAL DEL ROSARIO	1	.0	.0	74.4
REMEDIOS	1	.0	.0	74.5
RESURRECCION	1	.0	.0	74.5
RIO BLANCO	1	.0	.0	74.5

RIO VERDE	1	.0	.0	74.5
ROMITA	87	.5	.5	74.9
SACALTEPEC	1	.0	.0	74.9
SACATLA	1	.0	.0	74.9
SACATLAN	3	.0	.0	75.0
SACHATLAN	1	.0	.0	75.0
SACUALCO	1	.0	.0	75.0
SACUALPA	2	.0	.0	75.0
SACUALPAN	2	.0	.0	75.0
SALAMANCA	3	.0	.0	75.0
SALBATIERA	1	.0	.0	75.0
SALINAS	2	.0	.0	75.0
SALLATAN	1	.0	.0	75.0
SALTO	1	.0	.0	75.0
SALTO DEL AGUA	1	.0	.0	75.0
SALVATIERRA	2	.0	.0	75.0
SAN FRANCISCO	1	.0	.0	75.1
ATIZAPAN				
SAN ABAD	2	.0	.0	75.1
SAN ABAL	4	.0	.0	75.1
SAN AGUSTIN	14	.1	.1	75.2
SAN AGUSTIN ACOLMAN	1	.0	.0	75.2
SAN AGUSTIN DE LAS CUEBAS	1	.0	.0	75.2
SAN AGUSTIN DE LAS CUEVAS	57	.3	.3	75.5
SAN AGUSTIN DE LAS HUERTAS	1	.0	.0	75.5
SAN AGUSTIN NONOALCO	1	.0	.0	75.5
SAN AGUSTIN SOQUIAPA	1	.0	.0	75.5
SAN AGUSTIN ZOQUIAPA	1	.0	.0	75.5
SAN AGUSTINDE LAS CUEVAS	1	.0	.0	75.5
SAN AGUTIN	1	.0	.0	75.5
SAN ALVARADO	1	.0	.0	75.5
SAN ANDRES	19	.1	.1	75.6
SAN ANDRES CHALCHICOMUL A	4	.0	.0	75.6
SAN ANDRES CHICOMULCO	1	.0	.0	75.6
SAN ANDRES DE LAS HUERTAS	1	.0	.0	75.6
SAN ANDRES DE LAS SALINAS	1	.0	.0	75.6
SAN ANGEL	258	1.4	1.4	77.0
SAN ANGEL DE LAS CUEVAS	2	.0	.0	77.0
SAN ANTONIO	20	.1	.1	77.1

SAN ANTONIO AHUIZOTLA	1	.0	.0	77.1
SAN ANTONIO ATLESTA	1	.0	.0	77.1
SAN ANTONIO CALPULALPAN	1	.0	.0	77.1
SAN ANTONIO CHIQUITO	1	.0	.0	77.1
SAN ANTONIO DE LA ISLA	4	.0	.0	77.2
SAN ANTONIO DE LAS CUEBAS	1	.0	.0	77.2
SAN ANTONIO DE LAS GUERTAS	1	.0	.0	77.2
SAN ANTONIO DE LAS HUERTAS	41	.2	.2	77.4
SAN ANTONIO HUIZQUILUCAN	1	.0	.0	77.4
SAN ANTONIO LA ISLA	1	.0	.0	77.4
SAN ANTONIO LAIZLA	1	.0	.0	77.4
SAN ANTONIO LEYSLA	1	.0	.0	77.4
SAN ANTONIO TECAMA	2	.0	.0	77.4
SAN ANTONIO TECOMECA	1	.0	.0	77.4
SAN ANTONIO TEJOTITLAN	1	.0	.0	77.4
SAN ANTONIO TLALPULALPA	1	.0	.0	77.4
SAN ANTONIO TULTITLAN	1	.0	.0	77.4
SAN BARTHOLO	1	.0	.0	77.4
SAN BARTHOLOME	3	.0	.0	77.5
SAN BARTILOME	1	.0	.0	77.5
SAN BARTOLO	3	.0	.0	77.5
SAN BARTOLOME	36	.2	.2	77.7
SAN BARTOLOME ATAPAGUACAN	1	.0	.0	77.7
SAN BARTOLOME DE LOS TEPETATES	1	.0	.0	77.7
SAN BARTOLOME NACUALPA	1	.0	.0	77.7
SAN BARTOLOME NOCALPA	3	.0	.0	77.7
SAN BERNABE	1	.0	.0	77.7
SAN BERNARDO	1	.0	.0	77.7
SAN BORGE	1	.0	.0	77.7
SAN BORJA	9	.0	.0	77.8
SAN BUENAVENTURA	1	.0	.0	77.8

SAN CARMEN	1	.0	.0	77.8
SAN CRISTOBAL	25	.1	.1	77.9
SAN DIEGO	1	.0	.0	77.9
SAN DIEGO TEQUEQUITLAN	1	.0	.0	77.9
SAN ESTABAN	1	.0	.0	77.9
SAN ESTEBAN	2	.0	.0	77.9
SAN ESTEBAN TEPELIZPA	1	.0	.0	77.9
SAN FELIPE	6	.0	.0	78.0
SAN FELIPE CUAUGIO	1	.0	.0	78.0
SAN FELIPE DE OBRAJE	1	.0	.0	78.0
SAN FELIPE DEL OBRAJE	2	.0	.0	78.0
SAN FELIPE SACATEPEC	1	.0	.0	78.0
SAN FELIX	1	.0	.0	78.0
SAN FERNANDO	1	.0	.0	78.0
SAN FRANCISCO	22	.1	.1	78.1
SAN FRANCISCO AILAPAN	1	.0	.0	78.1
SAN FRANCISCO APAXCO	2	.0	.0	78.1
SAN FRANCISCO AYATUSCO	1	.0	.0	78.1
SAN FRANCISCO CALTENGO	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO CHICUATLA	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO CHICUAUTLA	2	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO CHILPA	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO CHIMALPA	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO CHUCHIHUAUTL A	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO CUAUTLALPA	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO JOCALPA	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO PUTLA	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO SAPOTEOLA	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO SOCHIHUAUTLA	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO SOXICUAC [SIC]	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO TALTENCO	1	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO TEPOSPA	1	.0	.0	78.2

SAN FRANCISCO TIZAPAN	4	.0	.0	78.2
SAN FRANCISCO TLALTENGO	5	.0	.0	78.3
SAN FRANCISCO TULTENGO	1	.0	.0	78.3
SAN FRANCISCO XOCHIHUAUTLA	1	.0	.0	78.3
SAN FRANCISCO XOCHITLAHUAC	1	.0	.0	78.3
SAN FRANCISCO ZOCOTITLAN	1	.0	.0	78.3
SAN FRANCISCO ZUCHIHUATLE	1	.0	.0	78.3
SAN GABRIEL	2	.0	.0	78.3
SAN GABRIEL AMACUITLJA	1	.0	.0	78.3
SAN GASPAR	8	.0	.0	78.4
SAN GERONIMO	12	.1	.1	78.4
SAN GERONIMO TEPATLALCO	1	.0	.0	78.4
SAN GREGORIO	11	.1	.1	78.5
SAN GUADALUPE	1	.0	.0	78.5
SAN HUISTLAN	1	.0	.0	78.5
SAN JACINTO	3	.0	.0	78.5
SAN JERONIMO	1	.0	.0	78.5
SAN JOAQUIN	1	.0	.0	78.5
SAN JOAQUIN	6	.0	.0	78.6
SAN JOSE MANMANTLA	1	.0	.0	78.6
SAN JUAN	20	.1	.1	78.7
SAN JUAN ACASINGO	1	.0	.0	78.7
SAN JUAN CHAMULA	1	.0	.0	78.7
SAN JUAN CITACUARO	1	.0	.0	78.7
SAN JUAN DE LA VEGA	1	.0	.0	78.7
SAN JUAN DE OTUMBA	1	.0	.0	78.7
SAN JUAN DE RIO	1	.0	.0	78.7
SAN JUAN DEL RIO	46	.2	.2	78.9
SAN JUAN ISNAGUAC	1	.0	.0	78.9
SAN JUAN IXTAYOPAC	1	.0	.0	78.9
SAN JUAN IZTAYUCA	1	.0	.0	79.0
SAN JUAN NIXTIPAN	1	.0	.0	79.0
SAN JUAN SITACUARO	1	.0	.0	79.0
SAN JUAN TECOMATLAN	1	.0	.0	79.0
SAN JUAN TEGUACAN	6	.0	.0	79.0

SAN JUAN TEHUACAN	15	.1	.1	79.1
SAN JUAN TEMAMATLAS	1	.0	.0	79.1
SAN JUAN TEOTIHUACAN	17	.1	.1	79.2
SAN JUAN TETENAMULIO	1	.0	.0	79.2
SAN JUAN TIZOPAN	1	.0	.0	79.2
SAN JUAN TONSEPEC	1	.0	.0	79.2
SAN JUAN XOPILCO	1	.0	.0	79.2
SAN JUAN XUCHITEPEC	1	.0	.0	79.2
SAN JUAN ZITACUARO	1	.0	.0	79.2
SAN JUANICO	21	.1	.1	79.3
SAN JUANICO ISTACALCO	1	.0	.0	79.3
SAN JULIO DEL RIO	1	.0	.0	79.3
SAN LIMON	1	.0	.0	79.3
SAN LORENZO	1	.0	.0	79.3
SAN LORENZO	7	.0	.0	79.4
SAN LORENZO DE LA PAZ	1	.0	.0	79.4
SAN LORENZO MALAQUITAS	1	.0	.0	79.4
SAN LOREZO	1	.0	.0	79.4
SAN LUCAS	5	.0	.0	79.4
SAN LUCAS TEPETLALCO	1	.0	.0	79.4
SAN LUCAS TLEPATLALCO	1	.0	.0	79.4
SAN LUIS	1	.0	.0	79.4
SAN LUIS DE LA PAZ	6	.0	.0	79.5
SAN LUIS DE LAS PERAS	2	.0	.0	79.5
SAN LUIS DE LAS PORRAS	1	.0	.0	79.5
SAN LUIS POTOSI	3	.0	.0	79.5
SAN LUIS SAYUCA	1	.0	.0	79.5
SAN MANUEL	1	.0	.0	79.5
SAN MANUEL ULUAPA	1	.0	.0	79.5
SAN MARCOS	3	.0	.0	79.5
SAN MARCOS XALPA	1	.0	.0	79.5
SAN MARTIN	11	.1	.1	79.6
SAN MARTIN HUAMILULPA	1	.0	.0	79.6
SAN MARTIN HUAMILULPAN	1	.0	.0	79.6
SAN MATEO	8	.0	.0	79.6

SAN MATEO ATENCO	2	.0	.0	79.7
SAN MATEO ATENGO	1	.0	.0	79.7
SAN MATEO CHURUBUSCO	2	.0	.0	79.7
SAN MATEO ISTLAHUACA	2	.0	.0	79.7
SAN MATEO IZTLAHUACA	1	.0	.0	79.7
SAN MATEO JALPA	2	.0	.0	79.7
SAN MATEO TARASQUILLO	1	.0	.0	79.7
SAN MATEO TECALYACA	1	.0	.0	79.7
SAN MATEO TEZOQUIPA	1	.0	.0	79.7
SAN MATEO XALPA	1	.0	.0	79.7
SAN MATHEO C[H]URUBUSCO	1	.0	.0	79.7
SAN MATIAS	2	.0	.0	79.7
SAN MIGUEL	21	.1	.1	79.8
SAN MIGUEL ACAMBAY	1	.0	.0	79.8
SAN MIGUEL AGUEZOTLA	1	.0	.0	79.9
SAN MIGUEL AMEYALCO	4	.0	.0	79.9
SAN MIGUEL AMILALCO	2	.0	.0	79.9
SAN MIGUEL ATITALQUIA	1	.0	.0	79.9
SAN MIGUEL ATLACUTLA	1	.0	.0	79.9
SAN MIGUEL CANBALLA	1	.0	.0	79.9
SAN MIGUEL CHALMITA	1	.0	.0	79.9
SAN MIGUEL EL GRANDE	11	.1	.1	80.0
SAN MIGUEL JILPA	1	.0	.0	80.0
SAN MIGUEL JOTLAPA	1	.0	.0	80.0
SAN MIGUEL MIALCO	1	.0	.0	80.0
SAN MIGUEL MILAGROS	1	.0	.0	80.0
SAN MIGUEL MILLALCO	1	.0	.0	80.0
SAN MIGUEL NONOALCO	6	.0	.0	80.0
SAN MIGUEL NONUALCO	3	.0	.0	80.0
SAN MIGUEL TESHUACAN	1	.0	.0	80.0
SAN MIGUEL TLASCALTEPEC	1	.0	.0	80.0
SAN NICOLAS	13	.1	.1	80.1
SAN NICOLAS	1	.0	.0	80.1

CHITLA				
SAN PABLO	18	.1	.1	80.2
SAN PABLO DE LAS SALINAS	1	.0	.0	80.2
SAN PABLO DEL MONTE	2	.0	.0	80.2
SAN PABLO MONTE	1	.0	.0	80.2
SAN PABLO TESALCO	1	.0	.0	80.2
SAN PABLO XALPA	1	.0	.0	80.2
SAN PEDRITO	1	.0	.0	80.3
SAN PEDRO	18	.1	.1	80.4
SAN PEDRO ATOCPAN	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO ATOPA	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO BARRIENTOS	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO CASINGO	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO CUAJIMALPA	4	.0	.0	80.4
SAN PEDRO CUAQUILPA	2	.0	.0	80.4
SAN PEDRO CUAULILPA	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO CUCHULCO	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO JALOSTOC	2	.0	.0	80.4
SAN PEDRO MARTE	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO OTOCPATE	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO PETATES	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO SACATEPETL	1	.0	.0	80.4
SAN PEDRO TALQUILILPA	1	.0	.0	80.5
SAN PEDRO TASPUNTANTON GO	1	.0	.0	80.5
SAN PEDRO TLAHUAC	4	.0	.0	80.5
SAN PEDRO TLAHUAGUA	1	.0	.0	80.5
SAN PEDRO TLALCULAPA	1	.0	.0	80.5
SAN PEDRO TLALILPA	1	.0	.0	80.5
SAN PEDRO XALOSTOC	13	.1	.1	80.6
SAN RAFAEL	1	.0	.0	80.6
SAN SALVADOR	20	.1	.1	80.7
SAN SALVADOR DE LAS HUERTAS	5	.0	.0	80.7

SAN SALVADOR DEL MONTE	1	.0	.0	80.7
SAN SALVADOR EL VERDE	2	.0	.0	80.7
SAN SALVADOR JIQUITONGO	1	.0	.0	80.7
SAN SEBASTIAN	4	.0	.0	80.7
SAN SIMON	12	.1	.1	80.8
SAN TIAGO	1	.0	.0	80.8
SAN VICENTE	7	.0	.0	80.8
SAN VICENTE CHICALOAPA	2	.0	.0	80.9
SAN XRISTOBAL	1	.0	.0	80.9
SANBARTOLO	1	.0	.0	80.9
SANTA MARIA	1	.0	.0	80.9
SANTA ANA	9	.0	.0	80.9
SANTA ANITA	6	.0	.0	81.0
SANTA ANNA	3	.0	.0	81.0
SANTA BARBARA	9	.0	.0	81.0
SANTA CATALINA	4	.0	.0	81.0
SANTA CATARINA	7	.0	.0	81.1
SANTA CATARINA DE SENA	1	.0	.0	81.1
SANTA CATARINA MARTIN	1	.0	.0	81.1
SANTA CATHARINA	1	.0	.0	81.1
SANTA CECILIA	25	.1	.1	81.2
SANTA CISILIA	2	.0	.0	81.2
SANTA CLARA	30	.2	.2	81.4
SANTA CLARITA	3	.0	.0	81.4
SANTA CRUZ	14	.1	.1	81.5
SANTA CRUZ ACATLAN	1	.0	.0	81.5
SANTA CRUZ DEL MONTE	2	.0	.0	81.5
SANTA CRUZ GUILIOTIAPA [SIC]	1	.0	.0	81.5
SANTA CRUZ TECAMA	2	.0	.0	81.5
SANTA CRUZ TECAMAC	2	.0	.0	81.5
SANTA CRUZ THECAMA	1	.0	.0	81.5
SANTA CRUZ YACATLAN	1	.0	.0	81.5
SANTA FE	13	.1	.1	81.6
SANTA INES	3	.0	.0	81.6
SANTA ISABEL	2	.0	.0	81.6
SANTA ISABEL TOLA	1	.0	.0	81.6
SANTA LUCIA	3	.0	.0	81.6
SANTA MARIA	36	.2	.2	81.8

SANTA MARÍA	4	.0	.0	81.9
SANTA MARIA ACTLAZULPA	1	.0	.0	81.9
SANTA MARIA CACOLETEPEC	1	.0	.0	81.9
SANTA MARIA CALERIA	1	.0	.0	81.9
SANTA MARIA DE LA ASUNCION	2	.0	.0	81.9
SANTA MARIA DE LA CONCEPCION	1	.0	.0	81.9
SANTA MARIA DEL RIO	1	.0	.0	81.9
SANTA MARIA HUASTAHUACA N	1	.0	.0	81.9
SANTA MARIA ISTAHUACAN	1	.0	.0	81.9
SANTA MARIA MAGDALENA	4	.0	.0	81.9
SANTA MARIA NATIVITAS	3	.0	.0	81.9
SANTA MARIA PASOLCO	1	.0	.0	81.9
SANTA MARIA TEMASCALAPA	1	.0	.0	82.0
SANTA MARIA TEZCATITLAN	1	.0	.0	82.0
SANTA MARIA TLALMILULPA	1	.0	.0	82.0
SANTA MARIA TLALMIMILALPA	1	.0	.0	82.0
SANTA MARIA TLALMOLOLPA	1	.0	.0	82.0
SANTA MARIA TLAMILALPA	1	.0	.0	82.0
SANTA MARIA TLATEPEC	1	.0	.0	82.0
SANTA MARIA TUZTEPEC	1	.0	.0	82.0
SANTA MARIA YOLOTEPEC	1	.0	.0	82.0
SANTA MARTA	1	.0	.0	82.0
SANTA MARTHA	3	.0	.0	82.0
SANTA MONICA	33	.2	.2	82.2
SANTA MONICA TLALMILOLPA	1	.0	.0	82.2
SANTA PIZALTONGO	1	.0	.0	82.2
SANTA RITA	1	.0	.0	82.2
SANTA ROSA	1	.0	.0	82.2
SANTA SICILIA	1	.0	.0	82.2
SANTA TECANA	1	.0	.0	82.2
SANTA TERESA TECAMAC	1	.0	.0	82.2
SANTA URSULA	2	.0	.0	82.2

SANTA VERACRUZ	1	.0	.0	82.2
SANTANA	1	.0	.0	82.2
SANTANDER	1	.0	.0	82.3
SANTIAGO	116	.6	.6	82.9
SANTIAGO CLATILULCO	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO CLATOME	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO CLAUTILTUL	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO CUAUTLALPA	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO CUTLALPA	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO DE CALTITULCO	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO DE IZUCAR	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO DE TLATELOLCO	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO PETEYAHUALCO	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO TECALE	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO TEMALTEPEC	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO TEMOAYA	2	.0	.0	82.9
SANTIAGO TEOTENGO	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO TEPALASCO	1	.0	.0	82.9
SANTIAGO TEPATITLAN	1	.0	.0	83.0
SANTIAGO TEPATLALCO	2	.0	.0	83.0
SANTIAGO TEQUISTENGO	1	.0	.0	83.0
SANTIAGO THECALI	1	.0	.0	83.0
SANTIAGO TIANGUISTENGO	27	.1	.1	83.1
SANTIAGO TIANQUISTENGO	3	.0	.0	83.1
SANTIAGO TINQUISTENCO	2	.0	.0	83.1
SANTIAGO TULYEHUALGO	2	.0	.0	83.2
SANTIAGO YCHICATEPEC	1	.0	.0	83.2
SANTIAGO ZAPOTITLAN	1	.0	.0	83.2
SANTIAGUITO	1	.0	.0	83.2
SANTIGO	2	.0	.0	83.2
SANTO DOMINGO	1	.0	.0	83.2
SANTO SACATENGO	1	.0	.0	83.2
SANTO TIANGUISTENGO	1	.0	.0	83.2

O				
SANTO TOMAS	4	.0	.0	83.2
SANTORO	1	.0	.0	83.2
SANTOS	5	.0	.0	83.2
SANTOS TUNAS	1	.0	.0	83.3
SAPISALTON	1	.0	.0	83.3
SAPONTLAN	1	.0	.0	83.3
SAPOTITLAN	1	.0	.0	83.3
SAPOTLAN	1	.0	.0	83.3
SAPUCALCO	1	.0	.0	83.3
SATLACAMALCO	1	.0	.0	83.3
SAYULA	1	.0	.0	83.3
SELAYA	1	.0	.0	83.3
SEMP[OAL]A	1	.0	.0	83.3
SEMPOALA	1	.0	.0	83.3
SENPUALA	1	.0	.0	83.3
SICHIGUADE	1	.0	.0	83.3
SICHQUAQUE	1	.0	.0	83.3
SIERRA	3	.0	.0	83.3
SIMAPAN	5	.0	.0	83.4
SINACATEPEC	3	.0	.0	83.4
SINACATLAN	1	.0	.0	83.4
SINAPEGUAN	1	.0	.0	83.4
SINQUILACA	1	.0	.0	83.4
SITACUARO	2	.0	.0	83.4
SITAQUARO	1	.0	.0	83.4
SOCHICUAUTLA	1	.0	.0	83.4
SOCHITEPEC	1	.0	.0	83.4
SOMECLA	1	.0	.0	83.4
SONIATIATLAN	1	.0	.0	83.4
SONORA	2	.0	.0	83.4
SOQUIAPA	2	.0	.0	83.5
SOQUIPA	2	.0	.0	83.5
SOQUIPAN	1	.0	.0	83.5
SOSQUIAQUE	1	.0	.0	83.5
SUCHACUAQUE	2	.0	.0	83.5
SUCHICUAC	1	.0	.0	83.5
SUCHICUACLA	1	.0	.0	83.5
SUCHICUAQUE	1	.0	.0	83.5
SUCHICUASTE	1	.0	.0	83.5
SUCHIQUAQUE	1	.0	.0	83.5
SUCHITEPEC	2	.0	.0	83.5
SULGUAMA	1	.0	.0	83.5
SULPETEQUE	1	.0	.0	83.5
SULTEPEC	2	.0	.0	83.5
SULTEPEQUE	2	.0	.0	83.6
SULUAPAN	1	.0	.0	83.6
SUMAPAN	2	.0	.0	83.6
SUN[PAN]GO	1	.0	.0	83.6
SUNDILUCA	1	.0	.0	83.6
SUNPANGO	4	.0	.0	83.6

SUNTEPEC	1	.0	.0	83.6
SUQUILPA	1	.0	.0	83.6
TABASCO	4	.0	.0	83.6
TACOTALPA	1	.0	.0	83.6
TACUABA	1	.0	.0	83.6
TACUABALLA	1	.0	.0	83.6
TACUBA	149	.8	.8	84.4
TACUBAYA	278	1.5	1.5	85.9
TAHUDOLPA	1	.0	.0	85.9
TAHUELELIPA	1	.0	.0	85.9
TAJUCALPA	1	.0	.0	85.9
TALACAYA	2	.0	.0	85.9
TALAQUIA	1	.0	.0	85.9
TALAYACAPA	1	.0	.0	85.9
TALCAYUCA	1	.0	.0	85.9
TALMELULPA	1	.0	.0	85.9
TALPAGAGUA	1	.0	.0	86.0
TALPULALGUA	1	.0	.0	86.0
TALSQUAQUE	1	.0	.0	86.0
TAMALOCA	1	.0	.0	86.0
TAMAZULAPA	2	.0	.0	86.0
TAMEPA	4	.0	.0	86.0
TAMEPANCLA [TLANEPANTLA]	1	.0	.0	86.0
TAMILILPA	1	.0	.0	86.0
TANEP[ANTL]A	5	.0	.0	86.0
TANEPANCLA	2	.0	.0	86.0
TANEPANELA	1	.0	.0	86.1
TANEPANTA	1	.0	.0	86.1
TANEPANTLA	9	.0	.0	86.1
TARANQUILLO	1	.0	.0	86.1
TARASCO	1	.0	.0	86.1
TARASQUILLO	2	.0	.0	86.1
TASQUILLO	4	.0	.0	86.1
TAXCO	20	.1	.1	86.3
TAXQUILLO	2	.0	.0	86.3
TAZCO	1	.0	.0	86.3
TAZQUILLO	1	.0	.0	86.3
TECAGUICHE	1	.0	.0	86.3
TECALCO	2	.0	.0	86.3
TECAMA	7	.0	.0	86.3
TECAMAC	16	.1	.1	86.4
TECAMACHALC O	1	.0	.0	86.4
TECAPIA	1	.0	.0	86.4
TECHUCHUPA	2	.0	.0	86.4
TECHULA	1	.0	.0	86.4
TECOMANTLA	1	.0	.0	86.4
TECOME	2	.0	.0	86.5
TECOSAHUITLA	1	.0	.0	86.5
TECOSAUCLA	1	.0	.0	86.5

TECOSAUTLA	2	.0	.0	86.5
TECOZAUTLA	1	.0	.0	86.5
TEGUACAN	5	.0	.0	86.5
TEGUPA	2	.0	.0	86.5
TEHUACAN	70	.4	.4	86.9
TEHUANTEPEC	3	.0	.0	86.9
TEJUPILCO	1	.0	.0	86.9
TELAMACA	1	.0	.0	86.9
TELAYUCA	1	.0	.0	86.9
TELCAYUCA	1	.0	.0	86.9
TELCHULCO	1	.0	.0	86.9
TELOLICAPAN	1	.0	.0	86.9
TELOLOAPAN	1	.0	.0	86.9
TELOYUCA	2	.0	.0	86.9
TEMAMA	1	.0	.0	87.0
TEMAMANTA	1	.0	.0	87.0
TEMAMATA	1	.0	.0	87.0
TEMAMATLA	6	.0	.0	87.0
TEMASCALTEPE C	4	.0	.0	87.0
TEMATLA	1	.0	.0	87.0
TEMAZCAL	1	.0	.0	87.0
TEMAZCALTEPE C	2	.0	.0	87.0
TEMEMILCHING O	1	.0	.0	87.0
TEMOAYA	3	.0	.0	87.1
TEMUAYA	1	.0	.0	87.1
TENAMPA	1	.0	.0	87.1
TENANCINGO	4	.0	.0	87.1
TENANGO	14	.1	.1	87.2
TENANGO DEL VALLE	2	.0	.0	87.2
TENANGO	1	.0	.0	87.2
TEPOPULA	1	.0	.0	87.2
TENAYUCA	2	.0	.0	87.2
TENESTEPANGO	1	.0	.0	87.2
TENOAYAN	1	.0	.0	87.2
TENOPALCO	1	.0	.0	87.2
TELOYUCA	5	.0	.0	87.2
TELOYUCAN	4	.0	.0	87.3
TEOLULLUCA	1	.0	.0	87.3
TEOPANGO	1	.0	.0	87.3
TEOTIHUACAN	1	.0	.0	87.3
TEOTLAN	1	.0	.0	87.3
TEOTONGO	1	.0	.0	87.3
TEPANGO	3	.0	.0	87.3
TEPANTIPIC	1	.0	.0	87.3
TEPEAC	2	.0	.0	87.3
TEPEACA	9	.0	.0	87.4
TEPEAPULCO	15	.1	.1	87.4
TEPECACUILCO	1	.0	.0	87.4
TEPECIACALCO	1	.0	.0	87.4

TEPECLACALCO	1	.0	.0	87.5
TEPECLATO	1	.0	.0	87.5
TEPECLATOS	1	.0	.0	87.5
TEPECOCULAS	1	.0	.0	87.5
TEPECODRILOS	1	.0	.0	87.5
TEPECUAC	1	.0	.0	87.5
TEPEJI	22	.1	.1	87.6
TEPEJI DEL RIO	17	.1	.1	87.7
TEPELALTOC	1	.0	.0	87.7
TEPEPA	8	.0	.0	87.7
TEPEPALCO	1	.0	.0	87.7
TEPEPAN	5	.0	.0	87.8
TEPEPEC	1	.0	.0	87.8
TEPEQUE	4	.0	.0	87.8
TEPEQUEQUILCO	2	.0	.0	87.8
TEPESOTLAN	1	.0	.0	87.8
TEPESPA	1	.0	.0	87.8
TEPESQUITE	1	.0	.0	87.8
TEPETALQUE	1	.0	.0	87.8
TEPETILQUE	1	.0	.0	87.8
TEPETITLA	1	.0	.0	87.8
TEPETITLAN	8	.0	.0	87.9
TEPETLA	1	.0	.0	87.9
TEPETLACALCO	12	.1	.1	87.9
TEPETLACO	1	.0	.0	87.9
TEPETLALCO	4	.0	.0	88.0
TEPETLALTLALCO	2	.0	.0	88.0
TEPETLAOXTOC	1	.0	.0	88.0
TEPETLAPA	1	.0	.0	88.0
TEPETLAQUE	1	.0	.0	88.0
TEPETLASCO	1	.0	.0	88.0
TEPETLASTOQUE	1	.0	.0	88.0
TEPETLAXCO	1	.0	.0	88.0
TEPETLIZCO	1	.0	.0	88.0
TEPETLUCALCO	1	.0	.0	88.0
TEPETONGO	1	.0	.0	88.0
TEPEX[I]	6	.0	.0	88.1
TEPEXEQUE	1	.0	.0	88.1
TEPEXPAN	4	.0	.0	88.1
TEPIACA	1	.0	.0	88.1
TEPIAPULCO	3	.0	.0	88.1
TEPITO	12	.1	.1	88.2
TEPLETALTOQUE	1	.0	.0	88.2
TEPOJACO	1	.0	.0	88.2
TEPOS[T]LAN	1	.0	.0	88.2
TEPOSCOLUCA	3	.0	.0	88.2
TEPOSCOLULA	23	.1	.1	88.3
TEPOSOCLAN	1	.0	.0	88.3
TEPOSOTLAN	6	.0	.0	88.4

TEPOSTLA	1	.0	.0	88.4
TEPOSTLAN	1	.0	.0	88.4
TEPOTLASCO	1	.0	.0	88.4
TEPOTZOTLAN	6	.0	.0	88.4
TEPOZCOLULA	8	.0	.0	88.5
TEPOZOTLAN	43	.2	.2	88.7
TEPOZPA	1	.0	.0	88.7
TEPOZTLAN	19	.1	.1	88.8
TEPULALPA	1	.0	.0	88.8
TEPUSTLA	1	.0	.0	88.8
TEQUESECUAC	1	.0	.0	88.8
TEQUICUAQUE	1	.0	.0	88.8
TEQUIQUIAQUE	2	.0	.0	88.8
TEQUISOLAN	1	.0	.0	88.8
TEQUISQUIAC	2	.0	.0	88.8
TEQUISQUIAPA	1	.0	.0	88.8
TEQUISQUIAPAN	3	.0	.0	88.9
TEQUISQUIAQU E	9	.0	.0	88.9
TEQUIZQUIAC	1	.0	.0	88.9
TEQUIZQUIAPA	1	.0	.0	88.9
TEQUIZQUIAQU E	1	.0	.0	88.9
TESALE	1	.0	.0	88.9
TESALLUCA	3	.0	.0	88.9
TESANTEPEQUE	1	.0	.0	88.9
TESAQUALA	1	.0	.0	88.9
TESASCO	1	.0	.0	89.0
TESAYOPA	1	.0	.0	89.0
TESAYUCA	2	.0	.0	89.0
TESCA	3	.0	.0	89.0
TESCALSAQUAQ UE	1	.0	.0	89.0
TESCALUCA	5	.0	.0	89.0
TESCATEPEQUE	2	.0	.0	89.0
TESMALTEPEC	1	.0	.0	89.0
TESOLLUCA	2	.0	.0	89.0
TESTELUCA	1	.0	.0	89.0
TESTIPOTLA	1	.0	.0	89.1
TETELA	1	.0	.0	89.1
TETELCO	4	.0	.0	89.1
TETELOGIA	1	.0	.0	89.1
TETELPA	1	.0	.0	89.1
TETEPANGO	9	.0	.0	89.1
TETLASTOC	1	.0	.0	89.1
TEXA	1	.0	.0	89.1
TEXACO	2	.0	.0	89.2
TEXCOCO	358	1.9	1.9	91.0
TEXCOLUCA	1	.0	.0	91.1
TEXMELUCAN	1	.0	.0	91.1
TEXQUIQUIAQU E	1	.0	.0	91.1
TEXTITLAN	1	.0	.0	91.1

TEZAYUCA	17	.1	.1	91.2
TEZCALUCA	2	.0	.0	91.2
TEZCATITLAN	1	.0	.0	91.2
TEZOCAUTLA	1	.0	.0	91.2
TEZONTEPEC	1	.0	.0	91.2
TEZOYUCA	2	.0	.0	91.2
TEZQUILUCA	1	.0	.0	91.2
TEZUCO	1	.0	.0	91.2
THIAXACA	1	.0	.0	91.2
TIANGUISTENCO	3	.0	.0	91.2
TIANGUISTENG O	17	.1	.1	91.3
TIANQUISTENG O	1	.0	.0	91.3
TIATONGO	1	.0	.0	91.3
TICOMAN	1	.0	.0	91.3
TICUMAN	1	.0	.0	91.3
TIERRA ADENTRO	2	.0	.0	91.3
TIERRA CALIENTE	2	.0	.0	91.4
TIERRADENTRO	1	.0	.0	91.4
TILACHIA	1	.0	.0	91.4
TIMASGUANTON GO	1	.0	.0	91.4
TISAPAN	2	.0	.0	91.4
TISQUISACOC [SIC]	1	.0	.0	91.4
TITALACHIA	2	.0	.0	91.4
TITALAQUE	7	.0	.0	91.4
TITALAQUIA	5	.0	.0	91.5
TITALOQUE	1	.0	.0	91.5
TITILA	1	.0	.0	91.5
TITILAQUE	2	.0	.0	91.5
TITILAQUIA	2	.0	.0	91.5
TITULAQUE	1	.0	.0	91.5
TIZAPAN	12	.1	.1	91.6
TIZAYUCA	16	.1	.1	91.6
TIZONTEPEC	1	.0	.0	91.7
TIZUYUCA	1	.0	.0	91.7
TLA[X]CALA	1	.0	.0	91.7
TLACAYAPA	2	.0	.0	91.7
TLACOCHIS	1	.0	.0	91.7
TLACOPAN	1	.0	.0	91.7
TLACOQUEMEC	1	.0	.0	91.7
TLACUAQUE	1	.0	.0	91.7
TLACUCHISTLAH CA	1	.0	.0	91.7
TLAGUACATLAN	1	.0	.0	91.7
TLAGUALULA	1	.0	.0	91.7
TLAGUILTENGO	1	.0	.0	91.7
TLAGUISLILPA	1	.0	.0	91.7
TLAHUAC	12	.1	.1	91.8
TLAHUELELIPA	1	.0	.0	91.8

TLAHUELILO	1	.0	.0	91.8
TLAHUILILPA	6	.0	.0	91.8
TLAHUISLILPA	1	.0	.0	91.8
TLAHUIULPA	1	.0	.0	91.8
TLAHULALPA	1	.0	.0	91.8
TLAHUYLILPA	1	.0	.0	91.8
TLAJIACO	1	.0	.0	91.9
TLALHUILILPA	3	.0	.0	91.9
TLALMANALCO	41	.2	.2	92.1
TLALMILALPAN	1	.0	.0	92.1
TLALMILOLPA	1	.0	.0	92.1
TLALMINALPA	1	.0	.0	92.1
TLALMINOLPA	1	.0	.0	92.1
TLALNEPANTLA	98	.5	.5	92.6
TLALOLQUE	1	.0	.0	92.6
TLALPA	2	.0	.0	92.6
TLALPAN	1	.0	.0	92.6
TLALPUJAUJA	1	.0	.0	92.6
TLALPULALPA	2	.0	.0	92.7
TLALPULALPAN	1	.0	.0	92.7
TLALQUILALPAN	1	.0	.0	92.7
TLALQUILILPAN	1	.0	.0	92.7
TLALTENANGO	2	.0	.0	92.7
TLALTENCO	3	.0	.0	92.7
TLALTENGO	11	.1	.1	92.8
TLALTEPEC	1	.0	.0	92.8
TLALTICO	1	.0	.0	92.8
TLALTILULCA	1	.0	.0	92.8
TLALTILULCO	1	.0	.0	92.8
TLALTOCAN	1	.0	.0	92.8
TLAMANALCO	4	.0	.0	92.8
TLAMELALPA	1	.0	.0	92.8
TLAMELOLPA	3	.0	.0	92.8
TLAMILOLPA	2	.0	.0	92.8
TLAMIMELOLPA	1	.0	.0	92.8
TLAMITOLPA	1	.0	.0	92.8
TLAMOLOLPA	1	.0	.0	92.9
TLANAP[ANTL]A	1	.0	.0	92.9
TLANEP[ANTL]A	1	.0	.0	92.9
TLANEPACLA	1	.0	.0	92.9
TLANEPANCLA	1	.0	.0	92.9
TLANEPANTLA	14	.1	.1	92.9
TLANGUEZTENC O	1	.0	.0	93.0
TLANILOLPA	1	.0	.0	93.0
TLAPA	1	.0	.0	93.0
TLAPACOYA	2	.0	.0	93.0
TLAPAGUACAN	1	.0	.0	93.0
TLAPANALAYOL A	1	.0	.0	93.0
TLAPANALOYA	1	.0	.0	93.0
TLAPILCO	1	.0	.0	93.0

TLAPISAGUA	1	.0	.0	93.0
TLAPULALPA	1	.0	.0	93.0
TLAQUEPAQUE	3	.0	.0	93.0
TLAQUEQUE	1	.0	.0	93.0
TLAQUILILPA	1	.0	.0	93.0
TLASCUAQUE	2	.0	.0	93.0
TLATELOLCO	13	.1	.1	93.1
TLATILCO	1	.0	.0	93.1
TLATILPA	1	.0	.0	93.1
TLAUILILPA	1	.0	.0	93.1
TLAUTLA	2	.0	.0	93.1
TLAXCALA	101	.5	.5	93.7
TLAXIACO	1	.0	.0	93.7
TLAYACAPA	9	.0	.0	93.7
TLAYACAPAN	13	.1	.1	93.8
TLAYUCA	1	.0	.0	93.8
TLUAUTICHAN	2	.0	.0	93.8
TLUYCHAPA	1	.0	.0	93.8
TOCHIMILCO	1	.0	.0	93.8
TOCUILA	1	.0	.0	93.8
TOLLAHUALCO	1	.0	.0	93.8
TOLLANCINGO	1	.0	.0	93.8
TOLLAQUE	1	.0	.0	93.8
TOLLOHUALCO	1	.0	.0	93.8
TOLOMACA	1	.0	.0	93.9
TOLOYUCA	8	.0	.0	93.9
TOLTAGUALCO	1	.0	.0	93.9
TOLUCA	196	1.0	1.0	94.9
TOMATLAN	1	.0	.0	94.9
TONALA	1	.0	.0	94.9
TONANCINGO	1	.0	.0	94.9
TONANITLA	1	.0	.0	95.0
TONATICA	1	.0	.0	95.0
TONATITLA	1	.0	.0	95.0
TONTEPEQUE	1	.0	.0	95.0
TOPALA	1	.0	.0	95.0
TOPALANGO	2	.0	.0	95.0
TOPETLAC	1	.0	.0	95.0
TOPULANGO	1	.0	.0	95.0
TOQUISALTONG O	1	.0	.0	95.0
TOSTOTEPEC	1	.0	.0	95.0
TOTALSINGO	1	.0	.0	95.0
TOTENANGO	1	.0	.0	95.0
TOTEPEC	1	.0	.0	95.0
TOTOLAPA	2	.0	.0	95.0
TOTOLAPAN	3	.0	.0	95.0
TOTOLOCA	1	.0	.0	95.1
TOTOLOPAN	2	.0	.0	95.1
TOTOLSINGO	1	.0	.0	95.1
TOTONILCO	1	.0	.0	95.1

TOYECO	1	.0	.0	95.1
TUCHI	1	.0	.0	95.1
TUCHIMILCO	4	.0	.0	95.1
TUCUBALLA	1	.0	.0	95.1
TULA	104	.5	.5	95.7
TULANCINGO	71	.4	.4	96.0
TULIMAN	2	.0	.0	96.0
TULLEHUALCO	1	.0	.0	96.0
TULLUANCINGO	1	.0	.0	96.1
TULLUAQUALCO	1	.0	.0	96.1
TULPETLAC	12	.1	.1	96.1
TULTEPEC	12	.1	.1	96.2
TULTICLAN	1	.0	.0	96.2
TULTITLAN	18	.1	.1	96.3
TULYEHUALCO	12	.1	.1	96.4
TUPETLACO	1	.0	.0	96.4
TUPETLALA	1	.0	.0	96.4
TUSTEPEJI	1	.0	.0	96.4
TUTECALA	1	.0	.0	96.4
TUXPAN	1	.0	.0	96.4
TUYAHUALCO	2	.0	.0	96.4
TUYEHUALCO	9	.0	.0	96.4
UIZQUILUCA	2	.0	.0	96.4
UQUILA	1	.0	.0	96.5
UTCANCINGO	1	.0	.0	96.5
VALLADOLID	20	.1	.1	96.6
VALLE	1	.0	.0	96.6
TULANCINGO	1	.0	.0	96.6
VALLES	2	.0	.0	96.6
VERACRUZ	6	.0	.0	96.6
VILLA ALPA	1	.0	.0	96.6
VILLA ALTA	10	.1	.1	96.7
VILLA DE COYOACAN	1	.0	.0	96.7
VILLA DE NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE	1	.0	.0	96.7
VILLA DEL ARMADILLO	1	.0	.0	96.7
VILLA DEL CARBON	6	.0	.0	96.7
VILLA LEON	1	.0	.0	96.7
VILLAALTA	1	.0	.0	96.7
VILLALTA	4	.0	.0	96.7
X	2	.0	.0	96.8
XACOTICLAN	1	.0	.0	96.8
XALAPA	9	.0	.0	96.8
XALATECO	1	.0	.0	96.8
XALATLACO	4	.0	.0	96.8
XALOSTOC	15	.1	.1	96.9
XALOSTOQUE	4	.0	.0	96.9
XALOTOC	1	.0	.0	96.9
XALPA	1	.0	.0	96.9

XALTOCAN	1	.0	.0	97.0
XAM[AJ]CA	1	.0	.0	97.0
XICO	1	.0	.0	97.0
XILOTEPEC	8	.0	.0	97.0
XILOTEPEQUE	2	.0	.0	97.0
XOCHIAQUE	1	.0	.0	97.0
XOCHILMILCO	1	.0	.0	97.0
XOCHIMILCO	285	1.5	1.5	98.5
XOCHINANGO	1	.0	.0	98.5
XOCHITEPEC	6	.0	.0	98.6
XOCO	1	.0	.0	98.6
XOCOTICLAN	1	.0	.0	98.6
XOCOTITLAN	1	.0	.0	98.6
XOLA	1	.0	.0	98.6
XOLALTEPEC	1	.0	.0	98.6
YAGUICHAN	1	.0	.0	98.6
YANGUISTLAN	1	.0	.0	98.6
YANGUITLAN	1	.0	.0	98.6
YANQUISTLAN	1	.0	.0	98.6
YAOTEPEC	1	.0	.0	98.6
YAUTEPEC	6	.0	.0	98.6
YAYUCLA	1	.0	.0	98.7
YLLANTEPEQUE	1	.0	.0	98.7
YOCTEPEC	3	.0	.0	98.7
YOCTEPEQUE	2	.0	.0	98.7
YOLALUACA	1	.0	.0	98.7
YOLOMACA	1	.0	.0	98.7
YOLOMECA	3	.0	.0	98.7
YORODUA	1	.0	.0	98.7
YOTEPEC	2	.0	.0	98.7
YSCAPISTLA	1	.0	.0	98.7
YSCATEPEQUE	1	.0	.0	98.7
YSCLAHUACA	1	.0	.0	98.7
YSTACO	1	.0	.0	98.8
YSTAGUACAN	1	.0	.0	98.8
YSTAP[ALU]CA	1	.0	.0	98.8
YSTAPA	3	.0	.0	98.8
YSTLACAPA	1	.0	.0	98.8
YSTLAGUACA	2	.0	.0	98.8
YSTLAHUACA	1	.0	.0	98.8
YSTLAYACA	1	.0	.0	98.8
YSUCAR	4	.0	.0	98.8
YTURDUXIA	1	.0	.0	98.8
YUCATAN	1	.0	.0	98.8
YUCTEPEC	1	.0	.0	98.8
YUTLA	1	.0	.0	98.8
YZTALUACAN	1	.0	.0	98.9
YZUCAR	3	.0	.0	98.9
ZACATEPEC	1	.0	.0	98.9
ZACATLALMANG O	1	.0	.0	98.9

ZACATLAN	5	.0	.0	98.9
ZAMATITLAN	1	.0	.0	98.9
ZAMORA	1	.0	.0	98.9
ZAPOPITLAN	1	.0	.0	98.9
ZAPOTITLAN	18	.1	.1	99.0
ZAPOTLAN	5	.0	.0	99.0
ZEMPOALA	6	.0	.0	99.1
ZEMPUALA	1	.0	.0	99.1
ZETLALPA	1	.0	.0	99.1
ZHICUATLE	1	.0	.0	99.1
ZIMAPAN	13	.1	.1	99.2
ZINACANTEPEC	6	.0	.0	99.2
ZINACATEPEC	2	.0	.0	99.2
ZINANCATEPEC	1	.0	.0	99.2
ZITACUARO	6	.0	.0	99.2
ZOCHITITLAN	1	.0	.0	99.2
ZOQUIPA	6	.0	.0	99.3
ZOTLAPA	1	.0	.0	99.3
ZUCHICUAUTLA	1	.0	.0	99.3
ZUCHITLAN	1	.0	.0	99.3
ZULTEPEC	1	.0	.0	99.3
ZUMAPAN	1	.0	.0	99.3
ZUMPANGO	133	.7	.7	100.0
Total	18962	100.0	100.0	