



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA
MEDICALIZACIÓN FEMENINA EN UN HOSPITAL PÚBLICO
DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
EL HOSPITAL DE LA MUJER. 1955-1965.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN HISTORIA
P R E S E N T A
MARTHA ROMÁN VILLAR

ASESORA: MAESTRA VIRGINIA ÁVILA GARCÍA





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A g r a d e c i m i e n t o s .

Este trabajo esta dedicado a mí misma, por haber logrado una meta inconclusa en mi vida, que aunque retrasada fue perseguida con tenacidad y constancia.

A mis padres Albina (+) e Isaías por darme el ser y apoyarme para estar en este mundo de la mejor manera.

A mis hijos Ana Paola y Luis Hugo, por compartir conmigo la mitad de mi existencia y hacerla amena.

A mis hermanos por estar ahí cuando ha sido necesario.

Patricio, bienvenido a la familia.

Angeliquita mi nieta, una nueva luz en mi vida.

Memo, mi gran amigo, que me ha escuchado, apoyado e impulsado siempre para el logro de esta meta.

Ruth y Lupita, gracias por su cariño y amistad.

A mis compañeros de "Palabra de Clío", por acogerme en su seno.

A la maestra Virginia Ávila, por su asesoría en esta tesis.

A todos mis maestros, por sus enseñanzas y la semilla que sembraron durante la carrera.

A la UNAM, mi Alma Mater.

Al Hospital de la Mujer, mi segunda casa por 28 años de vida laboral.

Gracias a la vida.

INDICE.

HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MEDICALIZACIÓN FEMENINA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. EL HOSPITAL DE LA MUJER. 1955-1965.

INTRODUCCIÓN. 3

Capítulo 1.

Políticas sociales, medicina pública y salud de la mujer.

1.1 La modernización en México. Siglo XX	19
1.2 La medicina social	25
1.3 La salud de la mujer inserta en el proceso modernizador e institucional	35
1.3.1 <i>La Secretaría de Salubridad y Asistencia.</i>	40
1.4 La medicalización de la mujer. Un proyecto para una especialización médica	48
1.5 Infraestructura médica y social. Necesidad latente para la medicalización femenina.	63

Capítulo 2

La madre, el niño y la familia, objetos de la asistencia médica y social.

2.1 La asistencia materno infantil.	69
2.2 Contra la insalubridad, la ignorancia y la pobreza	74
2.3 La mujer, núcleo de la familia. El fortalecimiento de la unidad familiar especial preocupación del Estado	81
2.4 Protección médica y social a la madre y al niño	88
2.5 La maternidad reglamentada.	99

Capítulo 3

La medicalización femenina institucionalizada en un hospital para mujeres.

3.1 Del Viejo al nuevo Hospital de la Mujer	108
3.2 Recuento histórico	110
3.2.1 <i>El Hospital Real de Epifanía, de Nuestra Señora de los Desamparados y Hospital de San Juan de Dios. Hospitales para marginados sociales.</i>	112
3.2.2 <i>El Hospital Morelos, centro antivenéreo, ginecológico e incipiente práctica obstétrica</i>	122
3.2.3 <i>El Hospital Central “Dr. Jesús Alemán Pérez”, centro antivenéreo, de detección oportuna del cáncer femenino (DOC) y de asistencia materno infantil. 1947-1955.</i>	128
3.3 Camino hacia la institucionalización e incipiente desarrollo de la ginecología en el hospital “Dr. Jesús Alemán Pérez”. 1955-1965.	135
3.4 Transición hacia el nuevo Hospital de la Mujer	143
3.5 El nuevo Hospital de la Mujer. La medicina pública institucionalizada al servicio de la mujer plasmada en una especialidad médica. La ginecología obstétrica.	147
CONCLUSIONES.	160
FUENTES.	172

INTRODUCCIÓN.

La institucionalización es entendida como el proceso continuo de formación de instituciones por medio de las cuales son emitidas una serie de normas dirigidas a regular patrones culturales y de conducta de los grupos sociales. La institucionalización generalmente es realizada por los grupos dirigentes del poder para promover cambios dirigidos a un bien común basados en su propio sistema de valores previa ordenación y control social. Los pactos realizados con los diversos grupos implican ciertos beneficios que tienden a asegurar estabilidad, orden y paz social según pautas bien definidas, continuas y organizadas. Las estructuras sociales planeadas para tal fin son las instituciones, que pueden ser políticas, económicas, sociales y culturales. El proceso de institucionalización es a menudo lento ya que tiene que procesar y estructurar lo precedente, manteniendo o reestructurando acciones previas.

La institucionalización en el periodo que nos ocupa se refiere al proceso de corporativización emprendido por el Estado de todos los sectores sociales estableciendo un sistematizado control político y social, indispensable para la proyección de un modelo de desarrollo basado en la industria.

La institucionalización de la Revolución se vio reflejada en el Partido Revolucionario Institucional creado como partido oficial en 1947.

Según Daniel M. Fox, un Estado es definido en función de lo que hace y lo que justifica su existencia, por lo tanto

el Estado es un segmento geográficamente delimitado de sociedades humanas unidas por obediencia común hacia una única soberanía. El Estado es una estructura corporativa, coexistente con una sociedad política de la cual resulta una autoridad política suprema que puede comandar el monopolio de fuerza efectiva para asegurar complacencia en sus decisiones. Por tanto, se trata de un organismo dotado de fuerza, cuya situación se justifica por medio de consensos¹

La década de los cuarenta fue significativa en la historia de México ya que constituyó una ruptura parcial con las dos décadas anteriores donde lo rural y lo tradicional eran rasgos definitorios. Con el nuevo modelo de desarrollo se pretendió ubicar a nuestro país como una nación “moderna” y “civilizada” a

¹ Daniel M. Fox, “Medical Institutions and the State” en Bynum, Williams, F, Companion, *Encyclopedia of the History of medicine*, London, Routledge, p. 1207

la altura de los países de primer mundo. En este trabajo, el sentido moderno y civilizado se encontró vinculado con la adopción de los nuevos modelos de producción y consumo capitalista, en este caso del modelo estadounidense con plena confianza en las instituciones. Así, el concepto moderno se pudo percibir en todos los ámbitos de la vida nacional impuesto por las minoritarias elites gobernantes sobre el resto de la población, en el que se pretendió desplazar lo viejo por lo nuevo en función de las nuevas corrientes progresistas y de consumo.

Dicho modelo gestado desde el centro de la República tuvo una visión predominantemente urbana con lenta proyección a las zonas rurales. De igual manera la salud de la población y con ella de la mujer fue corporativizada por el Estado por medio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) creada en 1943 con un carácter público, en función del interés por crear un ciudadano fuerte, vigoroso y útil que pudiera contribuir con su mano de obra al progreso y desarrollo del país. Así los hospitales como instituciones de salud fueron proyectados de acuerdo a los cánones modernos, como centros de prevención, curación, docencia e investigación.

Como resultado de la segunda Guerra Mundial fue creada la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y con ella la Organización Mundial de la Salud (OMS) las cuales estructuraron acciones con un sentido humanitario hacia la atención de la salud de las naciones en vías de desarrollo.

El Hospital de la Mujer creado en 1947 con el nombre de doctor Jesús Alemán Pérez antes Hospital Morelos, fue institucionalizado como incipiente centro moderno de medicalización femenina en la ciudad de México, considerado en este momento como maternidad, en función de las políticas sociales de asistencia materno infantil tanto nacionales como internacionales.

El hospital doctor Jesús Alemán Pérez paulatinamente, fue fusionando la cirugía ginecológica -de órganos reproductores como matriz y ovarios- con la obstetricia -atención de partos- para constituirse en centro de enseñanza de una especialidad médica moderna. La ginecobstetricia en el Hospital de la Mujer fue reconocida por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en 1975.

La década de 1955-1965 fue contemplada considerando los conceptos de viejo y nuevo hospital de la mujer insertos en un período de gran auge modernizador. El viejo hospital de la mujer fue ubicado antes de 1966, fecha en que fue trasladado del viejo edificio que ocupó por aproximadamente 400 años a su actual ubicación. Por lo anterior consideré importante analizar la última década de vida del viejo hospital, su transición como institución moderna de salud y su consolidación como centro ginecobstétrico especializado. Aun cuando el objeto de estudio fue ubicado en esta década, se siguió una línea de explicación lógica cronológica ya que los cambios suscitados en la medicalización femenina, la construcción, el uso y función social del cuerpo fueron en función de hechos vinculados a las necesidades políticas, económicas y sociales planteadas por el mismo proceso de reconstrucción y modelo de desarrollo. Se partió de los años veinte del siglo pasado ya que a partir de la ruptura producida por la Revolución fueron encontrados hechos comunes mismos que fueron retomados con la institucionalización de la salud de la mujer inserta en una línea de progreso continuo, orden y paz social.

En la década de los años cincuenta-sesenta fue desplegado un cuerpo institucional de asistencia médica y social, coincidente con la industrialización del país y la necesidad de legitimar al Estado apoyado en dichas políticas sociales. La construcción de hospitales y maternidades sujetos a reglamentación estatal así como la medicina preventiva, consolidaron la institucionalización de la salud en la SSA, separándose paulatinamente la atención médica de la asistencia materno infantil. Sin embargo en el Hospital de la Mujer por el contrario, fueron fusionándose la maternidad -la obstetricia- con la ginecología -cirugía- y otras prácticas ginecobstétricas para consolidar una especialidad médica y con ellas la institucionalización de la medicalización femenina. El concepto de salud materna estuvo en vigor hasta finales de los sesenta.

De todo esto, la premisa de la cual se partió fue, que el cuerpo de la mujer en este proceso de medicalización femenina fue destinado específicamente por el Estado y la medicina a la maternidad, con preocupación más por el niño que por la madre, inserto en un ideal eugénico de mejoramiento de la raza, asociado a la moral social imperante, al bien público y

a la civilización. Los hospitales públicos coadyubaron a estos propósitos, entre ellos, el Hospital de la Mujer.

Por todo lo anterior, los objetivos perseguidos fueron dirigidos a:

Analizar los cambios suscitados en la atención a la salud de la mujer en el proceso de modernización, con respecto al concepto actual de salud integral,

Explicar el proceso por medio del cual el cuerpo de la mujer fue construido en función de las políticas sociales del Estado y medicina modernas en un contexto de progreso y modernidad.

Explicar el proceso de gestación y consolidación de un hospital público destinado a la salud de la mujer y los beneficios reales para ésta, denominado en sus inicios hospital de mujeres y posteriormente Hospital de la Mujer.

Lineamientos de la investigación.

En el presente estudio, los sujetos históricos principales son las mujeres de baja condición socioeconómica con respecto a la atención de su salud. En las últimas décadas del siglo XX, la historia social como forma de análisis e interpretación de la realidad social ha incorporado diversos objetos y sujetos de estudio como son las mujeres, interactuando en espacios y contextos a menudo marginales y discriminatorios.

El estudio de una institución denominada Hospital de la Mujer por sí misma, permitió la inserción de un modelo de análisis basado en la perspectiva de género. La vinculación que se hizo de la salud de la mujer con las políticas sociales y la práctica médica del período, obligó a considerar el uso y función social del cuerpo femenino tanto por el Estado como por los médicos. Mientras que para el primero fue la maternidad para los segundos fue un campo y objeto de estudio.

El estudio de género como modelo de investigación tiene sus bases en la antropología específicamente en la antropología social. En función de la interdisciplinariedad propuesta en las últimas décadas, el género ha sido abordado con esta visión. Así la psicología, la sociología, la economía, el derecho y la historia entre otras disciplinas han incluido dentro de su estudio al género.

Aun cuando existen diversas definiciones de género con diversos enfoques, para este estudio se tomó la del historiador Jordi Roca el cual

señala al género “como una categoría construida socialmente y, por tanto, histórica y culturalmente variable”.² Asimismo señala que el “género, se construye como un principio de organización social que asegura el orden, y el mantenimiento de la sociedad”³ Se trata de un concepto inmerso en un contexto político, económico, social e ideológico, este último producto de “valores ideológicos aportados por el modelo dominante”⁴ asociado con la institucionalización. El mismo autor señala a la institucionalización como la tipificación extrema de las acciones para los diferentes tipos de actores. En el proceso de institucionalización, las tipificaciones son siempre compartidas y accesibles a todos los miembros de un determinado grupo social, que tiene claro el tipo de comportamiento que le corresponde y que le será exigido mediante el conjunto de mecanismos de control”⁵ con predominio de lo público sobre lo privado, y donde existen implícitamente relaciones de poder.

El modelo de género permitió la vinculación de los diversos actores sociales involucrados en la salud femenina como el Estado, la medicina y las instituciones cuyas relaciones de poder incidieron en el proceso de construcción de la medicalización femenina.

La atención de la salud de las mujeres en el México posrevolucionario contempló 3 fases, mismas que conformaron el cuerpo de este estudio. Una de gestación, otra de desarrollo y finalmente la institucionalización de la medicalización femenina. La primera estuvo vinculada con la salud pública con el combate a las enfermedades infecto contagiosas. La sífilis fue considerada mal público al que se debía atender en función del alto índice de prostitución y mortalidad. En este contexto, la prostitución es entendida como el comercio sexual por medio del cual las mujeres llamadas prostitutas se enrollan por razones múltiples, entre ellas las económicas, las de explotación, búsqueda de mayores ganancias, responsabilidades como jefas de familia⁶ etc. fue perseguida por ser la causante directa de la sífilis, además de alta mortalidad infantil in útero y como causa de degeneración de la raza. El cáncer

² Jordi Roca I Girona, *De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la post guerra española*, España, Ministerio de Educación y Cultura, 1996, p. 333.

³ *Ibidem*, p. 13

⁴ *Ibidem*, p. 14.

⁵ *Ibidem* p. 26

⁶ Katherine Elaine Bliss, *Compromised Positions, Prostitution, Public Health and Gender, Politics in Revolutionary México city*, USA, The Pennsylvania State University, 2001, p. 17.

femenino también fue causante de mortalidad femenina pero fue relegado en virtud del escaso control ejercido por el Estado del proceso reproductivo y del cuerpo femenino.

La salud de la madre fue vista en función de la salud del niño por el interés de crear un nuevo ciudadano acorde el nuevo proyecto nación. Periodo en que fue planteada la necesidad de maternidades como entidades independientes de los hospitales existentes, pero al mismo tiempo vinculadas con la atención de enfermedades venéreo sifilíticas, para que pudieran realizarse las cirugías obstétricas y ginecológicas necesarias. Sin embargo las maternidades fueron reglamentadas hasta la década de los cuarenta.

La higiene fue la base de todo lo relacionado con la salud pública y la indigencia, constituyéndose como una obligación de todo ciudadano, la cual iba a ser lograda por medio de educación higiénica principalmente de las madres. Las deficientes condiciones de salud de las mujeres y los niños era atribuida a la absoluta ignorancia en higiene alimenticia y deficiente vacunación, además de la tuberculosis. Asimismo las enfermas sifilíticas causantes de esterilidad y despoblación aun no tratadas plena y satisfactoriamente, podían ser atendidas por medio de la higiene.

La segunda fase tuvo lugar con la institucionalización de la salud de la mujer. Las acciones antes aleatorias fueron oficializadas y reglamentadas por medio de una Secretaria de Estado iniciándose así la apropiación del cuerpo femenino dirigido a un fin específico: la maternidad. Dicha apropiación tuvo que ver con el concepto de Estado de Bienestar en boga en el contexto internacional del cual nuestro país no pudo sustraerse.⁷

Como las tendencias de proteger la salud del niño continuaron, se implementó la asistencia materno infantil como nueva modalidad de caridad y beneficencia, incluida en el llamado Estado de Bienestar como una protección de tipo paternalista por parte del Estado y la clase médica y, como un derecho

⁷ El Estado de Bienestar o “Welfare”, es un concepto que fue retomado de diversas maneras en los diversos países. En México, considero que este concepto fue sustituido en el ámbito político social por el de bienestar social y ya inserto en la salud institucionalizada, fue transformado en asistencia social, cuyo fin, fue la protección a las clases económicamente débiles alejadas del recién instaurado sistema de seguridad social. Para las clases medias y altas, el bienestar social estuvo relacionado con el consumo masivo de bienes y servicios, producto de la industrialización y modernidad

materno derivado de la política pronatalista, la cual estimulaba la maternidad señalada ésta como función social incentivándola por todos los medios⁸.

La salud de la mujer vinculada con el proceso reproductivo necesariamente propició el acercamiento y simbiosis entre el Estado y la medicina, siendo el cuerpo objeto de apropiación común.

La amplia participación médica en estrecha vinculación con el Estado moderno y el consiguiente aumento de poder, fue reforzada con la insistente regulación de la profesión médica, destacando el rol de las instituciones de salud en la conformación de los estados, por su movilización en tiempos de emergencias estatales y principalmente con la amenaza de epidemias.⁹

Así en este contexto institucionalizado, el cuerpo de la mujer antes vigilado y cuidado por personas del mismo sexo fue apropiado por los médicos varones en función de los mitos que sobre la salud de la mujer existían. Las parteras o comadronas antes encargadas de asistir a la mayoría de las mujeres no solo en el parto sino en otras enfermedades relacionadas con los órganos reproductores, incluyendo la sífilis y, de transmitir sus conocimientos de generación en generación, fueron relegadas a un papel subordinado a los médicos. El siglo XX según Marcela Dávalos es “el gran siglo de la medicalización” y con ello fue iniciado el “control social” de la maternidad.¹⁰

Por otro lado, Agostoni señala que “la exclusión de las mujeres del oficio de parteras fue un proceso gradual y progresivo que tuvo un firme impulso precisamente cuando la razón, la ciencia y la aplicación práctica de conocimientos basados en la experimentación y la deducción, transformó tanto la concepción del Estado y del gobierno, como el campo de la medicina”, retomado con la institucionalización de la salud¹¹. “Por tanto se trataba de una verdadera elite intelectual que procuraba legitimar su posición y autoridad en la sociedad, así como defender su estatus y aspiración de imponer su saber

⁸ Gisela Bock “Pobreza Femenina, derechos de las madres y Estados de Bienestar 1890-1950” en Georges Duby y Michelle Perrot en *Historia de las Mujeres en Occidente*, traducción de Marco Antonio Galmarini, tomo V (el siglo XX) España, Taurus, 2001, pp, 443, 462.

⁹ Daniel M. Fox, Op. Cit. p. 1207

¹⁰ Marcela Dávalos, “El ocaso de las parteras” en Revista Cuicuilco, México, ENAH, Nueva Época, vol. 2 # 6, enero-abril de 1996, p. 196.

¹¹ Claudia Agostoni Urencio, “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato” en Gabriela Cano y Georgette José Valenzuela (coordinadores) *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, México, UNAM-PUEG, 2001, p. 78.

médico como el hegemónico”¹². Por esto, a los médicos correspondía “supervisar la principal misión o labor de la mujer: La maternidad”.¹³

La tercera fase fue la de mayor protección médica y social por parte del Estado y desarrollo de la ginec obstetricia como especialidad médica

En esta fase, la salud de la mujer estuvo referida a la protección de la madre y el niño a través de un despliegue de instituciones de asistencia social y algunas médicas, dirigidas a atenuar las condiciones de desnutrición, marginación y abandono de niños vía salud materna, producto de las desigualdades e inequidades económicas propiciadas por el desarrollo económico y el crecimiento de las ciudades.

Por su parte la medicina antes privada, mas teórica que práctica, con la institucionalización de la salud de la mujer se volvió teórico- práctica. El impulso dado a la maternidad por parte del Estado fue retomado por la medicina para el desarrollo de una especialidad médica: la ginec obstetricia. Las incipientes prácticas ginecológicas de la primera mitad el siglo XX fueron fusionadas en la practica obstétrica sistematizada para conformar la ginec obstetricia moderna.

Con el proceso de institucionalización de la salud, lo privado se volvió público. Lo público implicaba involucrar a todos los sectores sociales para poder disponer de la mano de obra requerida por la industria. Para ello se requería que la población estuviera sana y contenta buscando su bienestar dentro de un sistema de seguridad social integral.

Los tres grandes sistemas institucionales de atención a la salud pública fueron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores al servicio del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). El IMSS cubrió específicamente a los obreros o trabajadores asalariados sujetos a responsabilidad contractual. El ISSSTE corporativizó a todos los trabajadores al servicio del Estado y la SSA cubrió las necesidades de salud del resto de la población no incluida en los sistemas anteriores como campesinos, indígenas inmigrantes, desempleados, marginados socialmente y principalmente de los niños y de las mujeres.

¹² *Ibidem*, p. 81.

¹³ *Ibidem*, p. 85.

De ahí que la función social de la mujer conferida a la maternidad fue concretada en un régimen moderno de asistencia social, cuyo cuerpo fue cuidado y estudiado por los médicos en aras de la ciencia, paulatinamente especializada. El hospital doctor Jesús Alemán Pérez como incipiente hospital de la mujer fue testigo de los cambios médicos y sociales. La institucionalización de la medicalización femenina en una especialidad médica tuvo que ver con el cambio necesario de ubicación, cuya anterior infraestructura resultó inadecuada e insuficiente para la práctica y desarrollo de la medicina moderna. Dicho hospital en veinte años aproximadamente fue convertido de un centro antivenéreo a un centro ginecobstétrico, cuya transición marcó un hito para la medicalización femenina, confinada en el período a la atención materno infantil. Como nuevo Hospital de la Mujer cobró auge a partir de 1967.

La clase médica revestida del espíritu protector de la época al igual que el estado paternalista y benefactor, ha ido implementando una serie de prácticas propias del campo ginecobstétrico y programas estatales asignados en función de políticas sexenales.

En la actualidad, el concepto de salud integral de la mujer va cobrando forma. No obstante, en el Hospital de la Mujer, el cuerpo de la mujer siguió siendo asignado a la maternidad principalmente como objeto de la medicina moderna. El nuevo hospital de la mujer como institución pública especializada, es conocido y reconocido por nacionales y extranjeros, constituyendo una opción de salud para la mujer, sea o no asegurada, y con alta demanda, sin embargo, a pesar de aciertos y desaciertos continua subsanando necesidades sociales de salud a las mujeres en general no solo las de baja condición económica, incluyendo otras “enfermedades” además de la maternidad. Una vez más es planteada, como históricamente se ha señalado, la inadecuada infraestructura, la falta de recursos materiales para su funcionamiento y a menudo olvidado por la actual Secretaría de Salud. Las fallas administrativas, la poca sistematización en los programas y el deterioro del característico espíritu de servicio como institución social, inserta en un círculo vicioso de 30 años de medicalización femenina institucionalizada, han hecho del Hospital de la Mujer un icono social y modelo de salud burocratizado.

El Hospital de la Mujer formó parte del proceso de institucionalización de la salud como institución pública de salud, el cual en sus variadas denominaciones de hospital de San Juan de Dios, Morelos y Jesús Alemán Pérez dio cuenta de los diversos cambios generados en la salud de la mujer. Éste último como centro especializado y una de las instituciones que albergaron y consolidaron la ginecobstetricia como especialidad médica, dio el nombre definitivo al Hospital de la Mujer en la primera mitad de la década de los sesenta.

Un elemento importante a considerar fue la ideología de las elites políticas y sanitarias rectoras del nuevo Estado-Nación. Las enfermedades venéreas, el cáncer y la maternidad incluidas como incipiente medicalización femenina fueron insertadas en un marco moral que permeó en todos los rincones de la vida nacional. Sandra Gómez Pedraza señala una realidad colombiana pero podría ser un paralelismo con México en el mismo periodo. Dicha autora señala que un proyectado progreso contempló asimismo un proceso “civilizatorio” para la población ante un país “bárbaro y vulgar”, de tal manera que la higiene como forma pedagógica “propone un comportamiento social ideal”¹⁴ basada en virtudes cristianas. El Estado y la medicina pugnarón por un desarrollo moral reglamentado teniendo como objetivo evitar la “degeneración de la raza”¹⁵ El concepto de eugenesia es referido según la autora como “los factores higiénico sociales que en sus respectivas regiones influyen sobre las cualidades físicas, mentales y morales de los procreadores, con el fin de conseguir descendencia sana” -República de Colombia-.¹⁶ Por tal, la institucionalización de la salud significó la apropiación del Estado y la medicina de la salud “incorporando a sus decisiones una ética moral y de progreso”¹⁷

En México, el término de eugenesia inserto en un contexto moral fue usado en los discursos tanto médicos y oficiales referentes a la salud de la mujer. Como madre para evitar la degeneración de la raza con especial preocupación por el niño. Como prostituta transmisora de enfermedades

¹⁴ Sandra Gómez Pedraza, *Cuerpo y Alma: Visiones del progreso y de la felicidad*, Bogotá, Universidad de los Andes, 1999, p. 29.+

¹⁵ *Ibidem*, p. 122.

¹⁶ *Ibidem*, p. 154.

¹⁷ *Ibidem*, p.123

venéreas a la cual debían regenerar y redimir. A la población en general para civilizarla por medio de la higiene.

Con respecto a la prostitución Katherine E. Bliss anota que las prostitutas de la ciudad de México fueron uno de los corazones más importantes representativos de la ideología política mexicana. Al reglamentar la prostitución se iniciaba el camino para salvaguardar la salud y la moral e instituir el Estado de Bienestar de todos los mexicanos.¹⁸ La atención de las enfermedades venéreas como foco de contagio y con altos índices de mortalidad aunque eran una realidad, no fue más que una de todas las ideas reformistas adoptadas como “reforma moral” requerida por el nuevo orden social, político y principalmente económico. “En el temprano siglo XX la preocupación de la comunidad reformista mexicana fue acorde con los movimientos vinculados a las condiciones sociales y de modernización, derechos humanos y reformas de salud pública”¹⁹

Así, la sífilis considerada un mal social fue obstáculo para el desarrollo económico de México y, como se encontraba asociada con la promiscuidad y la pobreza había que redimir a la portadora, en este caso a la mujer.²⁰ Los médicos contribuyeron a esta revolución cultural medicalizando la moral sexual cuya ciencia de la redención contribuía a sanar la moral mexicana²¹

Carlos Monsivaís refiere que en el México de los cuarenta los nuevos líderes incluyendo al presidente se muestran renovados, aunque tradicionales..... Por un lado se impulsa el progreso y el espíritu de consumo, por otro lado es un país que se niega a abandonar sus tradiciones. Ante una modernidad impuesta adopta arquetipos insertos en una “red protectora de una sociedad forzada, casi sin previo aviso, a nuevas metas”²² de las cuales “las prostitutas son el “cliché” modernizador de una industria que refrenda verbalmente la tradición y disemina visualmente la sexualidad”.²³

El culto al progreso produjo las buenas sociedades. Una moral donde ser pobre “ es ser tonto o peor aun, el pobre carece de plena existencia, porque

¹⁸ Katherine E Bliss, *Op. Cit.* p.2-4

¹⁹ *Ibidem*, p. 13

²⁰ *Ibidem*, p 100.

²¹ *Ibidem*, p. 125

²² Carlos Monsivaís, “Sociedad y Cultura” en Rafael Loyola (coordinador), *Entre la guerra y la estabilidad política. El México de los 40*, México, CONACULTA-Grijalbo, 1990, p, 268.

²³ *Ibidem*, p. 271.

no ha fundado familia, o no recuerda proezas financieras. La filosofía de la época era la condición misma del magnate que se reduce de toda culpa: hacer dinero ahora para uno mismo y después hacerlo mañana para todos. La filosofía de la época era que quienes desfilaron por las manifestaciones cardenistas, hoy se inclinan ante los linajes y la alcurnia.”²⁴ El culto a la madre fue intensificado por el cine, por otro lado, la prostituta era “el polo opuesto a la madre y a las mujeres maternas, la prostituta reestablece el equilibrio familiar, fundamenta la búsqueda mexicana de un arquetipo amoroso, compensa las manifestaciones del macho, tras haber amenazado el estatus, termina sirviéndolo”²⁵

Jordi Roca señala asimismo que la familia “ es la célula donde la sociedad es revestida como factor autoritario que reforza a la familia burguesa” , “como modelo de otras instituciones y como la base firme del orden social”.... presentada como refugio seguro y centro de salud y regeneración morales”²⁶

Así la mujer será percibida “como un ser unidimensional cuya especialidad es la maternidad y de quien únicamente se reconoce su aspecto biológico”²⁷ ... como complemento utilizado al servicio prioritario que son los hijos²⁸ Por tal, la atención a las madres era para asegurar “madres saludables que deberán aportar a la nación hijos sanos y representantes dignos de las características raciales hispanas”²⁹

De esta manera, el estado se consolidó como “aparato público en el terreno ideológico y cultural”.³⁰ El periódico “El Nacional” considerado el portavoz del Gobierno exhaltaba el haber unido cada vez más fuertemente “a la familia mexicana así como de vigorizar la institucionalización de la justicia, proseguir la tarea reivindicativa de los valores humanos, las masas nacionales y fortalecer nuestra economía”³¹ Sin duda se trató de un marco liberal-conservador donde la medicalización de un sinfín de enfermedades

²⁴ *Ibidem*, p. 273

²⁵ Carlos Martínez Assaad “El cine, como lo vi y como me lo contaron” en Rafael Loyola Díaz, *Op. Cit.* p. 360.

²⁶ Jordi Roca, *Op.Cit.* p. 222-223

²⁷ *Ibidem*, p. 226

²⁸ *Ibidem*, p. 227

²⁹ *Ibidem*, p. 234

³⁰ Rafael Loyola Díaz, *Una mirada a México. El Nacional. 1940-1953*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales , 1996, p. 6

³¹ *Ibidem*. p. 73.

comprendió desde las calificadas de “vergonzantes como la sífilis, o unas acciones moralmente condenadas como impuras”³²

Este trabajo se integra de 3 capítulos.

En primer lugar se analiza la forma en que fue estructurado y consolidado el llamado Estado Moderno en un período de cincuenta años, en el que la salud de la población fue prioritaria considerando la marcada insalubridad consecuente al periodo posrevolucionario. De igual manera la importancia de la medicina social priorizada sobre la medicina privada en el proceso de institucionalización de la salud y con ello de la medicalización femenina.

Acto seguido se presenta la incipiente atención a la salud de la mujer referida a la atención de la sífilis y la maternidad como vía para atender la salud del niño, como parte de un proyecto moderno de nación, respondiendo a los ideales revolucionarios de justicia social, cuyas políticas sociales fueron fundamentales para la construcción del Estado Nacional, en el cual, fue insertado un discurso estatal y médico fusionados, para constituirse en la senda que había de seguirse para la atención de la salud de la población y específicamente de la medicalización femenina, donde la mujer fue considerada objeto y símbolo del proyectado progreso.

Por otro lado, se define a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) creada para tal fin, como el organismo estatal encargado de resguardar y por tanto controlar la salud de la población con carácter público, fusionando los anteriores conceptos de caridad y beneficencia, mismos que fueron concretados en el moderno concepto de asistencia, que en la práctica significó la ayuda y protección al que menos tiene, de los pobres por los ricos, representada por el Estado moderno. La transformación de la caridad en beneficencia y de ésta a la asistencia conservó el carácter moralista, producto de la no desaparecida influencia católica.

Asimismo, cómo a través de la institucionalización de la salud de la mujer fue proyectada la ginecología como especialidad médica.

Finalmente, se incluye en este capítulo el proceso de creación, reglamentación, remodelación y adaptación de las instituciones de salud

³² Jordi Roca, *Op. Cit.* p. 336.

requeridas para la institucionalización de la salud, entre ellos el viejo hospital de la mujer doctor Jesús Alemán Pérez, objeto de este estudio, a la par con diversas concepciones sobre el cuerpo y función social reforzadas con la práctica médica.

En el segundo capítulo se incluye a la asistencia materno infantil como razón de Estado normada y reglamentada en los años cuarenta. La década de los cuarenta fue decisiva para la medicalización de la mujer. A la par del crecimiento económico fueron reformuladas las políticas sociales y de salud dirigidas a la madre y al niño, considerando los efectos producidos por la industrialización en la mayoría de la población urbana, emigrada de las áreas rurales, acentuando con esto las inequidades sociales. Aunque tempranamente se dirigieron acciones contra la insalubridad, la ignorancia y la pobreza éstas no fueron suficientes. Por la necesidad de contrarrestar y paliar dichos efectos, las políticas de asistencia materno infantil fueron profundizadas, incluyendo no solo a la madre sino también a la familia y por ello la razón de ser de la gama de instituciones médicas y de asistencia públicas y privadas, desplegadas para la protección de los grupos marginados social y económicamente, entre ellos las mujeres y los niños. Se incluye además los mecanismos por medio de los cuales el Estado y la medicina fueron apropiándose paulatinamente del cuerpo femenino reglamentado para la maternidad en sus instituciones creadas para tal fin y rechazando todo saber que no fuera el detentado por la medicina moderna.

En el capítulo tres se presentan las acciones médicas y estatales a favor de las mujeres, ya institucionalizadas en un centro hospitalario denominado Hospital de la Mujer. Dicho centro, único en la ciudad de México constituyó un modelo representativo de los cambios médicos e institucionales que sufrió la medicalización femenina y que históricamente le dieron vida y razón de ser y, la forma en que fue permeado por la beneficencia pública en las primeras cuatro décadas del siglo XX y por la asistencia. Asimismo su transición como viejo hospital de mujeres al nuevo Hospital de la Mujer con la institucionalización de la salud y con la consolidación del Estado Moderno. Otro elemento a considerar en este capítulo fue el uso y función social que a nivel institucional se hizo del cuerpo femenino por una sociedad

marcadamente nacionalista y conservadora, impregnada de una moral social presente en el discurso estatal extendida al médico.

Las fuentes utilizadas para fundamentar este trabajo fueron de índole general y específica, si como hemerográficas y de archivo.

La bibliografía general consultada sobre el tema fue importante para contextualizar el factor político, médico y social en el cual fue insertado el objeto de estudio. Considerando a la medicina y al Estado como pilares de la institucionalización de la medicalización femenina fue necesario en primer lugar revisar textos que aportaran información sobre las bases sociales específicamente las referentes a la salud implementadas en el nuevo Estado posrevolucionario así como de las instituciones. Debido a la importancia que tuvo el hospital público en este proceso, fue retomado el concepto anterior de hospital, sustituido por el moderno. Para esto, la historia de la salubridad y asistencia y de los hospitales fueron importantes para el acercamiento a dicha temática.

La institucionalización de la medicina transformada en medicina social, obligó a la búsqueda de fuentes que contextualizaran a la medicina en el marco modernizador, desde su participación en materia de salud pública hasta la paulatina formación y consolidación de las especialidades, entre ellas la ginecobstetricia. La vinculación de la medicina pública con las políticas sociales pudo percibirse en los textos médicos con datos afines estableciendo de esa manera paralelismos.

Para justificar el modelo de género y la importancia del cuerpo femenino en el proceso institucionalizador de la medicalización femenina se acudió a bibliografía específica sobre el cuerpo e historia general de las mujeres, tanto en el ámbito nacional como en el internacional generada en las últimas décadas del siglo XX a manera de contextualización. Con esto se pudo conocer el uso y función del cuerpo como construcción social y la importancia de la maternidad como prioritaria en materia de salud, como razón de Estado y práctica médica. Asimismo la incipiente atención a la salud de la mujer previa a su institucionalización, en un marco de higiene y salud pública.

En este contexto, fue indispensable escudriñar en obras médicas sobre la incipientes prácticas obstétricas y ginecológicas que dieron lugar a la medicalización femenina institucionalizada en un especialidad médica y con

ellas la apropiación del cuerpo femenino sustituyendo a las parteras y comadronas tradicionales.

La hemerografía, integrada por revistas médicas de ginecología y gacetas permitió la obtención de datos sobre el pensamiento médico en el marco institucionalizador y los propios cambios que se estaban generando en la disciplina. La revista FEM fue un referente para comprender la práctica ginecológica ya institucionalizada.

Finalmente, el trabajo de archivo específicamente en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud condujo a la revisión de fuentes primarias como decretos, acuerdos y reglamentos en materia de salud. Los boletines del Departamento de Salubridad Pública y de Asistencia Pública, memorias de la SSA, informes de labores de diversas instituciones médicas entre ellas el Hospital Morelos y el “Dr. Jesús Alemán Pérez” precursores del Hospital de la Mujer constituyeron fuentes valiosas para reconstruir esta porción del pasado y así analizar, comprender y explicar el proceso por medio del cual la salud femenina fue institucionalizada en un hospital público y depositario de una especialidad médica: la ginecología. De igual manera, estas fuentes dieron luz para explicar la gestación, desarrollo y consolidación de un hospital diseñado como moderno y sede de políticas sociales como la atención materno- infantil propia del período con la atención moderna del parto. De la transición de un viejo hospital porfiriano para mujeres surgió un nuevo Hospital de la Mujer. Actualmente en funciones para “beneficio” de la salud femenina.

Capítulo 1

Políticas sociales, medicina pública y salud de la mujer.

1.1 La modernización en México. Siglo XX.

Cuando concluye un conflicto armado independientemente del tipo que fuere (invasión o guerra civil) le sigue un período de reconstrucción plasmado en un nuevo proyecto de nación y con ello la restauración del orden social.³³

El proyecto de nación surgido de la Revolución pretendió cristalizar los postulados emanados de la Constitución de 1917 con miras a conformar un Estado fuerte. Dichos postulados políticos, económicos, sociales y culturales fueron desarrollándose paulatinamente en el transcurso de los siguientes cincuenta años.

A partir de la década de los años veinte hasta los años setenta del siglo XX fue gestado y desarrollado un modelo económico que llevó a México hacia una carrera modernizadora buscando un lugar en el concierto internacional como país autosuficiente en todos los ámbitos. De esta manera, la unidad nacional y el nacionalismo fueron exacerbados hacia el logro de este objetivo. En primer lugar, dentro del orden político tuvo lugar la unificación de las diferentes facciones revolucionarias conformando un partido único. El Partido Nacional Revolucionario creado en 1929 fue el antecesor del Partido de la Revolución Mexicana de Cárdenas y del actual Partido Revolucionario Institucional fundado en 1947. Con Miguel Alemán tuvo lugar la corporativización de todos los sectores productivos de los cuales el Estado se convirtió en rector, donde la democracia, el pueblo y la justicia social se convirtieron en banderas políticas y sociales y nuevas formas de control social. El desarrollo institucional fue fundamental para el nuevo proyecto nacional.

³³ Cabe señalar que este proyecto de nación contiene algunos elementos heredados de los anteriores regímenes políticos (México Independiente y Porfiriato) tales como una pretendida democracia en lo político, la primera ola modernizadora y el acelerado crecimiento económico. En el aspecto social en cuanto a beneficios populares se refiere, no se logró mucho, sin embargo, en este proyecto fue incluida la “Justicia Social” concepto emanado de la Revolución basado en políticas sociales, como forma de legitimar el nuevo Estado, emprender la carrera progresista e industrializadora y así poder hacer consenso a nivel internacional como país “civilizado”.

Carlos Monsivais señalaba que “lo distintivo del período era la relación del proceso industrial y político con la idea de un país distinto ya no tradicional pero aún no moderno”.³⁴ Por otro lado, Carlos Martínez Asad señaló con respecto al sistema político que era un “gobierno de ruptura con el anterior y de transición hacia el México nuevo y moderno, el México del ascenso económico, de los nuevos ricos, de quienes exhiben su opulencia en carros norteamericanos ultimo modelo, el México de las novelas de Luis Spota, de María Félix, y el Escuadrón 201, el México de la Unidad Nacional..... donde el nuevo presidente -Ávila Camacho- promete gobernar para todos, gobernar sin particularismos, unidad nacional, fin del egoísmo, del odio, la discordia que se apoya en mentiras para remplazarlas `por valores sustentados en la moral, a fin de que los grupos humanos, las clases sociales y las naciones puedan conseguir la unificación y la solidaridad”³⁵

Se trató de un México convulso en un contexto de guerra internacional-la segunda Guerra Mundial- el que dicho evento obligó a pregonar la unidad nacional y alianza con los Estados Unidos. En su doble moral, la sociedad y por tanto sus dirigentes se modernizaron, adoptando el modelo consumista estadounidense y para justificarse viró hacia al pueblo con políticas sociales en una coyuntura que favoreció el crecimiento económico.

En la década de los cuarenta, una vez que se logró esta estabilidad política se inicia un veloz crecimiento y diversificación de la economía.³⁶ Con el desarrollo económico alimentado por la industrialización durante los treinta años de auge, continuó pugnándose por la unidad nacional y el nacionalismo. Elsa Gracida señala que dicho desarrollo económico tuvo 2 etapas. La primera fue de 1940-1950/1954. La segunda de 1950-1954 a 1965/1970.³⁷ Claro está que este crecimiento económico estuvo favorecido en parte por acontecimientos políticos y económicos a nivel internacional como es el caso de la Segunda Guerra Mundial -1939-1945- y la Guerra de Corea -1953- en

³⁴ Carlos Monsivais, “Sociedad y Cultura” en Rafael Loyola (coordinador) *Entre la guerra y la estabilidad política.....*, *Op.Cit.* p. 269.

³⁵ Carlos Martínez Asaad, “El cine, como lo vi y como me lo contaron” citado en José Emilio Pacheco en “Crónica de Salvador Novo” *La política en México durante el gobierno de Manuel Ávila Camacho*, México, Empresas Editoriales, 1965, *Ibidem*, p 340.

³⁶ Lorenzo Meyer, “La Encrucijada” en *Historia General de México*, vol.2, México, Colegio de México, México, p.1275.

³⁷ Elsa M. Gracida. *El Siglo XX Mexicano. Un capítulo de su historia, 1940-1982*, México, UNAM, Facultad de Economía, 2002, p.31.

las cuales se vio involucrado nuestro vecino país del norte, socio comercial de México en cuanto a importaciones y exportaciones de productos básicos y manufacturados.

En la primera etapa de 1940-1954, fueron proyectadas a nivel interno una serie de medidas políticas y económicas dirigidas a una economía doméstica tales como las previas reformas estructurales del Cardenismo (agrarias, mineras y petroleras), la instituciones ya creadas pero no consolidadas, el marco legal protector del mercado interno, el impulso a las manufacturas, la sustitución de importaciones y el apoyo a la inversión privada, integrada por actores económicos con quienes se establecieron alianzas políticas. La nueva clase media con fuerte raigambre porfiriano retomó el control económico y político, olvidado o perdido en los períodos anteriores.

“Los desajustes internacionales inducidos por la guerra determinaron la reformulación de prioridades del desarrollo económico del país”³⁸. De ahí que se prefirió industrializar, rumbo ya visualizado en las políticas públicas desde el Cardenismo. Una vez terminada la guerra, Estados Unidos convertido en el nuevo centro hegemónico capitalista reformuló su modelo de desarrollo acorde a su economía estancada por la guerra reanudando su producción industrial. Una vez abastecido su mercado interno el excedente fue exportado a países de América Latina entre ellos México. Los Estados Unidos no solo habían superado “por fin los efectos de la crisis de los años treinta, sino también incrementan su capacidad productiva a niveles superiores a los previos a ésta”³⁹ Con esto, fue reanudada la competencia en desventaja para México ya que “el desorden del comercio mundial acarrea serios problemas a la economía doméstica, entre ellos los relacionados con las crecientes dificultades para colocar las exportaciones en los mercados europeos y para adquirir manufacturas en el extranjero”⁴⁰

Manuel Gollás refiere que no obstante la difícil recuperación económica, hasta 1930 “se dio expansión del sector manufacturero y comercial estimulado en parte por la transferencia del capital de las zonas rurales a las urbanas iniciándose a partir de ahí una rápida expansión económica, implementándose

³⁸ *Ibidem*, p. 32

³⁹ *Ibidem*, p.47

⁴⁰ *Ibidem*, p. 32

políticas económicas para el futuro desarrollo”⁴¹, situación presente en los países latinoamericanos. La aceleración del crecimiento demográfico se explicaba en parte por la drástica disminución de la mortalidad de alrededor de 25 por 1000 en los años veinte, hasta alrededor de 8 por 1000 en 1975, propiciando “desequilibrio en los mercados de trabajo y presiones sobre los recursos del país”.⁴² “Para 1940, los objetivos generales de la política económica se había encaminado a la construcción de infraestructura física a carreteras, ferrocarriles, telecomunicaciones, etc., y a la producción de electricidad, hidrocarburos y obras hidráulicas para asegurar al sector privado un suministro de insumos baratos”, así, “la política económica se orientó por ésto a estimular la inversión privada con el proyecto de crear y fortalecer la industria y la agricultura comercial”.⁴³

Bizberg señala asimismo con respecto al corporativismo citando a Touraine que el sistema político mexicano no fue ni presidencialista ni autoritario sino más bien nacional- popular, cuyo desarrollo fue en base a la integración de las fuerzas populares, por tanto el autoritarismo es solo una forma que adoptó “como consecuencia de que el Estado es el único actor capaz de fusionar las principios nacional y popular”⁴⁴ y que dicho régimen “adoptó un proyecto de desarrollo económico y social nacional, que debía servir para integrar al pueblo en el sector moderno que se proponía construir. En el caso mexicano, este proyecto se sustentó en una alianza entre el Estado que buscaba un desarrollo nacional integrador y los sectores populares organizados”.⁴⁵

La segunda etapa de 1954 a 1970 fue el proceso de consolidación industrial en el cual casi de manera paralela se empezó a vislumbrar la crisis por el agotamiento del modelo. Fue el proceso por el cual la sociedad mexicana se industrializó, siendo la industria manufacturera el motor principal.

Dicha industrialización acentuó la desigualdad y pauperización social existente desde décadas anteriores enmarcada dentro de un contexto de

⁴¹ Manuel Gollás “Breve relato de 50 años de política económica” en Ilán Bizberg y Lorenzo Meyer, *Una Historia Contemporánea de México. Transformaciones y permanencias*, México, Océano, 2003, p. 223-237.

⁴² *Ibidem*, p. 230.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Ilán Bizberg, “Auge y decadencia del corporativismo” en Ilán Bizberg y Lorenzo Meyer, *Una Historia..... Op. Cit.* p. 313.

⁴⁵ *Ibid.*

analfabetismo, insalubridad y pobreza, factores presentes en la mayoría de la población. El acelerado proceso de industrialización en detrimento del sector agrícola propició el crecimiento de los centros urbanos por la migración rural. Según los censos de 1940-1970, en 1940 la ciudad de México tenía 19 654 000 de habitantes, en 1950 25 791 000, en 1960 34 923 000 y en 1970 48 313 millones o sea que en treinta años casi se triplicó la población.⁴⁶

Se iniciaba el crecimiento demográfico por la política pronatalista del periodo. El éxodo a las ciudades por la industrialización permitió la paulatina concentración de población en las áreas urbanas y por tanto mayores necesidades en salud. La población campesina no calificada quedó fuera de los servicios de seguridad y a merced de la indigencia. Sobre decir que la asistencia pública tuvo como finalidad “la tutoría y la protección de los grupos socialmente débiles”⁴⁷ como una “obligación cívica..... para proteger a la población menesterosa para garantizar la integridad de la nación y la paz social”⁴⁸ población indigente que crecía día con día.

Por su parte Salvador Zubirán médico del período decía que el pueblo mexicano además de ser pobre era un pueblo enfermo quien resumió la situación del país en materia de salud como “carencia de hospitales en los estados, poco apoyo del Estado a necesidades sociales y la orientación moderna”. Para él la institución era “un organismo funcional técnicamente concebida y llevada dentro de un rígida disciplina.”⁴⁹ La institucionalización de la medicalización femenina referida a nuestro presente, es el proceso por medio del cual las diversas prácticas médicas referidas a “la salud de la mujer” son formalmente estructuradas y normadas como parte de una especialidad, dentro de un órgano o institución sea público o privado.

En 1940 la gente no podía pagar un médico ni medicinas. En el área rural existía falta de comunicación y poblados dispersos dificultando la atención médica, por tal se debía trabajar protegiendo al débil social e “invalidado física y moralmente..... ya sea por condición económica o por estados patológicos, que no cuente con los medios para su recuperación a las

⁴⁶ Lorenzo Meyer, *Op. Cit.* p. 1275

⁴⁷ José Álvarez Amézquita, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia*, tomo III, México, SSA, 1960, p.580.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 582.

⁴⁹ Citado en *ibidem*, p. 591.

filas de los individuos que, procurando su propia satisfacción, coadyuva en la función de engrandecimiento del Estado”⁵⁰

La clase obrera incrementada por la industria se vio favorecida con una serie de prestaciones sociales y laborales incluyendo la salud, insertas en un régimen de seguridad social por medio del naciente Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS- creado en 1943. La burocracia surgida del incremento de las instituciones fue insertada en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) creado en 1959 con similares prestaciones que el IMSS, ambos producto de pactos sociales realizados por el Estado con organizaciones obreras y sus trabajadores en solidaridad nacional y como contribución al orden y paz social.

La continua migración del campo a la ciudad en busca de mejores oportunidades de vida, propició el incremento de la mendicidad y otros problemas sociales tales como el alcoholismo y la prostitución en grupos que no alcanzaron un mejor nivel de vida dentro del proceso moderno, considerados marginados y débiles sociales, responsables de los problemas sociales y como obstáculos para el proyectado progreso, entre los que se encontraron las mujeres o no se incluyeron en el emergente sistema de seguridad social. Asimismo, la política pronatalista emprendida desde los años veinte empezó a rendir frutos, aun así se siguió fomentado la protección de la madre y del niño como política de Estado, posición apoyada por la Iglesia Católica una vez reconciliada con el Estado después de la Cristiada. Muestra de esto fue la amplia participación de la Iglesia dentro de la iniciativa privada y el carácter moralista de la sociedad mexicana de la época.

Los gobiernos de Adolfo Ruíz Cortines y López Mateos intentaron mitigar un tanto la desigualdad económica y social existente, propiciada por la industria y las protestas de ciertos grupos de trabajadores sindicalizados (maestros, ferrocarrileros, electricistas y petroleros entre otros). En la década de los cincuenta y primera mitad de los sesenta el modelo empezó a hacer crisis, seguido de endeudamiento externo, aún así, López Mateos logró salvar la economía retomando la consabida unidad nacional, permitiendo el ingreso del capital extranjero y ampliando la protección social a los grupos

⁵⁰ *Ibidem*, p. 604.

marginados. Aunque hubo acelerado crecimiento económico, existió desigual distribución del ingreso y baja del poder adquisitivo en las clases populares. Contrariamente, los capitales fueron concentrados en la elite industrial.

En el campo de la cultura se dio un renacimiento cultural fomentado en todos los rincones del arte, desde la literatura, la música, la pintura, la arquitectura, el cine, etc., considerando la coyuntura política y económica. Dichas manifestaciones culturales de alguna manera, dieron legitimidad al régimen en su pretendida lucha por la unidad nacional y el exacerbado nacionalismo plasmado en todos los ámbitos, cuyos exponentes coadyubaron a conformar la cultura mexicana del período y con ello la identidad nacional.

Para el Estado las instituciones fueron fundamentales para el desarrollo económico apoyadas en los postulados emanados de la Revolución.

Durante cincuenta años se trató de conformar un México dirigido a la modernidad teniendo como única arma a la industria en su anhelo por situarse como país de primer mundo. La atención a las necesidades de salud de la población no pudieron ser eludidas por la amenaza social que ésta representaba, por tal, los médicos antes oficiantes de la medicina privada convirtieron su práctica en pública por las ventajas que de ello obtuvieron.

1.2 La medicina social.

La medicina en México hasta la década de los cuarenta fue predominantemente privada alejada parcialmente de las políticas sociales. Con la institucionalización de la salud tuvo que adaptarse al monopolio estatal preocupado particularmente por el niño y por consiguiente de la madre, así como de la salud pública en general. De esta manera, las elites médicas congregadas en asociaciones o academias se convirtieron en asesoras para el mismo Estado en materia de salubridad y asistencia pública. Asimismo, las instituciones de salud especializadas consideradas de vanguardia y las no especializadas requirieron de la formación de recursos humanos especializados en todas las ramas del saber médico. Es decir, la institucionalización de la salud por medio de la SSA a partir de 1943 motivó la transformación de la medicina tradicional en medicina social con carácter público.

La medicina institucional en 1969 fue definida como “aquella forma de conocimientos puros y aplicados de la medicina que obtiene y practica un conjunto de medidas generales y especializadas, coordinadas y cooperantes dentro de una institución oficial que debe perseguir como fin la salud de la comunidad, al poner al alcance de todas las clases sociales, las tres modalidades médicas principales -preventiva, paliativa y curativa-“.⁵¹

Por otro lado, la medicina social “es el conjunto de conocimientos y habilidades destinadas a prevenir y curar teniendo en cuenta las relaciones humanas y las situaciones sociales que causan, condicionan o por consecuencia enfermedades o accidentes”⁵²

Según Thomas Mckeown la medicina social tiene dos significados, uno amplio y otro más preciso.

En el sentido amplio “medicina social es una expresión de la tradición humanística en medicina, y la gente frecuentemente ve en ella cualquier interpretación compatible con sus propias aspiraciones e intereses. Así puede ser identificada como la atención humana a los pacientes, la prevención de enfermedades, la administración de servicios médicos; a decir verdad, con casi cualquier materia del amplio campo de la salud y el bienestar”. En un sentido restringido “la medicina social se ocupa de un cuerpo de conocimientos, y de métodos para adquirir conocimientos pertinentes para una disciplina”.⁵³

Es la respuesta de los círculos médicos y su contribución al llamado de la modernidad concretando la asociación entre la medicina pública y el Estado dando al médico ejercicio profesional, jerarquía y rango,⁵⁴ bondades pregonadas por la medicina social así:

La medicina institucional empezó a adquirir sus cartas de legitimidad en el momento en que se empezó a desarrollar una medicina ampliamente socializada, pues se trataba de un campo que por la magnitud y complejidad de los recursos que exigía, no podía ser incursionada por la medicina particular. Al mismo tiempo, con el desarrollo de una monumental infraestructura, el Estado empezaba a presentarse ante la población como

⁵¹ Leopoldo Aguilar García, *Medicina Social y Medicina Institucionalizada en México*, México, Costa-Amic, editor, 1969, p.111

⁵² *Ibidem*, p. 285.

⁵³ Thomas Mckeown, Cr. Iowe, *Introducción a la Medicina Social*, traducción de Rutilo Riestra, México, Siglo XXI editores, 1989, p. 91

⁵⁴ Carlos Véjar Lacave, “Medicina Tradicional y Medicina Socializada” en *Gaceta Médica de México*, tomo LXXXVIII # 12, octubre 1958

el agente más capacitado para abordar los servicios de asistencia médica que el país desarrollaba en forma creciente⁵⁵

La medicina social fue instituida cuando la SSA monopolizó la salud del pueblo mexicano, aunque existe una línea muy tenue entre ésta y la medicina institucionalizada que puede prestarse a confusión.

Las elites médicas formadas durante el Porfiriato dentro de un estricto orden moral, representativas de las clases económicamente altas y ahora insertas en el nuevo proyecto de nación fueron las responsables de la aplicación de la justicia social, de la pretendida formación del nuevo ciudadano, de la utilización del cuerpo de la mujer y su institucionalización en una práctica médica. La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) creada en 1943 concretó estas aspiraciones de la medicina moderna convertida en medicina social. Con dicho proceso de socialización de la medicina se pretendió hacer llegar el apoyo médico a todos los sectores de la población, especialmente a los más desprotegidos por medio de las instituciones de salud.

El camino hacia la medicina moderna tuvo su despegue a partir de la segunda década de los años cuarenta del siglo XX. Es con el nuevo proyecto de nación que la medicina predominantemente privada estableció pactos con el nuevo Estado, de colaboración, apoyo y mutua dependencia. Mientras que el Estado necesitó al médico en el caso de epidemias, regulaciones sanitarias y laborales, la medicina requirió del Estado por su autoridad y financiamiento. El Estado necesitó de la medicina por los cambios demográficos y situaciones epidemiológicas y por los cambios en los estados degenerativos que interfieren en el trabajo, acordes con el propósito del Estado y la “industrialización de la medicina” como “grandes negocios”. En el periodo, los hospitales fueron necesarios para la institucionalización de la salud.

Marcos Cueto anota que los hospitales latinoamericanos de manera general, fueron de beneficencia, administrados por organizaciones de caridad semi privada que recibían subsidios de los gobiernos, sin conexión formal con las escuelas, sin embargo el hospital fue usado para la enseñanza universitaria

⁵⁵ Enrique Moreno Cueto et al, *Sociología e Historia de la Salud en México*, México, IMSS, 1982, p.90

cuyas cabezas fueron usualmente profesores en las escuelas médicas.⁵⁶ El desarrollo de la economía tuvo que ver con el desarrollo de la medicina moderna así como el deseo de construir instituciones de elite que pudieran entrenar líderes. Sobre la presencia de la Fundación Rockefeller en Latinoamérica Cueto señala que los objetivos de esta fundación eran el formar una elite prioritaria de médicos que fungieran como inspectores sanitarios primero y después como médicos entrenadores de nativos y curadoras, así como la profesionalización del modelo, promoviendo el desplazamiento de practicantes nativos. Dicho modelo no era extensivo a la población rural sino que era propio de las ciudades.⁵⁷ La medicina latinoamericana era considerada por esta fundación como atrasada, cuyas sugerencias iban encaminadas a la consolidación de las nuevas ideas y prácticas científicas en el tercer mundo.⁵⁸

En 1913 a 1940 la Fundación Rockefeller con gran presencia en Latinoamérica era dirigida por su propio personal concretando la salud pública y el control de epidemias. Entre 1940 y tempranos sesentas, la Fundación hizo énfasis en la educación científica por medio de la investigación individual en instituciones reconocidas, la cual otorgó numerosas becas de estudio en universidades estadounidenses. Dicha medida respondió al auge del comercio mundial en el que los Estados Unidos jugaban el rol principal en el mundo económico. Después de la segunda Guerra Mundial, el interés por la investigación fue mayor, reforzando su hegemonía en Latinoamérica y aprovechando los desajustes que la conflagración ocasionó en el continente europeo. Con la guerra, los estudiantes de medicina no pudieron graduarse en Europa, como sucedía en las décadas anteriores, por lo que las nuevas escuelas médicas tomaron como modelo el estadounidense.⁵⁹

Con la institucionalización de la salud, el Estado vio en la medicina una utilidad pública. Por otro lado, “los avances médicos podrían contribuir económicamente al progreso y, por lo tanto hacia el Estado de Bienestar general”.⁶⁰ Es cuando las clases ascendentes de México tomaron al poder, con las esperanzas de un futuro mejor, sustentado en un proceso de

⁵⁶ Marcos Cueto, ed. *Missionaires of Science. The Rockefeller Foundation and Latinamérica*, USA, Indian University Press-interior, 1994, p. 11.

⁵⁷ *Ibidem*, p. 16

⁵⁸ *Ibidem*. P. 18

⁵⁹ *Ibidem*, p. 127-128.

⁶⁰ Daniel M. Fox, “Medical Institutions and the State” en Bynum Williams F, *Op. Cit.* p. 1221.

modernización, industrialización e impulso económico. La valía de dichos grupos fue “que se enfrentaron a todas aquellas corrientes que se resistían a la transformación y se orientaban al mantenimiento del existente, a la conservación de lo tradicional”⁶¹. Sin duda, esta dualidad entre moderno y tradicional, se vio reflejada al proporcionar la asistencia y el compromiso del Estado por los necesitados. La nueva moral fue promovida por el orden social surgido de las clases medias y altas. Sin poner en duda la buena voluntad en estas políticas, el discurso médico contribuyó en gran medida a ello, al considerarse “los representantes de la ciencia”⁶²

La transición de la medicina tradicional a una moderna fue el resultado de la reestructuración política económica y social en función del nuevo proyecto de nación emprendido en los años veinte retomando el concepto de asistencia moderna en el cual fueron definidos los objetivos y la forma de ésta, como una ayuda impartida a quienes lo requiriesen por su situación de desamparo temporal o desesperada.⁶³ La asistencia fue reiterada como una protección que el Estado junto con la medicina dio al pueblo, cuya situación social era más que desamparo, marginación.

La Asociación Mexicana de Ginecobstetricia (AMGO) promovió y fomentó la atención a la madre con ciertas restricciones éticas. Al respecto, en 1957, en pleno período moderno, el doctor Antonio Sordo Noriega profesor de la Clínica de Obstetricia de la Facultad de Medicina y miembro de dicha asociación, apoyó con firmeza la política pro natal quien se manifestó en contra del control natal al que consideraba el triunfo de la materia sobre el espíritu, donde el hombre se animalizaba y se convertía en esclavo del placer, con problemas al organismo femenino y específicamente al aparato genital, asimismo excitación sexual repetida, fatiga al sistema nervioso que le llevaba a trastornos variados del histerismo. En el plan familiar favorecía la infidelidad conyugal y la fractura de la familia y si no existían hijos, consecuentemente se daba el desquiciamiento moral de la sociedad cuyo eje era la familia. Para tal efecto recomendaba la incontinencia sexual periódica dentro del matrimonio

⁶¹ Elsa Muñiz, *Cuerpo, Representación y Poder. México en los Albores de la Reconstrucción Nacional, 1920-1934*, México, UAM, 2002, p. 15

⁶² *Ibidem*, p.26

⁶³ Guillermo Fajardo Ortiz, *Breve Historia de los Hospitales en la ciudad de México*, México, Sociedad de Historia y Filosofía de la Medicina, Asociación Mexicana de Hospitales, 1980, p. 76.

con mutuo consentimiento de la pareja. El doctor Noriega reiteraba que el control natal es un “homicidio prematuro”, aun cuando se iniciaba la ligadura de trompas, practicada a trasmano, como forma de regular la incipiente alza demográfica.⁶⁴

La invitación que hizo el doctor José Álvarez Amézquita jefe de la Dirección de Asistencia Médica en el sexenio de Miguel Alemán (1946-1952) a los futuros médicos para su incorporación al padrón médico de la SSA, reflejó un cambio en la práctica médica y de cómo dicho cambio tendió a ser asimilado, convirtiéndose así en colaboradores y empleados de la medicina estatal. El discurso médico pregonó la medicina social inserta en los principios morales de la época, argumentando que “uno de nuestros más grandes adelantos es el de poner los conocimientos médicos y quirúrgicos a través de los hospitales al servicio de la sociedad, a diferencia de la antigüedad en el que el médico vendía su labor atado al que podía pagarle y nadie atendía al económicamente débil”.⁶⁵

El doctor Ignacio Chávez en 1951 reiteró que la medicina es “una ciencia que en la época actual se ha desarrollado enormemente.” La medicina clínica como un instrumento al servicio inmediato de un enfermo y escudo de defensa de la salud colectiva, a la par con los adelantos médicos.⁶⁶ Para esto, es requerida una estricta selección de los futuros médicos, de tal manera que sólo sean admitidos en las escuelas de medicina a los aptos, a los preparados, a los mejores, con “una formación humanista, donde exista en ellos capacidad para el trabajo, educación científica y cultura humanista, incluyendo especialmente el manejo de una o dos lenguas extranjeras, capacidad física, calidad moral, además estudio, vocación y aptitud” para la carrera⁶⁷. Sin duda un médico perfecto para dar el ciudadano perfecto en un ideal de sociedad perfecta con un espíritu científico y positivista, “que no se vea

⁶⁴ Antonio Sordo Noriega, “Algunos problemas de ética en Ginecobstetricia” en Revista de Ginecología y Obstetricia, volumen 12, mayo-agosto-noviembre-diciembre, Facultad de Medicina, UNAM, 1957, pp 319,321.

⁶⁵ José Álvarez Amézquita, tomo 2, *Op. Cit.*, pp.535, 555.

⁶⁶ Ignacio Chávez, *La evolución de la medicina y la formación profesional de los médicos*, México, Departamento de Acción Social Universitaria, 1951, p. 35.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 19

solo al órgano enfermo sino al hombre en toda su integridad, de sufrimiento del cuerpo y el espíritu”.⁶⁸

El doctor Alfredo López de Nava en su discurso de toma de posesión como presidente de la AMGO en 1959 se refirió a esta asociación como “una institución de que donde quiera que haya una mujer que amerite atención, haya un médico con conocimientos especializados capaz de impartírsela puesto que “la mujer es el alma de la Patria”⁶⁹

Esta década siguió siendo crucial para la medicina social e institucionalizada, al menos en el Distrito Federal ya que se continuó con el exacerbado nacionalismo, la ola modernizadora y la consiguiente especialización. El perfil y la labor del médico fueron exaltadas e insertas en una cobertura social, así como la necesaria capacitación y especialización. No obstante, la tutoría médica en esta década seguía siendo el camino para convertirse en especialista. Sobre este punto el doctor Ignacio Chávez rector de la Universidad señaló en 1963, que de 18 mil a 20 mil médicos que existían en el país, de 12 mil a 15 mil no se habían actualizado o especializado, por tanto era necesaria una “campaña” educativa para los médicos, tal como lo requería la medicina moderna.⁷⁰

El mismo doctor Chávez, abanderando el nacionalismo de la época y exhaltando la medicina social señaló que “desgraciadamente grandes sectores de nuestra sociedad desconocen aun que participar en la tarea del gobierno, es labor honrosa afín a la más elaborada jerarquía, porque la colectividad patria nos brinda el mejor campo de trabajo, el mejor campo de acción para concretar en la realidad los principios morales básicos de nuestra civilización”.⁷¹

En 1966 esta tendencia fue continuada. El doctor José Manuel Sainz Janini reiteró que “un paso trascendental en el ejercicio de la medicina fue sin duda la medicina institucional” y “no debemos caer en la confusión de creer que la medicina institucional es sinónimo de medicina burocrática y solo la

⁶⁸ *Ibidem*, . p. 35

⁶⁹ Revista de Ginecología y Obstetricia , volumen 13, 72-76, I-443, enero-octubre 1958 Facultad. de Medicina, UNAM p. 316.

⁷⁰ Citado en Pedro Ramos y José Manuel Álvarez, “Educación continua”, en Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, vol. 8- I- 6, 1966, p.55.

⁷¹ *Ibid.*

madurez de un verdadero criterio institucional es lo que puede defendernos de los peligros de la burocratización”.⁷²

La medicina institucional fue sin duda un avance hacia la medicina social no comprendida plenamente por la elite médica. No obstante se alinearon y defendieron en aras de la ciencia y su bolsillo. Sin embargo, existió escepticismo sobre este tipo de medicina y su creciente especialización, insertada en un sistema burocrático y alejada paulatinamente de los altos valores médicos pregonados de la época. En la actualidad, la medicina especializada y burocrática concretó este escepticismo.

Michael Foucault respecto a la medicina moderna y sus ejecutores donde se encontró inserta la asistencia, definió a ésta última de una manera muy peculiar. Refiere que la nueva medicina fue compatible con los principios del liberalismo donde la necesidad de protección social deriva de la riqueza contra la pobreza, la protección de los ricos contra los pobres. Es decir, reducir la indigencia para disminuir un riesgo social. Esta nueva escuela requirió de intermediarios calificados por medio de los cuales el pueblo pudiera sentir los beneficios de la verdad. De tal manera que la familia estuvo ligada al desdichado por un deber natural de compasión y la nación a él por un deber social y colectivo de asistencia⁷³.

En los años sesenta se continuó enaltecendo las bondades de la medicina moderna, señalando que la grande y verdadera medicina “es el arte científico de conservar la salud física y espiritual devolviendo a quien la hubiera perdido y siendo la ciencia de la vida y del bienestar, su misión es investigar, enseñar y además pugnar por la mejoría del hombre”, la cual a veces no cura físicamente, pero sí virtualmente consuela.⁷⁴

La Academia Nacional de Medicina, máximo órgano rector de los médicos data del siglo XIX específicamente de 1836. Esta corporación médica, desde los inicios de la modernización en materia de salud, de inmediato se alineó con los planes y programas estatales. En la década de los años cincuenta fue definida según sus bases constitutivas como

⁷² José Manuel Sainz Janini “ Primera Jornada Médica Nacional. Conferencia Institucional” en Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, vol. XI No. 4, julio-agosto, 1968, p. 58-61

⁷³ Michael Foucault, *El Nacimiento de la Clínica*, México, Siglo XXI, 1981, pp.124, 106,66.

⁷⁴ Palabras del doctor Conrado Zuckerman, Jefe de Servicio A del IMSS y ex catedrático del Instituto Politécnico Nacional citado por Humberto Lazo de la Cerna en *La Medicina Social en México*, México, IMSS, 1966, p. 29-30

una corporación científica consagrada al estudio y a la investigación en el campo de la medicina como órgano consultivo que es del gobierno de la nación. Se ocupa además de resolver las consultas que éste le haga sobre asuntos que son de su competencia. Realiza por último actividades médico sociales en beneficio de la comunidad⁷⁵.

Cabe reiterar que con esto, las asociaciones, academias y hasta las universidades fueron alineadas, retomando el concepto de medicina social, prestándose a la sensibilización y capacitación del personal idóneo ante el cambio que se avecinaba.

El desarrollo de las especialidades médicas fue referido como “una rápida acumulación del saber médico, la concentración de enfermos en los hospitales y del deseo de convertir a la medicina en ciencia”⁷⁶ presentes en la salud institucionalizada. A la anterior aseveración podría agregarse el deseo de los médicos de incrementar o conservar el estatus político y económico detentado tiempo atrás dentro de los cambios presentados.

Con la institución de la SSA a la par, se establecieron las residencias médicas hospitalarias camino hacia la especialización. La puesta en marcha de las especializaciones obedeció además de la corriente modernizadora y a la falta de preparación del personal de salud requerido. En la mayoría de los servicios predominó el empirismo, así como “deficiente liderazgo científico” y personal experto, aunado a la carencia de recursos para enfrenar las necesidades.⁷⁷ Los pocos médicos especializados que existían antes de 1940 y aun en la siguiente década poseían de manera general títulos emitidos en el extranjero, concentrados en las ciudades. En el área rural seguía existiendo el médico general denominado también familiar, cuyos diagnósticos y tratamientos eran realizados de manera holística y ajeno a esta corriente. Para el ejercicio de la medicina especializada en diversas áreas, solo se requería práctica y experiencia en cierta área por tres años para que los médicos fueran

⁷⁵ Francisco Fernández del Castillo, *Bibliografía General de la Academia Nacional de Medicina (1836-1956)*, México, Editorial Fournier, 1959, p. 9

⁷⁶ Federico Ortiz Quezada, *Historia del Pensamiento Médico*, México, Mc Graw-Hill Interamericana, 2002, p. 186.

⁷⁷ Guillermo Fajardo Ortiz, *Op. Cit.* P. 83.

reconocidos como tales. Situación similar guardaban las enfermeras, y el resto del personal adscrito.⁷⁸

Una de las primeras especialidades médicas fomentada en la década de los cuarenta fue sin duda la ginecología. Surgió como un concepto de atención médica a la salud materna en primer lugar, la atención de las enfermedades infectocontagiosas después, con prioridad a la sífilis, de la cual la mujer era la portadora y principal fuente de contagio y, al cáncer del cuello uterino y mamario.

Aún cuando se pugna por las especialidades médicas, el auge y reconocimiento a nivel universitario fue hasta la década de los setenta, como fue el caso de la ginecología en el Hospital de la Mujer. Antes del período, existían Colegios de Graduados cuyo título de especialistas fue otorgado y avalado sea por las viejas instituciones médicas o de vanguardia; por la Academia Nacional de Medicina o las academias y asociaciones recién creadas. La Academia Nacional de Medicina data del siglo XIX, la Asociación Mexicana de Ginecología de 1945. Otras asociaciones que albergaron y agruparon a la elite de especialistas a futuro se fueron conformando.

Desde la segunda mitad del siglo XX fue impulsada la formación de médicos especialistas en función de las necesidades sanitarias y políticas estatales tales como pediatras antes puericultores, especialistas en nutrición infantil, en higiene y salud pública, oncólogos, neumólogos, cardiólogos y ginecólogas entre otros.

La ginecología nació en un contexto de doble moralidad. Un doble mensaje acompañó al discurso médico, por un lado la salud de la mujer se convirtió en el eje de la nueva especialidad, teniendo al médico como rector de su salud sin descuidar a la pura y excelsa madre, eje de la familia y núcleo de la sociedad. Por otro lado, requirió de instituciones de salud, en este caso de los hospitales para cubrir la demanda que exigía la docencia, curación e investigación médica.

⁷⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, llamado en lo sucesivo AHSSA, fondo SSA, serie Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 10, exp. 11, 1946-1952.

1.3 La salud de la mujer inserta en el proceso modernizador e institucional.

Desde los albores de la reconstrucción posrevolucionaria, las instituciones fueron esenciales para conducir este modelo de desarrollo. Sin embargo antes de 1940, la atención de la salud era proporcionada por un sector público aun deteriorado y pauperizado, contra un sector privado de medicina predominante.

Aunque en 1940 la salud de la población fue proyectada dentro de un régimen de seguridad social, en la práctica fue de tres tipos: la pública, la privada y la seguridad propiamente dicha. La medicina pública revestida de un carácter social fue la otorgada por el Estado por medio de la SSA, dirigida hacia la población socialmente débil no incluida en la recién instaurada seguridad social. La SSA, aunque fue dotada de recursos, éstos nunca fueron suficientes para cubrir las necesidades de salud de la población mexicana. La medicina privada existente desde tiempo atrás, en muchas ocasiones era oficiada por médicos que por su misma práctica eran reconocidos como tales, sin contar en muchos casos con estudios suficientes y menos título profesional. Con la medicina moderna fue acentuada la regulación de dicha práctica a solicitud de otros gremios médicos, cuyo nivel social y poder adquisitivo les permitía ir al extranjero a capacitarse. Con esto, se persiguió a los considerados charlatanes o parteras en el caso de la obstetricia. La seguridad social otorgada por medio del Instituto Mexicano del Seguro Social creado en 1943, incluyó una vasta red de prestaciones sociales incluyendo la médica. Este sistema dirigido a elevar el nivel de vida de la clase obrera organizada, contó desde el inicio con mayores recursos económicos ya que el Estado solo aportaba una tercera parte, el resto en partes iguales por el patrón y el trabajador.

En este trabajo se analizará solo el apartado de medicina pública en su modalidad de salud pública. La medicina pública luchó por medio de campañas contra padecimientos infecciosos tales como el tifo, la tuberculosis, el paludismo, fiebre amarilla, difteria, enfermedades hídricas –gastrointestinales- producidas por la falta de agua potable, así como las enfermedades venéreas y el cáncer, estas últimas atribuidas a las mujeres de “malas costumbres”.

Por su parte, la medicina social femenina con un enfoque moralista estuvo dirigida hacia mujeres “buenas” y “malas”, las primeras como baluarte nacional y las segundas como prostitutas y principales portadoras de los males venéreos. Ambas sujetas a la protección del Estado. Las primeras para dar y “mejorar la raza”, poblando con hijos sanos y, las segundas como portadoras de “males sociales” como la prostitución, mendicidad y el alcoholismo. Estas fueron las incipientes bases para la institucionalización de la obstetricia con la atención del parto y la cirugía ginecológica como solución a padecimientos femeninos entre los que se incluyeron las enfermedades venéreas y el cáncer.⁷⁹

Los prejuicios heredados del Porfiriato se retomaron en cuanto a la mujer prostituida puesto que

era una representación de lo femenino en signo negativo emanada de una concepción positivista en la que la sociedad enferma requiere vicios que encarne en seres como la prostituta que a lo largo de tres siglos conserva en esencia un carácter patológico, pero que para los años veinte se matizó con la idea de la desgraciada mujer concebida como “el ángel caído” y de los principales enemigos a vencer.⁸⁰

Katherine E. Bliss a diferencia de Muñíz retoma el término de “mujeres caídas” a las que hay que redimir. Agrega, se trató de una ideología política en la que el Estado tenía como fin el “redimir a la población mexicana de la pobreza, vicio, ignorancia, inmoralidad y corrupción, que muchos revolucionarios creyeron había plagado al país bajo la dictadura de Porfirio Díaz”⁸¹, asimismo señala que la preocupación de la comunidad reformista mexicana fue consistente con los movimientos relacionados con las condiciones sociales de modernización, derechos humanos y reformas de salud pública en la cual el nuevo orden social, requería de un nuevo orden moral fraguado por los médicos incluyendo nuevas agencias de asistencia.⁸²

Contrariamente, la buena mujer idealizada fue considerada por la Revolución como la pieza clave para la estabilidad familiar y social, cuyo

⁷⁹ Dicha postura fue manejada en el discurso médico y el estatal en el camino hacia la institucionalización de la medicalización femenina por la SSA. La protección y atención materno- infantil no fue inmune al concepto de eugenesia.

⁸⁰ Elsa Muñíz, *Op. Cit.*, p. 35.

⁸¹ Katherine Elaine Bliss, *Op. Cit.* p. 4-5.

⁸² *Ibidem*, p. 18.

papel principal estaba representado y reglamentado por su deber sagrado de ser madre. Esta sociedad moralista proyectó iniciativas para acabar con los problemas o males sociales como la prostitución, considerada causa de enfermedades venéreas y el alcoholismo, ambos responsables de la existencia de delincuentes, deformes y degenerados. “La euforia por la salud se acompañó de discusiones por el tipo racial del mexicano ideal, desde las posturas mestizófilas, hasta las propuestas eugenésicas⁸³ ampliamente difundidas en la población, posiciones encontradas, que en aras del mejoramiento de la raza encontraron puntos de comunión”⁸⁴

Sobre las ideas eugenésicas Urías Horcasitas señala que éstas se encuentran basadas en las posturas de los intelectuales porfiristas y posrevolucionarios los cuales concebían una sociedad acorde a un “pensamiento organicista” bajo la imagen de cuerpo en el que operaba un trabajo de mestizaje, a través del cual desaparecían las diferencias y divisiones⁸⁵ donde el grupo mestizo “es el único capaz de realizar el proyecto de democratización y de distribución de la propiedad”⁸⁶ Por supuesto los mestizos como detentadores de poder, pues frente a los otros grupos “ellos llevan al terreno de la ejecución todos los propósitos, ellos son los fuertes, ellos son los que mandan” .⁸⁷

Así el Estado fuerte que se constituyó en México durante el siglo XX según la misma autora, rescató la idea de pueblo unido y la nación mestiza para legitimar el ejercicio de un poder desmesurado⁸⁸ Por supuesto pensando igualmente en mejorar la raza para fines estrictamente económicos, modernos y civilizados.

⁸³ El concepto de Eugenesia según la Enciclopedia Hispánica, deriva del griego “eugenein” que significa engendrar bien, disciplina que agrupa las técnicas y conocimientos destinados a lograr un perfecto estado de salud en los recién nacidos, esto es un aspecto positivo. Dentro de lo negativo, el concepto deriva en evitar el nacimiento de seres afectados por malformaciones congénitas graves y la racial dirigida a la mejoría de los caracteres hereditarios de la raza. Vol. 6, USA, Encyclopedia Británica Publishers, Inc. 1991-1992, p. 160.

Otra definición de eugenesia según Francis Galton es “el estudio de los agentes bajo control social que pueden mejorar o determinar las cualidades raciales (heredadas) de las generaciones futuras ya sean físicas o mentales. Citado en Thomas Mckewn, Cr.. Iowe, , *Op. Cit.*

⁸⁴ Elsa Muñiz, *Op Cit.* p.40.

⁸⁵ Urías Horcasitas Beatriz, *Historia de una negación. La idea de igualdad en el pensamiento político mexicano del siglo XIX*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, 1996, p. 193.

⁸⁶ *Ibidem*, p. 199

⁸⁷ Andrés Molina Enríquez citado en *ibidem*.

⁸⁸ *Idem*.

Continúa señalando que los proyectos de modernización producto de luchas realizadas por minorías, entre ellos los médicos, entraron a la salud pública por la amenaza social que ella constituía al orden social. En el periodo posrevolucionario se trató de poner en práctica ideas de igualdad y derechos entre ellos la salud. Al acudir al pueblo, la clase política buscaba legitimización ya que modernizar fue la tarea del nuevo Estado con el deseo de transformar a la sociedad “desde arriba”.⁸⁹

Con el particular sentido que las elites tenían sobre la sociedad, los positivistas dividían a la sociedad en tres categorías : los industriales o propietarios, los proletarios o trabajadores y los parásitos o viciosos. Los indígenas “constitúan la fuerza motriz de la nueva sociedad. Es decir la sustancia misma de una nueva clase trabajadora libre de ataduras corporativas”⁹⁰ por tal había que cuidarlos y protegerlos desde niños, o librándolos de los vicios degeneradores de la raza.

Aún cuando se hablaba de asistencia como término moderno, la caridad y la beneficencia se vieron mezcladas y entrelazadas en la sociedad mexicana durante cincuenta años, inmersa ésta en su tradicionalismo. La medicina pública y la privada se conjugaron en una serie de prácticas donde las buenas costumbres fueron sinónimo de moralidad, situación que repercutió en la atención de la mujer como madre. En las ciudades, las clases medias favorecidas por el Estado colaboraron en su beneficio en la protección de los marginados, alejándolos o confinándolos en lugares específicos para su propia seguridad y confort. En las zonas rurales, como ya se dijo, se iniciaba una migración continua hacia la ciudad en busca de mejores oportunidades. Sin embargo, muchos de ellos al serles negadas se convirtieron en los marginados y débiles sociales, motivo de preocupación del Estado, el cual, presionado por las clases medias, debía proteger. Entre los grupos marginados se incluyeron a las mujeres que posteriormente serían las depositarias del paquete de la medicina pública. El impulso que se dio al crecimiento poblacional convirtió a la mujer-madre en icono sublimado y clave para el desarrollo proyectado, donde la mano de obra y fuerza de trabajo debían ser cuidadas, aún más, mejoradas.

⁸⁹ *Ibidem*, p. 77

⁹⁰ *Ibidem*, p. 168

Sobre la importancia de las clases medias en el proceso y su marcada moralidad señala Muñiz que “estas clases se apropiaron de la función y la actitud civilizada y encabezan el proyecto revolucionario de reducir el contraste entre la situación y el código de conducta de las clases dominantes y las clases dominadas”⁹¹. De esta manera se dio la formación y consolidación en las siguientes décadas de “un Estado fuerte, corporativo civilizatorio, represivo, paralelamente, la creación de una cultura genérica” con predominio del patriarcado, idóneo para tal empresa.⁹²

La clase médica integrante de las clases medias formó parte de una estructurada red estatal para hacer efectiva la justicia social, donde el hacer Patria implicó la colaboración en ser o formar al ciudadano ideal “donde existe una intensa relación entre las reglas y prácticas de la urbanidad y los deberes que la religión y la moral imponen” “con nuevas perspectivas humanas y mensaje de amor, justicia social y bondad, era como un bálsamo por las heridas causadas por la guerra, una esperanza en una nueva era”⁹³

Considerando el concepto de eugenesia imperante en el periodo, éste fue aplicado a la medicina de la mujer en su acepción positiva y negativa. En el área materno infantil, el pretender hijos sanos y sin malformaciones podría considerarse el sentido positivo, pero cuando se arremete contra la prostitución como mal causante de otros males sociales en nombre de la moral pública y pureza racial, es clara la discriminación contra la mujer, que además se ostenta de ser pobre e indígena en muchos de los casos. ¿Acaso querían hacer efectivo aquello de “la raza de bronce”?

Ahora bien, ¿En qué momento fue iniciada la institucionalización de la medicalización femenina? Fue a partir de la creación en 1943 de la Secretaría de Salubridad y Asistencia dotada de un carácter público, con la consolidación de las instituciones y la primera etapa industrializadora. En la década de los cuarenta se pusieron en marcha acciones estructuradas en programas dirigidas a la población femenina, que si bien fueron emitidas para todos los sectores sociales, en la práctica se enfocaron alrededor de la población pobre y marginada. Dichas acciones fueron referidas específicamente a la atención

⁹¹ Elsa Muñiz *Op. Cit.*, p. 15.

⁹² *Ibidem*, p. 20.

⁹³ *Ibidem*, p. 31-33

materno infantil, por medio de una vasta red de apoyos en atención médica y social tales como guarderías, comedores y dormitorios públicos, ayudas económicas, para útiles escolares entre otros, pretendiendo con ello mitigar en parte las inequidades sociales y legitimar un Estado fuerte. Asimismo se dio impulso a la alfabetización en general. Dichos programas gestados en la ciudad de México como parte del proceso institucionalizador de la salud, fueron extendidos al ámbito nacional con considerable retraso por medio de las diversas dependencias estatales que conformaron la SSA.

1.3.1 La Secretaría de Salubridad y Asistencia

La SSA fue el resultado de un proceso de atención a la salud de la población, condensando una serie de acciones aisladas por diversos departamentos desde los años veinte. Es definitivo que los cambios ocurridos en la SSA han estado relacionados con las necesidades emergentes de salud, específicamente del niño, acordes con el contexto, y retomadas de disposiciones anteriores.

El doctor Isidro Espinosa de los Reyes en 1921 al respecto decía que “la puericultura es la ciencia que tiene como fin la investigación y el estudio de las causas relativas a la conservación y el mejoramiento de la especie humana”, por tanto es necesario “estudiar las causas que degeneren la raza para que restadas, aumentemos la cantidad, y especialmente la calidad de la especie”⁹⁴

Al mismo tiempo, para efecto de combatir la desnutrición materna e infantil se establecieron comedores públicos y dotación de leche a niños lactantes. En 1926, el periódico “El Sol” anunciaba el reparto de leche gratuita a los niños pobres con el objeto de “poner coto a la espantosa mortalidad infantil que se registra”.⁹⁵

Aunque el cáncer era causa de alta mortalidad materna éste no fue atendido hasta la década de los cuarenta- cincuenta contemplado dentro de la salud materna. La fiebre puerperal incluida dentro de las enfermedades infecto

⁹⁴ Ysidro Espinosa de los Reyes, “Apuntes sobre Puericultura”, AHSSA, Boletín del Departamento de Salubridad Pública, 2a. Época, tomo 1 #1-6, México, enero-junio 1o. de 1921, p. 76

⁹⁵ AHSS, Periódico “El Sol”, 3 de junio de 1926, Boletín del Departamento de Salubridad Pública # 3, 1926, p 248-249.

contagiosas y mal de salud pública, causante en igual medida de alta mortalidad materna, no fue tratada como prioritaria en el período, no obstante paulatinamente empezó a ser contemplada y contabilizada como producto de la deficiente atención durante el embarazo, parto y post parto. Recordemos que la prioridad en materia de salud femenina era en este periodo la atención de las enfermedades venéreo-sifilíticas y el cuidado y protección del niño vía materna.

En decreto del 17 de marzo de 1929 fue creado el Servicio de Higiene Infantil, aun no se habla de higiene materno infantil. La amplia participación privada por medio de fundaciones en beneficio de los pobres empezó a ser regulada por la Ley de Beneficencia Pública para el Distrito y Territorios Federales del 28 de enero de 1926, acción que fue concretada con la institucionalización de la asistencia,

La higiene prenatal fue dirigida a embarazadas indigentes para protección del niño, de tal manera que por la carencia de maternidades públicas se empezó a plantear la necesidad de establecerlas ya que según el doctor Ignacio Chávez Jefe del Servicio de Demografía, Propaganda y Educación Higiénica eran el sitio adecuado para proteger a la infancia, requiriendo de manera urgente “un servicio de maternidad capacitado para llevar sus altas funciones y el que se vigile y controle el funcionamiento de las maternidades particulares, así como el ejercicio privado de las parteras, para garantizar la salud infantil”⁹⁶.

En 1935 se continuó con la lucha contra las enfermedades transmisibles, el alcoholismo y las toxicomanías como “plagas sociales que afectan la salud”, atributo exclusivo del Departamento de Salubridad Pública. Las enfermedades venéreas y la higiene materno infantil son materia presente en el período.⁹⁷

En 1935 la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado señaló para el Departamento de Salubridad funciones dirigidas a combatir las enfermedades transmisibles, las plagas sociales que afectaran a la salud, el alcoholismo y toxicomanías, a establecer medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y la ciudad, vigilar la higiene industrial, excepto en la parte que se relacionaba con la prevención social y el

⁹⁶ Ignacio Chávez, AHSS, Boletín del Departamento de Salubridad Pública, #1, 1929, p.4, 6.

⁹⁷ Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1935.

trabajo Este último precepto fue el inicio para estructurar la futura Ley del Seguro Social que sabemos fue promulgada siete años después.⁹⁸ Así el Departamento de Salubridad Pública en la década de los años veinte hasta 1943 dirigió acciones en pro de la salud pública, del niño y algunas aleatorias para la maternidad.⁹⁹

En 1936 la salud pública fue contemplada según palabras del doctor y general José Siurob como la doctrina sanitaria “salvadora de nuestra Patria y de nuestra raza” y como un “gran paso a la integración de un nuevo pueblo mexicano, fuerte y vigoroso, digno de los grandes esfuerzos y de sacrificios que marginó en su marcha la Revolución”¹⁰⁰

En 1937 se emitió el decreto que modificaba la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de Asistencia Pública la cual se encargaría de administrar y sostener todos los establecimientos existentes y por construir con fines asistenciales, antes dependientes de la Beneficencia Privada. Continúa la idea de suprimir la mendicidad en todas sus formas y el combate de otros vicios sociales, así como atender la miseria y desocupación. No se menciona acción específica dirigida a la salud de la mujer y ocasionalmente a la madre.¹⁰¹

La Secretaría de Asistencia Pública oficialmente tendió a desplazar a la beneficencia pública, aunque en la práctica no fue así. Esta Secretaría continuó insistiendo sobre la supresión de la mendicidad en todas sus formas, solicitando cooperación de sectores sociales para combatir otros vicios sociales, así como prevenir y atender la miseria y la desocupación. No existen indicaciones precisas para la maternidad.¹⁰² . En 1941 fue instituida la Campaña Nacional de lucha contra el cáncer.

Con la creación de la SSA en 1943 se continuó en el mismo tenor. En el Reglamento de la Ley de Secretarías y Departamento de Estado de 1947 se

⁹⁸ Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1935, tomo XCIII, # 42

⁹⁹ Boletín de Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública, enero-diciembre, 1935, enero-junio de 1936, vol. VII # 1

¹⁰⁰ AHSS, Boletín de Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública, diciembre de 1935-diciembre de 1936, vol. VII # 1

¹⁰¹ Diario Oficial de la Federación 31 de diciembre de 1937, tomo CV # 45.

¹⁰² Decreto que modifica la Ley de Secretarías de Estado y Departamentos de Estado creando la Secretaria de Asistencia Pública, artículo 2, fracción VIII y artículos IX y X. Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1937

señalaron las funciones concernientes a esta dependencia, creada cuatro años atrás, citando algunas de ellas referentes a esta temática:

“Artículo 1. Crear y administrar establecimientos de asistencia pública en cualquier lugar del territorio nacional.

Artículo V. Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada con el propósito de que cumpla correctamente con la voluntad de sus fundadores, en los términos a las leyes relativas.

Artículo VI. Integrar los patronatos de las instituciones de beneficencia privada representando la voluntad de los fundadores.

Artículo VIII. Administrar y sostener hospitales, dispensarios, consultorios y establecimientos sanitarios dedicados a la asistencia pública, escuelas, colegios, internados, escuelas, talleres, y demás centros de educación dedicados a la asistencia pública, casas para ancianos, hospicios, dormitorios, comedores públicos y centros de asistencia para niños; establecimientos de reeducación profesional, de rehabilitación y de terapia social.

Artículo IX. Procurar suprimir la mendicidad en todas sus formas y otros vicios sociales, previniendo y atacando la miseria.

Artículo X. Impartir asistencia a la maternidad y a la infancia, ejidal, campesina y obrera.

Artículo XI. Dirigir, vigilar y coordinar la asistencia social a la maternidad y a la infancia por instituciones públicas o privadas.

Artículo XII. Prevención social sobre niños hasta los seis años, ejerciendo sobre ellos la tutela que corresponde al Estado”.¹⁰³

Como se ve, la maternidad ya se encuentra implícita dentro de la asistencia social junto con el niño. La SSA, organismo que conjuntó las políticas del Estado en materia de salud, fue fundamental para la institucionalización de la medicalización femenina y principalmente para el desarrollo del concepto de asistencia y con ello la protección que se dio en el período a la madre y al niño.

Las acciones de salud pública antes aisladas fueron condensadas en un programa sistematizado de protección social, derivado de posicionamientos

¹⁰³ Diario oficial de la Federación, 2 de enero de 1947.

internacionales, de organismos surgidos de la segunda Guerra Mundial entre ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Protección a la Infancia (UNICEF), dentro de un marco de apoyo y solidaridad con los países del tercer mundo. Así, la asistencia materno infantil fue instrumentada como un derecho a la salud de la madre y el niño.

Aún cuando fue creada la SSA, la beneficencia privada aunque regulada tuvo amplia presencia, sin embargo la asistencia para este momento se encontró integrada dentro de un sistema de seguridad social, no aislada pero con incipiente proyección ya que “necesita para tal objeto del capital de la beneficencia privada para el mejor desarrollo de su cometido”.¹⁰⁴ La SSA se adjudicó la facultad de atender a los menesterosos pero también reconoció sus deficiencias, aún cuando administró los bienes que constituían el Patrimonio de la Beneficencia Privada.

A menudo, la caridad, la beneficencia y la asistencia pública presentaron puntos de confluencia y a menudo confusos. Mientras que la primera fue producto de particulares, la segunda y la tercera fueron incorporadas a la función pública como obligación del Estado moderno. Un Estado en construcción, que para considerarse como tal, debía incorporar amplias bases sociales que tendieran a procurar “bienestar” a la población, severamente deteriorada en las décadas anteriores.

La asistencia fue una variante de la beneficencia en la cual el Estado en su fase moderna, siguió atendiendo a los grupos marginados considerados como débiles sociales. Dicha asistencia cubría tanto el aspecto médico como el social para proteger al individuo que está en desventaja respecto a los demás componentes de la sociedad, extendida al grupo familiar¹⁰⁵

El concepto de asistencia fue producto de la ideología creada por la Revolución en su fase más evolucionada referida como una “reparación social de la comunidad desarrollada por conducto del Estado, por los órganos propios o controlados sistemáticamente por el mismo, sin reconocimiento de factores sentimentales para su realización”¹⁰⁶. Esto es, teóricamente la protección integral de una manera objetiva, enmarcada en un contexto de progreso y

¹⁰⁴ Diario Oficial de la Federación, 7 de marzo de 1947, tomo CLXII # 4 sección 1ª.

¹⁰⁵ José Álvarez Amézquita, tomo IV, *Op. Cit.*, p.

¹⁰⁶ *Ibidem*, tomo III, p. 805.

modernización, aunque en la práctica estuvo revestida por condicionamientos morales, sostenida en parte por fundaciones de asistencia privada normadas por la Junta de Asistencia Privada de la SSA. Esta modalidad a la larga, constituyó una carga económica para el Estado que no pudo absorber por completo, desligándose paulatinamente de ella cuando el modelo de desarrollo entró en crisis.

La salubridad en este periodo no se atenderá en mayor medida, por lo que nos abocaremos más a la asistencia incluyendo la médica, aún cuando la medicina de la mujer fue ligada en algunas ocasiones con la atención de las enfermedades infectocontagiosas, cáncer uterino, las campañas pro nutrición y materno infantil de las primeras décadas, continuadas en las siguientes décadas e institucionalizadas a futuro en la ginecología.

La atención de la mujer, considerando las diversas formas de asistencia otorgada desde la Colonia hasta nuestros días, puede resumirse como caridad colonial matizada en el México independiente, surgida de la solidaridad emergente de la religión cristiana, con un carácter filantrópico privado y según Humberto Lazo, “como una defensa en algunos sentidos”, con deseo de prestigio y producto de la mala distribución de la riqueza y concentración de ésta en pocas manos.¹⁰⁷

La beneficencia de la segunda mitad del siglo XIX adquirió carácter público, aunque también pudo disfrazarse de caridad y reparto inequitativo de la riqueza. Aquí el Estado se adjudicó la obligación moral y material frente a los menesterosos. Se dio origen a los hospitales como lugares de concentración de los enfermos con servicios gratuitos.¹⁰⁸ Este concepto constituyó una carga para el Estado ya que persistieron elementos de caridad. En cuanto a la atención médica, un hospital era un centro de reclusión, albergue o asilo considerando sólo la fase curativa o de resolución médica.

A partir de 1927 fue iniciado un ambicioso plan asistencial con prolongación de la beneficencia, a favor de los débiles sociales. Para proteger

¹⁰⁷ Humberto Lazo de la Serna, *La medicina social en México*, México, IMSS, 1966 p. 189.

¹⁰⁸ Dicho elemento de gratuidad persistió en la mente de la población mexicana hasta las últimas décadas del siglo XX. Actualmente, la salud inserta en un marco neoliberal, el Estado quiere súbitamente abolir el concepto de Asistencia, -protección- promovido por los gobiernos liberales y posrevolucionarios, de profundo arraigo entre la población. Con el retiro de subsidios y el poco interés que muestran los gobiernos por la salud, proponen un “Seguro Popular” con la idea de participación y responsabilidad compartida, emulando a la Seguridad Social.

a los niños durante la primera infancia fueron establecidos dispensarios de Higiene Infantil y clínicas de nutrición para la educación y vigilancia de niños indigentes. El programa Gota de Leche administraba alimento a niños indigentes que por una circunstancia o por otra debían recibir este tipo de alimentación recetada por los médicos del dispensario ¹⁰⁹ En fecha posterior se reorganizó la beneficencia incluida en el programa de asistencia social, por medio de un sistema completo de ayuda a personas carentes de recursos económicos. Lázaro Cárdenas con un Proyecto de Ley sustituyó la beneficencia por asistencia como parte de una atención integral. Para ello, se propuso una nueva Secretaria resultando la Secretaría de Asistencia Pública para un ámbito nacional.

Un decreto emitido por Cárdenas en 1937 modificó la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado creando la Secretaria de Asistencia Pública sustituyendo a la beneficencia por asistencia con el fin de administrar y sostener una vasta red de centros médicos y asistenciales “actualmente sostenidos por la beneficencia pública” para “suprimir la mendicidad en todas sus formas” solicitando cooperación para combatir otros vicios sociales, así como prevenir y atender la miseria y la desocupación”¹¹⁰ En esta Ley aun no es contemplada la salud de la mujer por sí misma sino como parte de la salud pública y de asistencia a la población menesterosa.

En 1943 por la situación de guerra, se hizo necesaria y urgente la asistencia y la seguridad social como signos de alerta, protección, solidaridad y progreso entre las naciones. Así, dentro de las políticas estatales, la salud fue mencionada como “una obligación cívica, proveer en forma eficaz a la población menesterosa para garantizar la integridad de la nación y la paz social” en la cual, la asistencia pública “contribuyó a vigorizar la convivencia y armonía de la sociedad”¹¹¹. Paz social y armonía social para una sociedad moderna que deseaba disfrutar de sus beneficios sin interferencias.

El concepto de gratuidad con la asistencia fue desapareciendo, aunque tal concepto, fuertemente arraigado en la población es mantenido hasta nuestros días. Al usuario se le solicitó una cuota de recuperación por el

¹⁰⁹ Ignacio Chávez, Jefe del Departamento de Demografía, Propaganda y Educación Higiénica, boletín del Departamento de Salubridad Pública # 1, 1929.

¹¹⁰ Diario Oficial de la Federación del 31 de diciembre de 1937, tomo CV # 45.

¹¹¹ José Álvarez Amézquita, tomo 4, *Op. Cit.*, p. 582.

servicio otorgado en función de la condición económica, aunque a veces imposible de cubrir. Sin embargo persistió el plano de solidaridad social y voluntad hacia los desprotegidos. La variante introducida a la par de la institucionalización de la salud fue la Seguridad Social la cual fue registrada como un paso más evolucionado de la solidaridad mexicana donde el patrón, el trabajador y el Estado fueron los contribuyentes económicos en un período en que la clase obrera ocupó un lugar importante en la vida nacional, en pleno proceso de industrialización y modernización. Este concepto en apariencia ya no se señaló como carga para el Estado, sino como equilibrio presupuestal. En este régimen fue incluida la emergente, aumentada e “inflada” burocracia de las siguientes décadas.¹¹²

Después de la Segunda Guerra Mundial surgieron los Estados de Bienestar –Welfare-, término acuñado en Inglaterra que trasladado a México podría ser la variante asistencial otorgada por el Estado, con un sentido paternalista alineado con las causas populares con obligación de “proteger” sustituyendo a la antigua caridad y a la beneficencia, otorgándose como un derecho social,

Debido a instancias internacionales como la Organización Mundial de la Salud –OMS- fue introducido en México el concepto de Bienestar Social. Dicho concepto definido como un “Estado de bienestar físico y social y no solo la ausencia de males sociales”¹¹³ debería integrarse como un programa a base de medidas económicas y sociales adecuadas, a fin de atender a todos los sectores, tendiendo al progreso colectivo de las comunidades rurales, ofreciendo solución a los problemas materiales y espirituales del hombre como miembro de la familia y la comunidad

La atención de la salud del pueblo mexicano estuvo dirigida en primer lugar al niño, después a la madre y finalmente al adulto, todos como miembros de la familia. En un período en que se debía forjar la Patria con la participación de todos, el niño fue la esperanza y fortaleza de la nación, por tal debía protegerse contra toda clase de enfermedades infectocontagiosas, incluyendo las complicaciones pre y pos natales, el nacimiento, la desnutrición, el abandono y el analfabetismo. Acto seguido se debía proteger a la mujer como

¹¹² Humberto Lazo de la Cerna, *Op. Cit.* p.269.

¹¹³ José Álvarez Amézquita, tomo 4, *Op. Cit.* p. 632.

madre del nuevo mexicano por medio de pequeñas “células materno-infantiles” y finalmente al resto de la población por medio de educación higiénica, campañas sanitarias y hospitales generales.

Por tal, el Estado mexicano por medio de sus instituciones de salud y asistenciales regidas por la SSA, estuvo obligado a “proteger a toda mujer que en su territorio esté en la posibilidad de llegar a la maternidad, para que ésta sea sana y provechosa para la especie y para la sociedad”¹¹⁴, asimismo, vigilará el embarazo para su mejor evolución y la presencia de los males congénitos, o contraídos durante el nacimiento. El conjunto madre-hijo debía ser atendido por la importancia que tiene “como núcleo de la célula familiar que a su vez constituye la base de la integración de los grupos sociales y las comunidades. De tal manera que se coordinen las fuerzas del pueblo y gobierno a favor de la maternidad y la infancia”¹¹⁵

La preferencia por los niños ya que “estos son los responsables del futuro de México, el más valioso exponente de nuestras esperanzas”¹¹⁶ era un discurso presente en los años que nos ocupan, no obstante dicha preocupación hubo un breve espacio para la maternidad, la cual dentro de las políticas asistenciales debía atenderse el periodo pre y postnatal incluyendo el parto, junto a las enfermedades infectocontagiosas como la sífilis y el cáncer.

1.4. La Medicalización de la Mujer. Un proyecto para una especialización médica.

La medicalización de la mujer se originó a la par de los cambios suscitados en el terreno de la ginecología y de la obstetricia. La incipiente práctica ginecológica fue iniciada en el terreno de la salud pública con la atención de la sífilis y tardíamente del cáncer, producto del alto índice de enfermedades venéreas causantes de alta mortalidad y la inclusión de la maternidad como práctica obstétrica. Dichas practicas fueron integradas al estudio orgánico y apropiación del cuerpo de la mujer, mismas que en función de los cánones modernos fueron condensadas en una especialidad médica.

¹¹⁴ *Ibidem*, tomo 1, p. 385.

¹¹⁵ *Ibidem*, p.561.

¹¹⁶ *Idem*.

En la primera mitad del siglo XX la salud de la mujer estuvo dirigida casi de manera paralela al control de las enfermedades venéreas -sífilis, gonorrea, chancro-, a la atención de la salud de la madre y a la detección del cáncer del útero, posteriormente del ovario y mamario, causantes de alta mortalidad. En estas décadas, las enfermedades venéreas eran un mal considerado de salud pública heredado del Porfiriato, considerada a la mujer, la principal, si no la única transmisora de este mal, en deterioro de la moral y buenas conciencias públicas.

El concepto de enfermedades venéreas se mantuvo oculto considerado innombrable. Las mujeres prostitutas que la portaban eran perseguidas y recluidas en dispensarios médicos ubicados en los hospitales públicos en calidad de “asiladas”, algunas veces para “regenerarlas” y la mayoría de las veces para curarles o controlarles el mal en un plan secreto y misterioso.

Katherine E. Bliss señala al respecto “que los políticos promovieron la regulación de la prostitución como el mejor camino para salvaguardar la salud y moral de todos los mexicanos, donde las prostitutas fueron inmersas en la moderna ciencia de la higiene con preocupaciones científicas atentas al pecado y al desasosiego social”¹¹⁷ insertos en una moral redentora. Dicha ideología redentora proporcionó relaciones de jerarquía entre el Estado y la población mexicana, quienes podrían encontrar “justicia y redención” si el estado les traía “luz, verdad, y salud”¹¹⁸ pretendiendo redefinir un orden nuevo y un periodo de reorientación social y político. Asimismo por temor al contagio efectuaron reformas laborales favorecidas por el mercado internacional, las conductas “incivilizadas” y por los diálogos de delegados mexicanos con los Estados Unidos quienes dictaron la salud panamericana. En síntesis hubo “una condensación de legislación social, ciencia médica y reforma cultural encausando los caminos de la vida privada y de la sexualidad, reflejada en clase y género, basada en conceptualizaciones de conducta”¹¹⁹

Uno de los hospitales públicos llamado para mujeres fue el Hospital Morelos que fungió como centro declusión y confinamiento de prostitutas, acciones a “favor” de la mujer. Desde el año de 1920 hasta la

¹¹⁷ Katherine E. Bliss, *Op. Cit.* p. 2

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 7

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 124.

institucionalización de la salud en la ciudad de México, las actividades sanitarias relacionadas con el control de las enfermedades venéreas estuvieron circunscritas a la inspección semanal y al registro de prostitutas.¹²⁰

En este período, se cita a las enfermedades venéreas y a las prostitutas como clientes potenciales de los ginecólogos quienes trataban estas enfermedades secretas. Pese a la modernidad, la prostitución se siguió manejando como “todo tráfico obsceno del cuerpo humano” como “acto inmoral que contribuye en antítesis al sostenimiento de las normas sociales de la sociedad”¹²¹ Es decir, recriminada pero tolerada. Por la urbanización y la pobreza fue convertida en una próspera industria a finales del siglo XIX y principios del veinte. La Iglesia consideraba a las enfermedades venéreas como un castigo divino, para las clases medias era secreto familiar.

La asociación entre prostitución y pobreza era poco frecuente y en menor medida como opresión sexual. Contrariamente, era producto de debilidad y desorganización familiar, vicios, con huella degenerativa. Este mal social, presente en la mujer trabajadora correspondía ser tratado por el Estado, a la medicina pública, no a los servicios de un médico dominante y comprensivo¹²²

Elsa Muñiz citando a Marcela Lagarde, reitera a todo lo señalado anteriormente que en la segunda y tercera década del siglo XX la prostitución era considerada como un “atentado contra la higiene, la profilaxis, el derecho y la moral”¹²³ La prostituta era la vía de infección de una sociedad respetable, considerada como el principal agente de propagación de las enfermedades venéreas con repercusiones principalmente por sus consecuencias desastrosas sobre la descendencia y la raza.

La división entre mujeres de alta condición económica y su contraparte, las mujeres de escasa o mísera condición económica fue muy marcada. Asimismo, se clasificaba a mujeres como buenas, rectas dispuestas a “hacer Patria”, listas para el matrimonio, instrumento éste de cohesión social, elevando el sagrado don de la maternidad; y mujeres malas que no cumplían

¹²⁰Elsa Muñiz, *Op. Cit.* p. 225.

¹²¹ Humberto Lazo de la Serna, *Op. Cit.* p. 138

¹²² Dora Cardasi, y Lourdes Álvarez, “Las mujeres y la medicina a finales del siglo XIX y principios del XX” en *Mujeres y medicina*, México, UAM, Xoch, 1980, p, 61-62

¹²³ Elsa Muñiz, *Op. Cit.* p. 217

con este sagrado deber en beneficio de la Patria. En función de lo anterior, las mujeres “malas” eran las prostitutas, las que sacrificaban el ser madres por el placer o por dinero, engendradoras de males sociales como la sífilis, la gonorrea, el alcoholismo, la mendicidad, la delincuencia y los abortos, entre otros. En 1927 fue organizada una campaña nacional anti venérea dirigida a enfermas indigentes la cual se debía “poner por encima de los intereses personales, el interés general, el cuidado de la especie, el mejoramiento de los descendientes”¹²⁴. Es de mencionar que aun cuando se trataba de mujeres “malas” se insistía en la eugenesia ya que estas mujeres no deberían tener hijos por el riesgo de salud que corría la especie mexicana.

Las campañas contra la prostitución en la ciudad de México fueron constantes, represivas en algunos casos, con la persecución directa de las mujeres desde la década de los años veinte, hasta la séptima década del siglo. En este período el uso de la penicilina en gran escala permitió el tratamiento de la sífilis y otras enfermedades infectocontagiosas reforzado con las campañas anti prostitución se contribuyó a que disminuyeran los altos índices de mortalidad habidos por este padecimiento.

La detección oportuna del cáncer femenino, causa igual de elevada tasa de mortalidad fue traducida a campaña nacional. Las enfermedades de transmisión sexual en las mujeres, tanto en prostitutas como en indigentes hicieron estrago en los úteros femeninos. Las severas lesiones causantes de tumores malignos aumentaron las grandes cirugías practicadas por los cirujanos –ginecólogos- así como agresivos tratamientos para atenuar, disminuir o tratar de erradicar el tumor maligno. El cáncer de la mujer estaba considerado junto con la sífilis, tuberculosis y el alcoholismo como plagas sociales.¹²⁵

La política paternalista del Estado mexicano en los años posrevolucionarios aunque no claramente especificada, chocaba con la contracepción o anticoncepción. Lo deseable era aumentar la población.

Tanto en el caso europeo como en México, en la primera mitad del siglo XX el riesgo de despoblación fue latente. En México, como consecuencia de la Revolución Mexicana, la Guerra Cristera y la elevada mortalidad materna e

¹²⁴Elsa Muñíz, *Op. Cit.* p. 227.

¹²⁵ Elsa Muñíz, *Op. Cit.*, p. 183

infantil, obligó a adoptar una política pronatalista, siendo la mujer el centro de atención. La protección del embarazo, el nacimiento del niño y el periodo pos natal fueron resultantes de ello. La maternidad vista como un derecho fue sujeta a las políticas estatales y a toda clase de incentivos, La “función social” de la mujer siguió manteniéndose en los años cincuenta, no obstante que el Estado de Bienestar materno se prolongó hacia el niño y la familia¹²⁶

En España, de igual manera la maternidad fue descrita como la “suprema misión” de la mujer y un “deber social ineludible” en el que todas las mujeres son madres en potencia “gloriosamente maternales”¹²⁷

De esta manera, la identidad femenina construida en Europa, trasladada y adoptada por la sociedad mexicana giró alrededor de la maternidad, como una función social y núcleo de la familia, con un tinte eugenésico. Por lo tanto, la protección para garantizar mejores “niveles de vida” tanto de la madre como del niño se hizo necesaria para los estados modernos.

Esto explica las ideas eugenésicas presentes en la ideología de las elites médicas y políticas rectoras de la salud y particularmente de la mujer, hasta cierto punto controvertido. Dicho concepto si bien fue observado en el combate a la prostitución, se enfatizó en la atención de la salud de la madre como vía para obtener un hijo sano. Por un lado, la ciencia impulsaría el darwinismo social con ella en la cúspide. Por otro lado, la necesidad de ayudar y proteger con medida a la población menesterosa, se convirtió en mandato social propio de su investidura, buscando reivindicación.

Si bien la eugenesia médica se preocupó por la mejoría de la raza, podríamos agregar otro tipo de eugenesia, la social. Este tipo de eugenesia quizá la más dañina fue la que a pesar del deseo de proteger, sí pudo haber sido como una forma de seleccionar, depurar y marginar a estos débiles sociales de las clases medias emergentes para que no se viera importunado el estatus y orden social. Elsa Muñiz señala que existían tres clases de personas. Los individuos normales eran los que presentaban conductas no nocivas y productivas para la comunidad entre los que podrían considerarse las clases

¹²⁶ Gisela Bock “Pobreza Femenina, derechos de las madres y Estados de Bienestar , 1890-1950” en Georges Duby y Michelle Perrot, *Op. Cit.* pp, 443, 462, 469.

¹²⁷ Mary Nash, “Maternidad, Maternología y Reforma Eugenésica ,1900-1939” en *ibidem*, pp. 689, 691, 693.

medias rectoras; los individuos “anormales” representaban un lastre social, flojos, encuadrados en las clases populares menesterosas y que había que proteger, enseñar y educar -entre ellas las mujeres prostitutas, enfermas o pobres-. Los individuos “anormales verdaderos” eran los idiotas, imbéciles, locos, con problemas de lenguaje, sordos, ciegos, es decir con “capacidades diferentes” según nuestra concepción moderna. Las instituciones especiales creadas en el período fueron para el segundo y tercer grupo y aunque existió la dicha marginación social, la asistencia aunque mal dirigida, benefició a muchos individuos y familias. En el caso de la mujer se empezaron a consolidar las bases para la futura atención materno infantil y su salud en general.

En este contexto, la salud femenina se vio inmersa en un discurso médico y político paralelo. Lo que varió fue el intercambio de posiciones, fuera en el Estado o en las instituciones de educación superior. Por un lado, un Estado en formación, fuerte y corporativizado, debía pugnar por un embarazo satisfactorio de cuya vigilancia podría resultar un niño sano para mejoramiento de la raza y del nuevo ciudadano mexicano. Por otro lado, la medicina se adjudicó el derecho de cuidar y prolongar la vida del niño para “contribuir de este modo a formar hombres que sabrán defender la Independencia que nuestros mayores nos legaron; que estén en capacidad física de luchar en todos los campos para levantar el nombre de México, intentando de esta manera hacerse dignos de sus ancestros”¹²⁸ ambos pugnando por un progreso y desarrollo basado en la industria.

Dichos discursos eugenésicos fueron dirigidos a evitar la degeneración de la raza y la despoblación donde “la sublime función maternal” asegure “la mejor perfección del engendro, acuciado por el espectáculo de la raza deforme, inferior, menguada en lo físico, flojo en lo moral”. La maternidad fue vista como “la base fundamental de la familia y de la higiene de la raza”, así “el cometido social de las mujeres era garantizar la procreación y supervivencia de las futuras generaciones de ciudadanos en las óptimas condiciones de salud”.¹²⁹

En México el Estado de Bienestar –Welfare-, concepto europeo fue sustituido por el concepto de Bienestar Social acuñado en la década de los

¹²⁸ José Álvarez Amézquita, *Op. Cit* tomo 1 p. 455.

¹²⁹ *Idem.*

cincuenta donde la protección materno- infantil implicó el cuidado del ser humano “desde que es niño y a la vez educar y preparar a la madre para que adecuadamente cultive a sus hijos¹³⁰ Los Estados de Bienestar surgieron después de la Segunda Guerra Mundial cuyo núcleo central era la atención que reportaba el Estado a la gente, cuya pobreza se debía a la incapacidad por accidente de trabajo, enfermedad, vejez o desempleo. En el moderno Estado de Bienestar, “esta gente ya no fue objeto de beneficencia. Por el contrario, se consideraba a estas personas con derecho social a que se les mantuviera, lo que se reconocía como una fase propia del Estado”¹³¹

El “Welfare” fue estructurado como parte de un desarrollo desigual ya que “bajo la doble forma de Estado Providencia y de la búsqueda de comodidad o de bienestar, a la vez fue representación del Estado Moderno y motor del desarrollo de la producción y del consumo masivo”.¹³² Un Estado moderno que se industrializa, quiere disfrazar de alguna manera, la distribución inequitativa de los recursos generados, pretendiendo la instauración de un régimen de bienestar social, de seguridad social o asistencia social para las capas populares, quienes reciben sólo una minúscula parte.

En México, los Centros de Bienestar Social y Familiar urbanos y rurales fueron insertados en un régimen de seguridad y asistencia social por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia los cuales prestaron apoyo materno- infantil, proporcionando cursos sobre educación higiénica, economía doméstica, organización familiar, corte y confección, cocina y primeros auxilios entre otros.

La madre que amamantaba fue considerada una máquina sublime de producir leche en beneficio del niño, ya que

todo recién nacido o lactante es dueño legítimo del producto del seno materno. El derecho conciente de la madre para disponer del producto de la secreción de su seno está limitado por el derecho primordial del niño que se ha organizado, simultaneo y necesariamente del organismo femenino, por el hecho fundamental de que no existe en la naturaleza sustituto específico de este factor de vida para el niño¹³³.

¹³⁰ José Álvarez Amézquita, *Op. Cit.* tomo 2, p. 636.

¹³¹ Gisela Bock, “Pobreza femenina,.....” *Op. Cit.* p. 438- 439.

¹³² Nadine LeFaucheur, “Modernidad, Familia, Estado”, en Georges Duby y Michelle Perrot, *Op. Cit.* Tomo 5, p. 491.

¹³³ José Álvarez Amézquita *Op. Cit.*, tomo 2 , p 386.

De esta manera, el cuerpo no pertenecía a la mujer sino al niño, que debía vivir por medio de ella. A los lactantes se repartían biberones con leche por medio de campañas pro nutrición infantil. Los niños preescolares y escolares recibían los beneficios junto con la madre por medio de raciones alimenticias distribuidas en comedores públicos.

Las acciones en pro de la protección al niño y la madre promovidas desde décadas anteriores fueron reforzadas en la década de los sesenta y primera mitad de los setenta en virtud del latente crecimiento demográfico, la migración rural a los centros urbanos y el incremento de la mendicidad. La asistencia materno- infantil tomó en cuenta la atención de la mujer que va a ser madre así como facilidades y recursos para el mejor nacimiento y desarrollo de los niños. Preocupación de los forjadores de la Patria, donde la medicina moderna resultó idónea para el Estado al tratar de diseñar al nuevo mexicano, y donde “el espíritu de mejoramiento y depuración de la raza llevó a las instancias médicas y educativas, en un afán clasificatorio, a involucrarse en la tarea de detectar a los individuos mentalmente anormales para canalizarlos a los establecimientos adecuados”¹³⁴. Quizá, más que “mejorar la raza”, la idea de los gobiernos haya sido la de depurar. El concepto de “débiles sociales” encuadró perfectamente con la asistencia social dirigida específicamente a este creciente grupo de población, donde este Estado liberal- conservador se ocupó de ellos para alcanzar su legitimización internacional como moderno y civilizado.

La ginecobstetricia, especialidad médica relacionada directamente con la medicalización femenina, fue institucionalizada más por atender la salud de la madre y sus implicaciones sociales que de la mujer. En un país donde la pro natalidad fue fomentada, donde la mujer fue considerada el núcleo de la familia, cuyos valores ocuparon un lugar preponderante, no podía ser de otra manera. La práctica obstétrica y ginecológica tiene añejas bases. Sus dos raíces, ginecología y obstetricia aunque relacionadas con la atención de la mujer, en la práctica se mantuvieron alejadas. Aunque con el proceso de institucionalización se fusionaron paulatinamente las dos ramas, no fue sino

¹³⁴ Elsa Muñiz, *Op Cit.* p,158

hasta la década de los setenta que la ginecología alcanzó rango de especialidad médica reconocida por la UNAM.

La Ginecología en su desglose etimológico se refiere al estudio de la mujer, donde la cirugía de los órganos reproductores -matriz y ovarios-enfermos, eran los ejes de esta práctica médica y raíz de todos los males femeninos de la mujer. Por tanto la ginecología tuvo prioridad sobre la obstetricia por el naciente prestigio atribuido a los cirujanos. Los cirujanos, después llamados ginecólogos, habitualmente no atendían partos por considerarlos sucios y degradantes para la ciencia médica, cuya práctica era un desprestigio.

La obstetricia ha sido señalada como una práctica ancestral a lo largo de la historia de la humanidad definida de diversas maneras. La medicina premoderna la conceptualizó como “el arte de parrear” cuando se incluyó en la práctica médica, donde la comadrona o quien atendía el parto no tenían preparación científica alguna, ignorando la práctica legendaria. Al respecto, Marcela Dávalos señala que la partería fue más práctica que una especialidad, como parte de un saber tradicional atribuido a las parteras que empezó a ser desplazado por los médicos varones cuando iniciaron la reglamentación de la partería en aras de la medicina científica.¹³⁵ Paulatinamente la medicina moderna fue interesándose por dicho arte apropiándose de un saber ancestral femenino asignándole un lugar dentro de la medicina “científica”. En este contexto, al moderno obstetra se le llamó “tocólogo”.

Cabe hacer notar que la obstetricia como materia de enseñanza médica en 1926, según los nuevos planes de estudio de la Escuela de Medicina se encontraba separada de la ginecología, enseñándose en el 5º año.¹³⁶

A partir de la cuarta década del siglo XX y las siguientes, las acciones a favor de la mujer fueron integradas a la moderna especialidad de la ginecología. Es la clase médica moderna la que legitimará las acciones estatales sobre la medicación de la mujer. En 1940 la materia de obstetricia era una materia más teórica que práctica, aunque estaba incluida la clínica de obstetricia en el sexto año de la carrera. La Paidología fue sustituida en la

¹³⁵ Marcela Dávalos, *Op. Cit.* p. 197.

¹³⁶ Archivo Histórico del Consejo Universitario, UNAM, Acuerdo del 27 de agosto de 1926.

enseñanza por la Pediatría.¹³⁷ En el nuevo plan de estudios de 1951 la materia de obstetricia se impartía en el 5º. año de la carrera con 90 clases anuales por 3 horas a la semana y la clínica de obstetricia con 130 clases anuales, 5 horas a la semana.¹³⁸ En esta década, la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Escuela de Medicina reorganizó y adaptó sus planes de estudio a los requerimientos de las modernas instituciones estatales de salud.

En 1955, fueron instaurados los curso piloto, pioneros de las especialidades entre ellos el de ginecobstetricia. El hospital doctor Jesús Alemán Pérez fue iniciado como hospital- escuela vinculado con la Escuela de Medicina. Los objetivos de los cursos piloto eran:

- Procurar una enseñanza objetiva en la enseñanza para colocar al alumno en condiciones reales de su ejercicio, sin exceso de especialización y erudición, pero sí capacitándolo para que actúe profesional y socialmente como una guía de la comunidad donde ejerza.
- Incorporar plenamente al alumno al trabajo del hospital.
- Reducir la enseñanza teórica con los fundamentos absolutamente necesarios de doctrina médica.

Los cursos de pediatría, obstetricia y traumatología fueron de los primeros en instituirse como ramas y no como troncos de la medicina.

En 1956 fueron iniciados formalmente los cursos piloto.¹³⁹

En 1960 la Escuela Nacional de Medicina se convirtió oficialmente en Facultad. En el mismo año fue creada la División de Estudios Superiores. La especialidad de la mujer es llamada ginecobstetricia junto con la pediatría.

Los cursos de doctorado tuvieron como fin:

- Formar especialistas, profesores e investigadores universitarios.
- Impartir cursos para el adestramiento práctico de determinadas ramas y para la preparación de técnicos especializados.
- Promover el estudio a fondo de temas dentro de las especialidades.
- Divulgar conocimientos para profesionales no especializados.¹⁴⁰

¹³⁷ Archivo Histórico del Consejo Universitario, UNAM, Acuerdo del 9 de enero de 1940.

¹³⁸ Archivo Histórico del Consejo Universitario, UNAM, Acta del 27 de febrero de 1951.

¹³⁹ *Ibidem*, Acta del 4 de diciembre de 1956.

¹⁴⁰ *Ibidem*, Acta del 21 de abril de 1960.

En 1964 fue aprobado el Reglamento de Estudios de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina, cuyos objetivos fueron:

-Educar a especialistas y revaloración constante de sus conocimientos en función del acelerado progreso e incesante de la medicina.

-Formar especialistas en las diversas ramas de la medicina.

La especialidad significaba el conocimiento integral de la materia en los aspectos teórico-prácticos alcanzada primordialmente a través del servicio hospitalario.¹⁴¹

En 1966 se aprobaron los cursos monográficos.¹⁴²

En 1968 en los nuevos planes de estudio fueron incluidas las especializaciones, maestría y doctorado de la Facultad de Medicina.¹⁴³

Con la fundación de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia en 1945 integrada por obstetras y cirujanos de viejo cuño, fue iniciada la fusión de la práctica ginecológica y obstétrica hacia la conformación de una especialidad médica. El motivo arguido por los médicos fue que no era necesario separar ambas prácticas ya que ambas tenían como objeto de estudio el cuerpo femenino. La ginecología y obstetricia fue instituida para atender las enfermedades de la mujer relacionadas con los órganos reproductores incluyendo el fenómeno de la reproducción, en un período histórico en que la medicina requería modernizarse y las condiciones sociales del país así lo ameritaban.

La ginecología y obstetricia fue producto del México moderno, en un contexto de grandes diferencias sociales, marginación, crecimiento demográfico y una mujer mexicana sumamente prolífica que requirió atención médica con técnica moderna considerando su papel central en la familia¹⁴⁴

Con la medicina social, la ginecología y obstetricia se vio en la necesidad de proporcionar atención moderna del parto. A partir de ahí, los partos serían atendidos por médicos especializados, en sustitución de la auto atención, las comadronas, las parteras y el médico general. El médico especialista con la

¹⁴¹ Archivo del Consejo Universitario, UNAM, Acta del 4 de diciembre de 1964.

¹⁴² *Ibidem*, Acta del 27 de octubre de 1966.

¹⁴³ *Ibidem*, Acta del 27 de enero de 1968.

¹⁴⁴ Revista de Ginecología y Obstetricia, Volumen XVI, septiembre -octubre., 1961, Facultad de Medicina, UNAM.

titularidad podría contar con colaboradores, en su defecto a la partera o al médico general en su ausencia.

Una situación similar se presentaba en el continente europeo desde fines del siglo XVIII. Loredon dice al respecto que la maternidad era un evento social más que médico, conferido exclusivamente a las mujeres, con gran reconocimiento en los países nórdicos rigurosamente excluidas, en los que las maternidades-hospitales fueron pequeñas instituciones de menor importancia estrictamente para las mujeres pobres.¹⁴⁵ Según esta autora la obstetricia fue introducida por hombres médicos en el siglo XVIII como una importante adición a la práctica médica ortodoxa debido al alto índice de mortalidad. En el siglo XIX como materia de preocupación pública, los partos eran atendidos por estudiantes en total ignorancia sobre la partería cuyo ejercicio fue más práctico que parte de una especialidad. Lo mismo sucedía en los Estados Unidos pugando por los médicos de tiempo completo¹⁴⁶, todo esto con el fin de abolir la partería, lográndose hacia el siglo XX.¹⁴⁷ Sin embargo, la mortalidad materna empezó a disminuir por la introducción de la asepsia en los hospitales no por la inclusión de los médicos en la atención del parto.

Las políticas públicas estructuradas sobre cuidado materno infantil fueron en función del logro de “un estado de bienestar maternal y salud materno infantil”¹⁴⁸

Marcela Dávalos señala que desde la segunda mitad del siglo XIX se hicieron más fuertes las reclamaciones médicas contra las parteras, señaladas como “lastres de la sociedad”, comparándolas con verrugas y generando una campaña de difamación en contra de sus prácticas.¹⁴⁹ Asimismo se les acusaba de ser responsables de la alta mortalidad.

Nicolás León, obstetra del periodo y representante de su gremio criticaba a las comadronas por encontrarse revestidas de una cultura religiosa popular, del uso de santos y amuletos, asimismo del uso de la posición sentada y en cuclillas contrarias a la medicina moderna. Por el contrario, la posición

¹⁴⁵ Irvine S L Loredon, “Childbirth” en Bynum Williams, F *Op. Cit.* p. 1051

¹⁴⁶ Cuando se institucionalizaron las especialidades en México, la formación de los médicos ginecobstetras requirió de una enseñanza teórico- práctica, completada esta última en los hospitales por medio de la asignación de guardias de tiempo completo.

¹⁴⁷ Irvine, S L Loredon *Op. Cit.* p. 1056.

¹⁴⁸ *Ibidem*, p. 1061.

¹⁴⁹ Marcela Dávalos, *Op. Cit.* p. 203.

horizontal respondía a la idea “de respetar debidamente el pudor de la mujer”, pues la espalda al partero, conseguía ocultar su fisonomía.¹⁵⁰ Los partos en cuclillas eran propios de los obreros no para las clases acomodadas que parían sentadas. El parto horizontal era promovido por los médicos “inteligentes” debido a la dirección de acto tan delicado e importante y por practicarse en los países más adelantados –modernos-¹⁵¹ Esto nos conduce a la doble moral de la elite médica, ya que por un lado criticaban el fanatismo popular y por otro se encontraban influidos por cuestiones morales, situación que pudo observarse tanto en el discurso estatal como médico en el médico hasta el segundo tercio del siglo XX. Con esto, el parto atendido por parteras fue un oficio sin instrucción y el atendido por los médicos fue un arte¹⁵² y parte de ciencia.

En México, con la institucionalización de la salud de la mujer, los partos deberían ser atendidos en una institución hospitalaria dada la imposibilidad de atender partos a domicilio y de tratar separadamente los problemas de Ginecología y Obstetricia, incluso, la posición de alumbramiento sería en decúbito dorsal y horizontal por tratarse de una posición más cómoda para el médico y para la “enferma”, para que se “proteja tanto a la madre como al hijo”¹⁵³

De igual manera, el estado benefactor protege

a la mujer otorgándole la facilidades necesarias que promueven su condición femenina, la expansión de sus funciones, con plena participación en la formulación y aplicación de las políticas socioeconómicas incluyendo las demográficas y despertando en ellas la conciencia de su papel real y potencial¹⁵⁴

A partir de entonces, el médico resultó ser idóneo para mitigar el sufrimiento materno ayudando a aligerar el traumatismo que implicaba el acto, y “la necesidad de velar por la vida del niño cuya condición es siempre un

¹⁵⁰ Citado en *Ibidem*, p. 209.

¹⁵¹ *Ibidem*, p. 211

¹⁵² *Ibid.*

¹⁵³ José Manuel Septién, y et al “Atención moderna del parto”, Revista de Ginecología y Obstetricia, volumen XV, 84-89 I-584, enero-febrero, 1960, p.104

¹⁵⁴ José Manuel Septién G. *Historia de la Ginecobstetricia en México*, México, Institución de Ginecobstetricia Santa Teresa, Ciencia y Cultura de México, 1986, p 222-223.

enigma de inseguridad para la madre hasta que lo tiene en sus brazos”¹⁵⁵, aunque se aceptaba que todo el trabajo era realizado por la mujer y el médico era solo el asistente.

La mujer fue considerada por el medicina como una “enferma” que sufre ante un traumatismo que el especialista podrá atenuar, es él quien “gobierna el parto” para hacerlo menos doloroso, menos prolongado, menos tiránicamente incómodo para enfermas y médicos”¹⁵⁶ Es decir, un evento natural es convertido por la medicina moderna en algo patológico, donde la mujer ocupó el lugar de enferma, es “paciente”, donde el especialista la va a “aliviar” con total dependencia hacia él, “donde el niño y la mujer son la razón de nuestra vida” y el médico proporciona alivio, seguridad y confianza a la enferma”¹⁵⁷. No es casual que a la mujer embarazada se le diga que se va a “aliviar” de un bebé.

En 1960 después de presentar los pro y contra de la nueva especialidad, aún no convencidos del todo, los profesionales de la ginecobstetricia terminaron postulándose como los únicos e idóneos en la atención de la salud de la madre. No obstante, el obstetra –tocólogo- como especialista siguió considerándose integrante de una sufrida y esclavizante especialidad, la cual además de ser incómoda y mal retribuida se encontraba situada en un plano de inferioridad profesional frente a las otras especialidades. .

A pesar de esto, la Ginecología y la Obstetricia compartieron cada vez más un mayor espacio conjunto. Durante la IX Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia en octubre de 1960, el doctor Alfonso Álvarez Bravo se vanagloriaba de la fusión cada vez mayor de las dos disciplinas y con ello la institucionalización de la medicina de la mujer. El médico referido señalaba que en ese período

se insiste en separar dos partes de una misma disciplina, que tienen técnica comunes de exploración, que tienen tan intensos puntos de contacto, en la que es tan frecuente ver que en la misma paciente coincida un proceso obstétrico con uno ginecológico, o

¹⁵⁵ Revista de Ginecología y Obstetricia, Volumen XV, 84-89 I-584 Enero-diciembre, 1960, Facultad de Medicina UNAM, p. 105.

¹⁵⁶ *Idem.*

¹⁵⁷ *Idem..*

bien que se pase del primero al segundo, cosas que son lógico que suceda, puesto que el proceso grávido-puerperal es un etapa de la actividad fisiológica genital de la mujer,

por ello se requiere de una formación integral puesto que

es mejor ginecólogo quien tiene preparación y criterio obstétrico y es mejor partero quien tiene buena orientación y experiencia ginecológicas y para fines de educación, asistencia e investigación, la ginecobstetricia constituye una sola especialidad, concepto que cada vez es más universal y que ha demostrado ser fructífera¹⁵⁸

Así fue establecida una especialidad médica cuya razón inicial fueron las enfermedades venéreas, el cáncer de útero y mamario conjuntamente con la atención de la madre y el niño, en función de los requerimientos demandados por la salud pública y control médico moderno en el cual “la mujer cuida su salud y el médico es el responsable de ella, cuya bondad es la ginecobstetricia”.

Así nació una incipiente ginecobstetricia llamada también ginecotocología en el periodo, respondiendo al llamado moderno de la medicina.

Un doble mensaje acompañó al discurso médico, por un lado la salud de la mujer se convirtió en el eje de la nueva especialidad teniendo al médico como rector de su salud cuyo objetivo no era ella sino cuidar su función progenitora y por otro coadyubó con el Estado a proteger el orden social existente, constantemente amenazado.

Las décadas siguientes a 1970 la ginecobstetricia, muy a su pesar ha ido transformándose en virtud de las iniciales y nuevas demandas feministas y conceptos que sobre la medicación femenina se han ido generando -desde salud materna, maternidad sin riesgo, planificación familiar, salud reproductiva y salud integral de la mujer, introduciendo la perspectiva de género-.

¹⁵⁸ Alfonso Álvarez Bravo, “Ginecobstetricia”, en *Especialidades médicas, pasado, presente y futuro. La Salud en México. Testimonios*, México, Secretaría de Salud- FCE, 1989. p.427

1.5 Infraestructura médica y social. Necesidad latente para la medicalización femenina.

El proceso de modernización en salud tuvo dos etapas importantes a la par con la modernización económica. La primera tuvo lugar en la década de los cuarenta y cincuenta. Es cuando se sentaron las incipientes bases, creando y reglamentando las instituciones que albergaron la medicina moderna, en constante lucha contra la ignorancia, la insalubridad y la pobreza. La segunda etapa fue en la década de los sesenta continuando con la fase constructiva.

“El Estado Mexicano, en su lucha constante hacia la modernización institucional alcanza en este periodo un creciente despliegue en la realización de obras materiales”¹⁵⁹ Se comenzó la construcción de edificios, espacios destinados a sectores sociales más amplios que aquellos a quienes tradicionalmente se dirigían los objetivos arquitectónicos. En parte, con esto se buscaba la ampliación y fortalecimiento de la base social del Estado. Además “representaban ganancias considerables para quienes proyectaban y edificaban las obras”¹⁶⁰

En 1943 con la creación de la SSA fueron estructurados y reestructurados hospitales y maternidades para la atención médica moderna. El Programa Nacional de Construcción de Edificios para la salud de la SSA establecía “que los hospitales que se erigieran deberán contemplar además de las funciones de atención médica la capacitación, enseñanza de la medicina e investigación, realizada por estudiantes, profesionales y otros participantes de la vida hospitalaria.”¹⁶¹ Iniciándose así la institucionalización de la salud e instauración de la medicina social como parte del sistema de seguridad social. Los institutos como hospitales de vanguardia fueron proyectados como centros médicos modernos y numerosos hospitales en los estados de la República.

En este mismo año, fueron fundados los Institutos Nacionales de Nutrición, Cardiología y Cancerología junto con el IMSS. Asimismo otro decreto autorizó la construcción de los Institutos de Gastroenterología, Urología y Oftalmología. Los tres últimos no llegaron a construirse. En 1948

¹⁵⁹ Guillermo Boils “Arquitectura y producción del espacio social”, en Rafael Loyola Díaz (coordinador) *Entre la guerra y la estabilidad. El México de los cuarenta*, Op. Cit. p. 321.

¹⁶⁰ *Ibidem*, p. 322.

¹⁶¹ *Ibidem*, p. 329.

fue fundada la primera maternidad del IMSS la cual funcionó como clínica ginecobstétrica. En materia de salud de la madre, el IMSS recién creado, fue el primer sistema de salud que dio impulso a la ginecobstetricia, agrupando y concentrando a la mayoría de los viejos tocólogos en beneficio de la clase obrera, en un contexto de medicina social.

El proceso de institucionalización de la salud fue lento ya que aunque se empezaron a sentar bases, en la realidad no existían mayores avances. En 1946, el doctor Norberto Treviño titular de la Subsecretaria de Asistencia, en el Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia celebrado el 25 de agosto, presentó la realidad mexicana en materia de salud e infraestructura como ausencia de servicios hospitalarios, atraso en la cultura médica y anacrónica con relación a la medicina moderna, existencia de hospitales antiguos y retrógados relacionados con el periodo anterior, existencia de un concepto erróneo respecto a los hospitales, heredado de la Colonia, en el que estos no son para “curar enfermos” sino como centro de depósito y abandono. Para dicho funcionario sobra decirlo, las razones anteriores justificaron la construcción y desarrollo de hospitales modernos y eficientes, en sustitución de la anterior beneficencia.¹⁶²

Los hospitales en la década de los cuarenta, aún cuando se consideraban centros básicos para la institucionalización de la salud y práctica médica no se encontraban consolidados. Sin embargo, el reglamento de 1954 para Hospitales Generales dependientes de la SSA ya señalaba en su capítulo 1.

“De la función asistencial.

Artículo 10. Los hospitales generales dependientes de la SSA son instituciones de asistencia oficiales destinados a realizar las siguientes funciones:

I.- Prevención de enfermedades.

II Curación de ellas.

III Rehabilitación medica y social, en la medida que lo permitan la organización y dotación técnica de las instituciones.

IV Adiestramiento del personal técnico y administrativo.

¹⁶² Norberto Treviño, Z, “*Los Hospitales de México. Breve desarrollo histórico*”, AHSSA, fondo SSA, caja 9, exp. 10, fojas 20.

V Docencia e investigación científicas.

Artículo 40. La atención que se impartirá a los enfermas de condición económicamente débil será a título de prestación asistencial y se entiende por prestación asistencial en el caso que se trata, de asistencia el sujeto en el grado que determine su situación económica. Por tanto con excepción del indigente, todo beneficiario del hospital que sea económicamente débil deberá aportar la cuota retributiva que se le señale como resultado de la investigación económico social; cuando se trate de individuos con suficiente capacidad económica, estos deberán cubrir el importe total de los servicios que reciben”¹⁶³

Con este patrón fue instituido el viejo Hospital de la Mujer.

Al respecto, Lindsay Granshaw anota que el hospital del siglo XX fue representativo de la medicina moderna. La primera Guerra Mundial contribuyó a la expansión de los hospitales y al desarrollo de la cirugía, ya contemplada desde la primera Guerra, principalmente en el período de entre guerras, extendiéndose las investigaciones médicas llegándose a concentrar importante tecnología,¹⁶⁴ de las cuales el staff médico tomó el control.

En Estados Unidos siguiendo a la misma autora, los hospitales fueron desarrollados como negocios de los que los médicos formaron parte. En la segunda Guerra Mundial se dieron cambios asociados con el término civilización. Con dichos cambios, los hospitales empezaron a financiarse con pagos de los gobiernos, ajustándose a un sistema de cooperación dentro de un esquema de planeación gubernamental. En la posguerra, los hospitales fueron punto central de la medicina moderna, extendiendo los beneficios de la moderna práctica hacia el desarrollo de los países. Los hospitales han jugado una variedad de roles a través del tiempo dependiendo de su situación social.¹⁶⁵

De la asociación entre medicina y salud pública resultó el “hospital moderno” definido como una institución hospital. El doctor Treviño reiteraba la necesidad de estructurar el hospital moderno según el reglamento de 1954, para la formación de médicos capaces e idóneos, con elevado espíritu de servicio y altruista en función de un progreso ascendente y firme, ya que el ser

¹⁶³ Diario Oficial de la Federación, 14 de diciembre de 1954, tomo CCVII # 37.

¹⁶⁴ Lindsay Granshaw, “Hospitals” en Bynum,..... *Op. Cit.*p.1182-1195.

¹⁶⁵ *Ibidem*, p. 1197-1198.

médico debía ser en línea aun más ascendente, tal como lo requería la Patria¹⁶⁶. Este modelo de hospital estatal- público- asistencial fue diseñado para terminar paulatinamente con el monopolio de la medicina privada pre moderna del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX.

Con la instauración del sistema de salud estatal se impulsó la infraestructura necesaria para tal fin.

El Hospital para Burócratas “doctor Ángel Gaviño” precursor del ISSSTE, empezó a funcionar en 1955 como hospital general de vanguardia, dotado de la infraestructura requerida para el ejercicio y desarrollo de las especialidades médicas. Dicho hospital desapareció en 1962, legando la infraestructura, los especialistas y el resto de los recursos humanos al Nuevo Hospital de la Mujer, trasladado en 1966 del viejo Hospital de la Mujer. El nuevo Hospital de la Mujer resultó ampliamente favorecido para que cumpliera con su cometido varias décadas después, haciendo alarde al nombre.

En 1958, aún cuando la medicina se hacía pública y pretendía minar el monopolio de la medicina privada, la presencia de ésta última seguía siendo predominante. En este año fue creada la Comisión Nacional de Hospitales. En un censo realizado por éste reportó que los hospitales privados representaban alrededor del 70 % del total de la Republica Mexicana, con el mayor número de salas de obstetricia y con un bajo índice de enfermeras tanto cualitativa como cuantitativamente. En total existían en el país 216 hospitales, de los cuales 149 eran privados, 24 de beneficencia privada, 10 subrogados del IMSS.¹⁶⁷ 2 de Ferrocarriles Nacionales de México, 7 descentralizados, 22 federales y 2 industriales.¹⁶⁸ Al parecer no se encontraron incluidas las maternidades públicas y privadas.

Con lo anterior, a 15 años de la creación de la SSA fue obvia la falta de infraestructura médica y personal de salud capacitado, incluyendo a los médicos. Con el crecimiento económico, fue destinado cierto presupuesto para cubrir las necesidades de salud, creando infraestructura hospitalaria así como recursos humanos especializados.

¹⁶⁶ Norberto Treviño Z: “Los Hospitales de México. Breve desarrollo histórico”, AHSSA, fondo SSA, caja, 9, exp. 10, fojas 30-32

¹⁶⁷ Los hospitales subrogados eran contratados por el IMSS para la prestación de servicios médicos ya que no contaba con la infraestructura ni personal técnico suficiente para ello. La misma situación presentaba la SSA.

¹⁶⁸ (RM) Comisión Nacional de Hospitales. *Censo de Planificación de Hospitales*, 1958, p. 265-268.

En 1964 tocó el turno al Instituto Nacional de Neurología y en 1967 al Hospital de Petróleos Mexicanos (PEMEX). De esta manera, en veinticinco años se tuvo la intención de crear la infraestructura médica de nuestro país que a futuro resultó insuficiente en virtud de la creciente población

Cabe mencionar que la población asentada en la capital de la República aun cuando se construyeron hospitales estatales concentrados en algunas capitales y principales ciudades, fue la más favorecida con la creación y concentración de infraestructura médica moderna y especializada. La mayoría de las áreas rurales, contrariamente, por la falta de carreteras, médicos y asignación de pocos recursos, vieron llegar los frutos varias décadas después. En la ciudad, los viejos hospitales porfirianos fueron adaptados, algunos restaurados, como fue el caso del antiguo Hospital Morelos, después “doctor Jesús Alemán Pérez. No obstante, se construyeron hospitales de vanguardia llamado Institutos que albergaron la medicina especializada. Para la atención de la salud de la madre llamada después atención materno infantil, se construyeron centros de salud, centros de bienestar social y escasos hospitales generales. Las mujeres embarazadas acudían a los centros materno infantiles para la vigilancia prenatal, a las maternidades y hospitales generales para el parto y vigilancia del periodo inmediato posterior llamado puerperio. En los viejos hospitales públicos como el General, el Juárez, “doctor Jesús Alemán Pérez” y Homeopático fueron creadas salas de maternidad. Los sanatorios o maternidades privadas fueron sujetas a reglamentación. A pesar del interés en el período por el niño y la madre, nunca se construyó un Instituto Médico Nacional de la mujer ni de ginecología. En la década de los setenta fue erigido el Instituto Nacional de Perinatología para fines de investigación, referida ésta a la cuestión reproductiva de la mujer, concepción vigente y rectora en el período.

En pleno proceso institucional no hubo grandes obras de infraestructura para la madre y el niño, a excepción del Hospital del Niño “doctor Federico Gómez” construido en la década de los cuarenta.¹⁶⁹ La maternidad Isidro Espinosa de los Reyes, el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho y la

¹⁶⁹ En la década de los cuarenta fue construido el hospital para niños cuyo pionero en la atención médica infantil fue el doctor Federico Gómez quien se involucró de igual manera en la atención materno infantil. El hoy llamado Hospital del Niño Federico Gómez funciona como centro pediátrico moderno dotado de investigación y enseñanza médica especializada a la par del Instituto Nacional de Pediatría.

Maternidad Arturo Mundet de asistencia privada, cubrieron necesidades de asistencia materno infantil y de atención del parto. Actualmente desaparecidos. En su generalidad siguieron existiendo las maternidades privadas. EL IMSS como ya se dijo antes, contó con su maternidad desde que fue creado, exclusivamente para familiares directos de los trabajadores. El ISSSTE incorporó la maternidad en la década de los sesenta cuando fue creado. Así, la SSA, el IMSS, y el ISSSTE fueron los tres grandes sistemas médicos institucionales de protección a la salud de la mujer, tratando de cubrir rubros concernientes al bienestar social.

En la década de los setenta la institucionalización empezó a ser cuestionada y con ello la medicina especializada. La competencia fue fomentada entre los profesionales de la medicina. Al médico especialista se le empezaba a describir como “hombre fragmentado”.

La medicina curativa de vanguardia no fue suficiente para las necesidades de salud de la población, contraria a una medicina preventiva que conlleve educación para la salud. Al respecto Peter Ward señaló, que las urgentes políticas iniciadas por pasadas administraciones fueron diseñadas para hacer creer a la población de que están atendiendo bien las necesidades de los pobres, pero solo “se les ha utilizado para dar apoyo al gobierno, mientras que otras veces, aporta un medio de compensar a los trabajadores por sus declinantes oportunidades y la erosión de su salario real”¹⁷⁰, refiriéndose quizá a los sistemas de seguridad social como políticas proteccionistas del Estado buscando legitimarse. Consideró asimismo a los grandes hospitales y centros médicos de alta tecnología como “elefantes blancos que vorazmente consumían los escasos recursos asignados a la salubridad en México”¹⁷¹ A la vez señaló que existieron muchos programas de atención a la salud que no se pudieron concluir por falta de recursos o limitados a programas sexenales. Sin embargo en las tres décadas de crecimiento económico, el Estado mexicano estructuró un sistema burocrático de protección al binomio madre- hijo destinando recursos con auxilio de la iniciativa privada por medio de patronatos.

¹⁷⁰ Peter Ward, *Políticas de Bienestar Social en México, 1970-1989*, traducción de Juan José Utrilla, México, Patria, 1989, p. 182.

¹⁷¹ *Ibidem*, p. 18.

Capítulo 2

La madre, el niño y a familia, objetivos de la asistencia médica y social

2.1 La Asistencia Materno Infantil

La asistencia materno- infantil como programa de Estado, fue estructurada y desarrollada en dos etapas. La primera, con la institucionalización de la salud en la década de los años cuarenta, fue dirigida a la madre y al niño, corporativizada por el mismo Estado. Por medio de la SSA fueron emitidas una serie de reglamentos para legitimizar las acciones gubernamentales. En la segunda, correspondiente a los años cincuenta-sesenta, el concepto de asistencia adquirió amplia connotación, es decir su aplicación práctica, en la cual, además del binomio madre-hijo, se dio cabal importancia a la familia, como institución básica para el progreso del país. No obstante, en ambas etapas la atención del niño fue prioritaria con respecto a la madre.

La atención materno infantil respondió a presiones internacionales principalmente del Fondo de las Naciones Unidas para la Protección a la Infancia (UNICEF) y el Fondo para la Organización de la Agricultura (FAO), organismos integrantes de la recién creada Organización de las Naciones Unidas después de la segunda Guerra Mundial, quienes emitieron una serie de decretos –mandatos- internacionales adoptados por México. Dichos decretos debían ser implementados por los gobiernos para la protección del niño en todos los ámbitos considerando las altos índices de desnutrición, incluyendo la asistencia a la madre.

La mujer, continuando con la tendencia del siglo XIX fue utilizada como símbolo social y núcleo fundamental de la familia. La asistencia a la mujer fue de dos tipos, la médica y la social. La atención médica estuvo supeditada al control de las enfermedades venéreas, al cáncer uterino y mamario extendiendo su radio de acción a la atención del parto. La social, con un enfoque familiar, fue otorgada por medio de una vasta red de instituciones de protección social, las cuales proporcionaron apoyo económico, alimentario, educativo y jurídico entre otros.

La salubridad y la asistencia aunque se encontraban fusionadas en una Secretaria de Estado en la práctica fueron separadas. La asistencia se

encontró asociada con la protección social de los menesterosos, entre ellos la madre y el niño pobres.

Las acciones aleatorias tanto médicas como estatales, dirigidas a la protección de la madre y el niño, previas a la institucionalización de la salud de la mujer, y las contempladas en ella, tuvieron como objetivo principal, la disminución de la morbi mortalidad materna e infantil. La alta mortalidad materno infantil fue un hecho real del período, causada por las deficientes condiciones de salubridad, higiene, desnutrición materno infantil y la “mala atención del parto” según los médicos. Dicha situación obligó a que el Estado prestara atención a este problema social, además de las presiones internacionales.

Con la institucionalización de la salud de la mujer, el parto debería atenderse en hospitales, sujeta a normatividad médica. Así, la atención de la mujer estuvo inscrita de primera instancia en un esquema de salud pública como patología social y una de las principales preocupaciones del nuevo régimen.¹⁷² Por otro lado se encontró la necesaria asistencia materno infantil.

En las campañas contra la insalubridad de las primeras décadas y con la prostitución reglamentada en 1929, las prostitutas como patología social, fueron recluidas en los hospitales existentes por ser estos “lugares propios para recopilar abundante material de observación para estudiar todo cuanto tuviera que ver con el mejoramiento de la raza”¹⁷³.

Las campañas contra el analfabetismo tuvieron que ver con la educación de las madres sobre higiene y nutrición. Para atenuar la desnutrición infantil en este mismo año, fue fundada la Asociación Nacional de Protección la Infancia y el programa “Gota de Leche” el cual incluyó la distribución de leche a niños lactantes y desayunos escolares a niños preescolares incluyendo a la madre. En 1937 fue creado con Lázaro Cárdenas el Departamento Autónomo de Asistencia Infantil y en 1938 la Secretaria de Asistencia Pública con acciones paralelas al Departamento de Salubridad y de Salud.

Desde la tercera y cuarta década, se empezó a perfilar lo que sería la atención materno infantil inserta en un amplio programa de asistencia social. No obstante, cuando hablamos de asistencia materno infantil, como una fase

¹⁷² Elsa Muñiz, *Op. Cit.* p.183.

¹⁷³ *Ibidem*, p. 182..

más en la medicalización femenina, no podemos separarla del combate a las enfermedades venéreas y el cáncer femenino, ya que a menudo se encontraron interrelacionadas en las políticas gubernamentales.

Hasta 1943, parte de la solución a estos problemas considerados de salud pública, fue por medio de campañas de educación higiénica a la población y la acción directa del Estado en las campañas nacionales.

En la década de los cuarenta, el concepto de asistencia fue generalizado e incorporado al lenguaje burocrático como bandera de la salud institucionalizada. La asistencia fue asociada con la protección al débil y menesteroso por el Estado paternalista. El concepto de asistencia pública englobó precisamente la acción estatal dirigida al pueblo y usuario generalmente de la medicina pública. Las clases medias y altas contrariamente, emularon lo privado.

Un país con grandes rezagos sociales, acentuados con el proceso industrializador se vio asimismo presionado a definir acciones a favor en este caso de la madre y el niño en indigencia. Dicha función fue asignada a la Dirección General de Higiene y Asistencia Materno Infantil encargada de proteger “la salud material y socialmente, a la población infantil del país en casos de abandono, descuido o imposibilidad de completa atención familiar, a través de hogares sustitutos, casas de cuna, guarderías infantiles y centros de observación”¹⁷⁴ En este periodo, la atención del niño fue prioritaria sobre la madre.

En 1946 en el Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia se señalaron las bondades de la asistencia así como los obstáculos a salvar para que pudiera hacerse efectiva. La asistencia fue presentada como un concepto moderno de un país que progresa y que comprende al núcleo familiar. Se debe otorgar a quien lo requiera, no quien lo solicite “como un derecho que el Estado le otorga y no como una limosna que se le tira”¹⁷⁵, como un derecho que se le otorgará lo quisiera o no¹⁷⁶ Por esto, a las madres había que educarlas y

¹⁷⁴ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 10, exp. 11.

¹⁷⁵ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 10, exp. 1.

¹⁷⁶ Con estos postulados, nació un elemento humano que desde este momento trabajará estrechamente con el Estado para “ayudar” a quien lo “necesite” en esos niveles de pauperización social. El Trabajo Social surgió como una profesión acorde con este momento histórico. A la trabajadora social se le habilitó, capacitó y de manera empírica fue proyectada a la práctica de manera urgente hacia el aspecto médico y social. Dicha profesión fue legitimada y legitimó al mismo tiempo al Estado Benefactor y protector, por

prepararlas “no solo para la lucha por la vida, sino también para cumplir con eficacia con la misión primordial que le está encomendada, la de velar por la salud de sus hijos y hacerles elementos útiles a la sociedad”, “ para mantener la unidad familiar”¹⁷⁷ Se pretende dar protección al binomio madre-hijo abarcando el núcleo familiar como célula fundamental de la sociedad considerada la familia como un organismo para marchar firmemente hacia el progreso y la felicidad¹⁷⁸

En este mismo año, México tenía 19 653 552 habitantes, de los cuales 65.7% era población rural y 34.3 % urbana. En 20 años se incrementó a 44 millones, un poco más del doble, con un marcado deterioro social. La asistencia materno infantil, aún cuando era una acción prioritaria del gobierno, no se puso en práctica con la rapidez con que se pregonaba en los discursos médicos y estatales en virtud del alto índice de enfermedades infectocontagiosas que no podía disminuirse, la poca infraestructura médica, así como deficiente preparación del personal, tanto en el área rural como en la urbana que se hiciera cargo de la atención materno infantil. En el área urbana, específicamente en la ciudad de México se contaba con hospitales de vanguardia, tales como el Hospital de Niño “doctor Federico Gómez”, el Instituto Nacional de Cardiología y el de Nutrición. Para la atención del parto se contaba con la maternidad Isidro Espinosa de los Reyes y la Maternidad Mundet como centros estructurados para el mejor nacimiento del niño. Para la atención materno infantil, además del control prenatal, existieron los centros de salud, equipados con servicios de otorrinolaringología, oftalmología, odontología, dermatología, vacunación infantil, dotación de ropa a mujeres y niños cuando era necesario, comedores, así como visitas a domicilio, tanto médicas como sociales.¹⁷⁹ Los especialistas del período eran médicos formados en el extranjero, por medio de tutorías o ejercicio profesional por tres años.

Para comprender mejor la estructura estatal de asistencia pública de los años cuarenta -cincuenta, a favor de la madre y el niño, se hace necesario mencionar la existencia de dos grandes subdivisiones, denominadas en un

medio de la asistencia médica y social. En la actualidad, el Trabajo Social elevado al nivel superior ha ido transformando su marco teórico profesional, aunque en la práctica sigue subordinado a las políticas y requerimientos estatales, con poca proyección social, comparativamente con el período que nos ocupa.

¹⁷⁷ AHSSA, fondo SSA, sección, Subsecretaría. de Salubridad y Asistencia, caja 10, exp. 11

¹⁷⁸ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 10, exp. 11

¹⁷⁹ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 5

principio secciones y posteriormente direcciones generales, las cuales interactuaban, cuyas acciones a menudo se superponían prestándose a confusiones. La Sección de Asistencia Médica y la Sección de Higiene y Asistencia Materno Infantil, nombradas a lo largo de este capítulo

La Sección de Asistencia Médica cuyo radio de acción fueron los hospitales, estuvo referida a la cuestión curativa, aunque en su estructura posterior diseñada como moderna fueron incluidas la prevención, la enseñanza y la investigación. Los hospitales que fueron incluidos para proporcionar atención a la madre fueron el Hospital Juárez, el General y el Morelos posterior doctor “Jesús Alemán Pérez” auxiliados por la Maternidad Isidro Espinosa de los Reyes, la Maternidad Mundet y el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho, con sus salas de maternidad, institucionalizados para la atención del parto reglamentado. A dichos hospitales les fue paulatinamente incorporada las bondades de la medicina moderna y sus especialidades médicas incluyendo la ginecobstetricia. Asimismo, dicha Dirección, tuvo ingerencia en los recién creados institutos especializados.

La Sección de Higiene y Asistencia Materno Infantil estuvo referida más a lo social, tratando de cubrir la prevención en el caso de la madre y el niño. Es decir, la asistencia social con mayor cobertura, que según los propósitos del período, benefició momentáneamente a la madre, al niño y a la familia en general. A lo largo de las décadas de los años cincuenta y sesenta fue diseñada y puesta en práctica una vasta red de instituciones con diversos fines.

Como asistencia general contaba con tres casas para ancianos, un comedor familiar, un comedor y dormitorio público que colaboraba con las casas amigas de la obrera y las casas de estudiantes con el suministro de alimentos, dos albergues infantiles temporales, una oficina de subsidios familiares, diez oficinas de servicios de emergencia y una bolsa de trabajo. Para la asistencia educativa contaba con diez casas amigas de la obrera que funcionaban con medio internado y un internado nacional infantil, asimismo, un programa de bienestar social y urbano y asistencia jurídica para gestiones de registro civil, matrimonios, pensiones, etc.

En la década de los cincuenta, la población creció desmesuradamente y con ella los altos índices de desnutrición infantil y materna y de analfabetismo a pesar de las misiones culturales. Sin embargo, las enfermedades infecto

contagiosas empezaron a descender entre ellas la sífilis. El Estado continuó con su perorata discursiva legitimadora, visualizándose los efectos de la institucionalización con centros de atención médica y social a favor de la madre y el niño.

Con el aumento del costo de la vida, se incrementó la mendicidad infantil, realizándose campañas para atenuarla. Sin embargo, el problema latente de la desnutrición, fue abanderado por el Estado y motivo de atención por parte de la medicina, el cual fue incluido en los programas de investigación, atendiendo más a las causas que a los efectos, tratando de educar a la población y así evitar un supuesto parasitismo social. Los menores indigentes fueron ubicados en hogares sustitutos cuyo tutor fue el Estado, producto de dos campañas contra la mendicidad infantil en 1951, en virtud del desempleo por el creciente progreso e industrialización del país.¹⁸⁰

Esta situación fue sin duda contradictoria ya que el hambre existió, en primer lugar por las precarias condiciones económicas y en segundo lugar por las condiciones de insalubridad generalizada. No obstante, el discurso oficial señaló la necesidad de exterminarla, no de calmarla, por tanto, “una verdadera obra social fecunda, digna, efectiva y radical es la que previene, la que rompe el círculo vicioso que constituyen la ignorancia y la miseria” “para satisfacer el bienestar familiar y la seguridad social”¹⁸¹.

En el período se apostó todo por la protección de la maternidad en bien de futuras generaciones mexicanas. Así que las palabras claves para la asistencia fueron la protección social de la madre, el niño y la familia, enmarcadas en un contexto de insalubridad, ignorancia y pobreza. No obstante se ostentaba el término bienestar familiar.

2.2 Contra la insalubridad, la ignorancia y la pobreza.

Desde los años veinte, la mujer enferma, analfabeta y pobre empezó a ser objeto de atención por parte del Estado, un Estado cuya ideología y valores fueron la preservación y fomento de la familia, la Patria y la religión. La

¹⁸⁰ *Informe de labores de la Dirección General de Asistencia Social 1950-1951*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 6.

¹⁸¹ “La Asistencia social como obligación del Estado”, *Informe de labores rendido por la Dirección General de Asistencia Social del 1° de septiembre de 1950 al 31 de agosto de 1951*, AHSSA, fondo SSA, sección, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 7, exp. 6.

herencia porfirista y la reconciliación con la iglesia después de la Cristiada, dejaron sentir su influencia en la población y las clases medias entre ellos los médicos. Primero se fomentó la natalidad y segundo, la unión familiar reflejadas en el amor a la Patria. Un Estado moderno que dentro de su afán legitimador y por acabar con los males sociales de los cuales eran causantes las clases populares, debía acudir a la institución familiar cuyo núcleo sería la mujer como madre y guardiana del orden familiar y social. La protección de la maternidad, a futuro, aportaría los ciudadanos que la Patria requería para el proyectado progreso.

En cuanto a salud de la mujer, la madre y el niño fueron objetos importantes de la salud pública. No obstante, la prostitución seguía siendo considerada un problema social, por lo cual trató de ser controlada desde los años veinte por medio de la reglamentación, pero debido al alto índice de mujeres contagiadas fue imposible. Las campañas represivas, de igual manera no eran del todo satisfactorias.

Las mujeres que contaban con tarjeta sanitaria eran continuamente sujetas a revisión médica por el Departamento de Sanidad y si se encontraban sospechosas de padecer el mal venéreo, eran enviadas en calidad de asiladas o reclusas a los hospitales entre ellos el Morelos, para el control del padecimiento, condición para que les fuera reintegrada la tarjeta de ejercicio, las libres, eran objeto de redadas continuas por la policía médica -funcionarios de salud-, remitidas de la misma manera a los hospitales¹⁸²

Una muestra de esta realidad fue plasmada por Elena Poniatowska en palabras de Jesusa Palancares, protagonista de su novela "Hasta no verte Jesús Mío", inserta en un contexto histórico de salud representativo del período que nos ocupa. Jesusa Palancares era típicamente una mujer marginada, que por azahares del destino fue empleada en el Hospital Morelos como ayudante médico, pero sin contar con la suficiente preparación. Por esto, dio cuenta de la situación que imperaba en dicho hospital "para podridas". Esta mujer reniega de su condición femenina, ante el sinnúmero de experiencias vividas, tanto con el sexo masculino, como en el medio social en que le tocó desenvolverse,

¹⁸² Durante las cuatro primeras décadas del siglo XX, las mujeres prostitutas fueron sometidas a severos tratamientos, en ocasiones crueles y degradantes por la clase médica, algunas se curaban otras no, ya que aún no se utilizaba la penicilina como tratamiento para las enfermedades venéreas.

quien refiere que “para todas las mujeres mejor sería ser hombre, seguro, porque es más divertido, es uno más libre y nadie se burla de uno”¹⁸³..... “Ningún enfermo puede llegar al hospital por su pie. Eso no vale. Tiene que llegar a morirse para desocupar pronto la cama”¹⁸⁴. Continúa la narración señalando que

El Hospital Morelos era para mujeres malas, que estaban en la Alameda, llamado también Hospital de la Mujer. Ahí se atendía partos, “enfermas de niño” y ahí se aliviaban. Así como a las mujeres que tenían un marido a cada ratito. Las llevaban a fuerzas porque las agarraban los agentes, les pasan revista en la calle de Tolsá donde está la Inspección de Salubridad y la que sale enferma va a dar al hospital”¹⁸⁵, las de San Juan de Letrán. Se trataba de una revisión obligatoria.

Las mujeres eran consideradas podridas a las que se les curaba con un “lapicito”. Se trataba de mujeres prostitutas, solteras, pobres y analfabetas. El último aspecto se trató de cubrir con clases de alfabetización en el mismo hospital, tanto a las enfermas como a las empleadas. Jesusa refiere que también trataron de enseñarle a leer y escribir pero no le gustó ya que le enseñaban otras cosas, además había otras prioridades como la pobreza¹⁸⁶

La atención a mujeres prostitutas dentro de la primera fase de atención a la mujer, fue proporcionada en un viejo hospital, con sobre cupo, en condiciones insalubres, falta de material y equipo médico, así como falta de capacitación del personal que prestaba el servicio, situación presente hasta los años cincuenta. En dicho hospital, las mujeres no eran consideradas sujetos, ni pacientes, sino asiladas o reclusas, esto es, aisladas del resto de la sociedad para que no contaminaran.

La reglamentación fue cuestionada por el diputado Querido Moheno – al parecer este es su nombre-, en virtud de no ser esa la solución, pues además de atentar contra el pudor femenino, no era la mujer prostituta la principal transmisora de las infecciones, mientras que el hombre que la había contagiado diseminaba por ahí la enfermedad y llevaba a su hogar los peligros

¹⁸³ Elena Poniatowska, *Hasta no verte Jesús mío*, España, Planeta de Agostoni, 2003, “Grandes Novelas de la Historia Mexicana”, p. 230.

¹⁸⁴ *Ibidem*, p. 240

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 245-246.

¹⁸⁶ *Ibidem*, p. 248.

de la infección blenorragica.¹⁸⁷ La reglamentación era igual a tolerancia. Esto es, el Estado en su doble moral, al reglamentar toleraba, pero al mismo tiempo combatía por moral y presión social.

A partir de 1940 fueron intensificadas las campañas contra las enfermedades venéreas y la prostitución, algunas represivas. Dichas campañas fueron extendidas a todos los niveles. A los médicos, parteras y comadronas que atendieran parturientas se les obligó a detectar casos de enfermedades venéreas. Asimismo se firmaron convenios con las dependencias oficiales como el IMSS, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de la Defensa Nacional, la Iglesia Católica y diversas organizaciones sociales para que colaborasen a ello. Otro giro importante fue la inclusión de la educación higiénica sobre conductas sexuales, tendiendo a la prevención, a fin de que se hiciera el diagnóstico oportuno. No obstante, en 1947, se insistía en la reglamentación. A continuación se presenta un cuadro por años y número de casos de sífilis y gonorrea..

Año	Sífilis	gonorrea.
1943	46 187	33 876
1955	23 982	21 309
1965	16 323	16 512
1970	10 976	11 467 ¹⁸⁸

Hasta 1965 aun existían campañas antivenéreas, aún cuando los índices empezaban a descender.

Por la alta mortalidad, el cáncer de la mujer fue un terreno para la ginecología, atendido a la par con las enfermedades venéreas y la atención del parto por medio de campañas nacionales. Los hospitales empezaron a atender a las mujeres con cáncer desde 1938, dirigidos más a la curación que a la prevención, con tratamientos en muchos de los casos radicales. En las siguientes décadas, con la institucionalización, algunos hospitales fueron acondicionados con tecnología moderna, incluyendo la fase preventiva, como fue el Hospital “doctor Jesús Alemán Pérez” antes de la fundación del Instituto Nacional de Cancerología.

¹⁸⁷ Elsa Muñiz, *Op. Cit.* p. 221

¹⁸⁸ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 28, exp. 1, *Prostitución*, Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias contra enfermedades venéreas.

Con la creación del Instituto Nacional de Cancerología, el viejo hospital doctor Jesús Alemán Pérez, naciente hospital de mujeres vio descender su posición de pionero en la atención del cáncer de la mujer. No así el actual Hospital General y Juárez que han sido equipados con tecnología moderna en sus unidades de oncología, en las que atienden cáncer femenino. Sin embargo, las acciones para la detección oportuna del cáncer uterino y mamario han sido insuficientes, no generalizadas para el resto de la población femenina, esto es, debido a la alta demanda causada por la sobrepoblación, la carencia de instituciones de salud que alberguen a dicha población y las deficientes políticas públicas al respecto y de información, ha ocasionado que el cáncer cervico uterino y mamario siga ocasionado muchas muertes inútiles de mujeres por la inadecuada detección oportuna en todos los niveles sociales, pero principalmente en los grupos urbanos marginados y las zonas rurales.

Conjuntamente al combate a las enfermedades venéreas y cáncer, fueron puestas en marcha políticas poblacionales. La primera Ley de población de 1936, y la de 1947 fueron implementadas para incrementar la población por medio de acciones dirigidas a fomentar los matrimonios y a disminuir la morbi mortalidad materno infantil¹⁸⁹, políticas que estuvieron relacionadas con el cuerpo de las mujeres y con la asistencia social.

A partir de la insalubridad, la ignorancia y la pobreza, términos que reflejaron en su generalidad la realidad mexicana de las seis primeras décadas del siglo XX, en la práctica fueron importantes para la institucionalización de la medicalización femenina. Dichos términos, significativos para ubicar la situación de la mujer, se vieron entrelazados, ya que al atender un aspecto no se dejaba de pensar en un segundo o un tercero, como causa y efecto. Por ejemplo cuando se hablaba de insalubridad, la mujer aparecía como problema de salud pública portadora de enfermedades venéreas y cáncer como resultado de su ignorancia y su pobreza, por tal había que educarla y protegerla.¹⁹⁰ La ignorancia –analfabetismo– y la pobreza, propias de los bajos niveles

¹⁸⁹ Lines, 1989, p. 8. citado en Ángeles Sánchez Bringas, *Mujeres, Maternidad y Cambio. Prácticas y Experiencias Maternas en la Ciudad de México*, México, UAM-PUEG, 2003, p. 34.

¹⁹⁰ La sífilis y el cáncer uterino y mamario junto con el parto, figuraron entre las principales causas de mortalidad femenina. Esto significó que en la década de los años veinte hasta los sesenta se practicaran severas campañas contra la prostitución, hasta que la sífilis empezó a disminuir. En el caso del cáncer femenino fue objeto de atención por parte del Estado desde la década de los treinta, por medio de campañas. Posteriormente, dicha atención fue institucionalizada.

socioeconómicos eran condicionantes de la alta mortalidad materna e infantil, para ello eran necesarias las intensas campañas de educación higiénica y contra el analfabetismo, dirigidas al conocimiento y mejoramiento de la medicina doméstica, en un período de gran ausencia de infraestructura hospitalaria. Recordemos que la infraestructura médica moderna planeada desde la década de los cuarenta generó resultados hasta la década de los sesenta- setenta. De tal forma, que un mayor conocimiento y prácticas higiénicas, así como de atención médica, repercutió favorablemente en algunos aspectos de la insalubridad y la asistencia materno infantil.

La atención materno infantil tuvo que ver con la pobreza, la insalubridad y la ignorancia pero principalmente con la falta de servicios médicos estatales, que se ocuparan de la vigilancia del embarazo parto y puerperio. Ciertamente, existían viejos hospitales que atendían a la madre únicamente en el alumbramiento, pero también un alto número de mujeres eran atendidas por parteras y comadronas, aún cuando tendían a relegarse por los médicos, que si bien morían las mujeres, no era por la mala atención de las parteras, sino por las condiciones de pobreza, desnutrición y parcial desconocimiento de medidas higiénicas y profilácticas causantes de complicaciones en el embarazo, durante el parto y después del parto. Si se presentaban complicaciones, no podían ser resueltas en muchos de los casos por la falta de médicos y hospitales. Es ahí donde se requería la presencia de un médico y un hospital, muchas veces ausentes o alejados de los centros rurales o urbanos. La disminución de los altos índices de morbi mortalidad materno infantil fue significativa para un país con una política pronatalista.

En 1952, en la segunda fase asistencial, fue reorganizada la atención a la madre y al niño, por medio de la Dirección General de Asistencia Materno Infantil. En esta década, hasta los primeros años de los sesenta. fueron puestos en práctica otros programas nacionales para prevenir la desnutrición y para fomentar la educación sanitaria. Asimismo, se iniciaron los programas de vacunación.¹⁹¹

La salud de la mujer institucionalizada, conjuntó la salubridad con la asistencia. De tal forma, que algunos nosocomios y centros estructurados

¹⁹¹ Bustamante, et. al, 1982, citado en Ángeles Sánchez Bringas, *Op. Cit.*, p. 34

para la atención materno infantil tuvieron como norma, practicar a toda mujer beneficiaria de la asistencia, un examen de laboratorio (VDRL) para detectar males venéreos. Otros, como el Hospital “doctor Jesús Alemán Pérez”, además del VDRL, empezaron a realizar pruebas de detección de cáncer uterino, así como tratamientos preventivos o radicales cuando ya existía el padecimiento. Dicho hospital fue de los pioneros en atender el cáncer femenino.

En la década de los cuarenta fue iniciada teóricamente la medicalización femenina, en los cincuenta-sesenta fue llevada a la práctica y en los setenta su consolidación ya institucionalizada, regida y controlada por el Estado y por los médicos, desde luego, con la atención materno infantil.

Así, el cuerpo de la mujer fue objeto de control social por parte del Estado y por los médicos, antes confesores. La moral fue asociada con lo saludable y lo inmoral con lo promiscuo. Dentro de lo moral fue incluida la madre, lo inmoral fue representado por las prostitutas y sus males venéreos.¹⁹² “El estado por consiguiente regula el cuerpo por conducto de la acción de una variedad de aparatos ideológicos en especial a través de la ley familiar y la medicina preventiva”¹⁹³

Un Estado fuerte que ligó el cuerpo de la mujer a “ la de una población sana y al de una nación civilizada a la altura de los más modernos del mundo, ambos con el afán de crear al nuevo mexicano, mejorar su tipo físico, así como establecer el espíritu de los hombres y mujeres de la nueva época.”¹⁹⁴

En síntesis, el combate a las enfermedades venéreas fue efectivo ya que éstas tendieron a disminuir. Las equivocadas políticas pronatalistas resultaron efectivas ya que la población fue incrementada en deterioro de la calidad de vida de los mexicanos, principalmente de las mujeres. La lucha contra el cáncer de la mujer se incrementó, con algunos logros. En la actualidad, la lucha continua. Sin duda, estas pautas han sido importantes para las luchas feministas en materia de salud femenina, con ciertos avances, sin embargo, queda mucho por hacer. La medicalización de la mujer,

¹⁹² Bryan, S. Turner, *El cuerpo y la Sociedad*, México, FCE, 1989, p. 266

¹⁹³ *Ibidem*, p. 258.

¹⁹⁴ Elsa Muñiz *Op. Cit.* p. 103.

institucionalizada en la ginecología ha sido objeto de debate para el feminismo.

La insalubridad, la ignorancia y la pobreza aunque no fueron banderas políticas de los gobiernos en las primeras décadas del siglo XX, fueron parte de una realidad social en las siguientes décadas, a pesar del pretendido progreso y modernidad. Los gobiernos en turno retomaron acciones pro madre-hijo-familia intensificadas.

2.3 La mujer, núcleo de la familia. El fortalecimiento de la unidad familiar, especial preocupación del Estado.

La familia, institución ancestral reconocida e incorporada al segundo período de asistencia materno infantil como la célula básica de la sociedad, ocupó un lugar primordial en una sociedad moralista cuyo orden social debía cuidarse con especial esmero. Las clases populares a menudo marginadas, debían ser incorporadas a este nuevo modelo de nación, donde el bienestar social y familiar, ocupó un lugar primordial. El apoyo y protección que otorgó el Estado a la mujer fue pensando en que su papel de madre y esposa dentro de la familia, tendría amplias repercusiones en el proyectado bienestar familiar. Así que, cuando fue institucionalizada la salud y con ello la medicalización femenina, en todas las acciones emprendidas por el Estado, incluyendo las iniciales políticas pronatalistas y la protección materno infantil después, estuvo presente el desarrollo y fortalecimiento de la familia.

Hemos mencionado anteriormente que el período de mayor auge a la protección materno infantil fue en los años cincuenta-sesenta en los cuales fue intensificada la alabanza materna y consagrada la utilidad de la mujer al servicio de la Patria y la necesidad de la unidad familiar. Adolfo López Mateos desde que fue postulado como candidato a la presidencia de la República, retomó el concepto de bienestar social, en un período de crisis política, económica y social. El modelo económico empezaba a desgastarse con la consiguiente inconformidad social. Fue un momento en que la inequidad y desigualdad económica y social exigían atención, por lo tanto, se debía continuar con las anteriores políticas de protección social y tratar de corregir el rumbo de México.

La década de 1955-1965, fue representativa de un México convulso, con una devaluación previa en 1954 que requería reactivar la economía. Gobiernos que tuvieron que enfrentar una serie de huelgas de obreros inconformes. Un momento en que se reactivó el nacionalismo y la unidad familiar, así como acciones asistenciales intensificadas a favor de la protección materno infantil, ya no tanto por poblar pues se empezaba a sentir el crecimiento demográfico, sino para paliar un tanto las inequidades sociales, producto de la industrialización.

Es definitivo, que si la familia era el núcleo de la sociedad, la mujer en su calidad de madre fue el vínculo entre el Estado y la familia, con presencia importante de la Iglesia, tanto en el ámbito público como en el privado, como rectora moral de la sociedad. Estado, madre y familia fueron piezas claves en la medicalización de la mujer del periodo y la asistencia materno infantil.

La maternidad, antes desplazada parcialmente en los años veintetreinta, por acciones aleatorias a favor del niño y el combate a las enfermedades venéreas fue el objeto principal de la medicina estatal. El binomio madre- hijo fue una misma preocupación, es decir, con la atención materno infantil, el bienestar de la madre sería el vehículo para el bienestar del niño. Consecuentemente, la protección a la madre, equivalía al bienestar familiar.¹⁹⁵ Al respecto, la SSA señaló que al aceptar la relación entre gestante y niño “se hace una unidad conceptual entre uno y el otro, lo que origina la aparición de nuestros servicios materno- infantiles con higiene prenatal y pos natal.”¹⁹⁶

La maternidad formó parte del llamado Estado de Bienestar, como una protección de tipo paternalista por el Estado y la clase médica, como un derecho maternal derivado de la política pronatalista, la cual estimulaba la maternidad, señalada ésta, como una función social incentivándola por todos los medios¹⁹⁷ “En los años cincuenta, este Estado de Bienestar para la madre, se desplazó para centrarse en el niño y la familia”¹⁹⁸

En España, en la primeras cuatro décadas del siglo XX la maternidad llamada maternología, tuvo amplia participación de los médicos “en la difusión

¹⁹⁶ José Álvarez Amézquita, tomo 1, *Op. Cit.* p. 441.

¹⁹⁷ Gisela Bock, *Op. Cit.*, pp. 443-462.

¹⁹⁸ *Ibidem*, p. 469.

de un discurso de género basado en la reconceptualización de la maternidad, entendida como deber social femenino, como también en la medicalización y profesionalización de la maternidad”.¹⁹⁹

La maternidad fue vista por los médicos como un deber social más que biológico y objeto de estudio. Sin duda el eugenismo médico inserto en las políticas estatales de salud, fue convertido en eugenismo social, donde la inicial despoblación, el deseo de conformar un nuevo ciudadano y la “sublime función maternal” aseguraría “la mayor perfección del engendro, acuciado por el espectáculo de la raza deforme, inferior, menguado en lo físico, flojo en lo moral”²⁰⁰

Por otro lado, la Sociedad Española de Higiene seguía evocando a la maternidad como “la base fundamental de la familia y de la higiene de la raza”, la cual en su discurso pregonaba: “proteged a los niños, son la alegría del hogar, el consuelo de la vejez, la perpetuidad de la raza, la savia de la nación”²⁰¹. Sin embargo, a pesar de estos buenos deseos protectores, seguían existiendo altos índices de mortalidad maternal, fetal e infantil. De cualquier manera, “la aplicación de las ideas higiénicas redentoras a la maternidad y la protección de los niños, representó la clave del desarrollo de la maternología”.²⁰²

En México, es en la década de los cincuenta cuando se desplegaron acciones a favor de la madre y la familia. La SSA definió el bienestar social como “un estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de males sociales” y “puede ser cumplido el programa a través de medidas económicas y sociales adecuadas”, atendiendo todos los sectores. Con esto, se promovía el progreso colectivo de las comunidades rurales, asimismo, se ofrecía solución a los problemas materiales y espirituales del hombre como miembro de la familia y de la comunidad.²⁰³

La mujer-madre fue exaltada e idealizada, por un discurso nacionalista con necesidad poblacional primero y la unidad familiar después. En la madre convergieron simbolismos, de los cuales, la Patria fue presentada como la

¹⁹⁹ Mary Nash, “Maternidad, Maternología y Reforma Eugénica en España”, en Georges Duby y Michelle Perrot, *Op. Cit.* p. 689.

²⁰⁰ *Ibidem*, p. 693

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² *Ibidem*, p. 694.

²⁰³ José Álvarez Amézquita, *Op. Cit.* tomo 2, p.631-632.

madre buena, protectora y sublime, indudablemente unida a la mujer fecunda, lo que idílicamente sería la Madre Patria²⁰⁴. Donde la maternidad representó el orden material y la madre el símbolo. La madre simbólica asociada con la Patria se concretizó en el orden material en la mujer madre protectora de sus hijos, amorosa, sublime, llevada al plano sobrenatural. De igual manera, “a través de la maternidad, la mujer madre es la transmisora, defensora y custodia del orden imperante en la sociedad y la cultura”.²⁰⁵

De esta manera, “el gobierno iniciaba así una nueva política, en que sería más clara e intensa después de la devaluación de 1954, en el cual, el empeño era demostrar una preocupación por llevar el bienestar social de la población y, en particular, de la clase trabajadora”.²⁰⁶

El lema de campaña de Adolfo López Mateos para presidente de la República fue “contra la insalubridad, la ignorancia y la pobreza”, al cual posteriormente le fue agregado la inseguridad y la justicia, ésta última, retomada de los gobiernos anteriores. En este contexto, la misión de la mujer como fuente de vida necesaria para la unidad familiar fue especificada claramente en su ideario de campaña señalando que

las mujeres de México, cuyas cualidades resumen la virtud más firme y emotividad más valiosa, corresponde también un superior cometido. La vigilancia del patrimonio moral que alienta en los hogares mexicanos y les da estabilidad, es indispensable para conservar y enriquecer la consistencia del núcleo familiar..... de las mujeres depende el constante mejoramiento del núcleo familiar.... de las mujeres depende el constante mejoramiento espiritual de los mexicanos, pues es en el hogar donde el niño, hombre del mañana recoge y atesora los valores permanentes.... De los hogares que encause una mano maternal, firme y generosa, de nobles sentimientos y ardientes ideales, saldrá siempre un pueblo mejor, que honre a México y afirme el perfil de sus anhelos²⁰⁷

Contrariamente, el voto otorgado no alejaría a la mujer de su hogar para llevarla a la política, sino que el adentrarse en la política le serviría para hacer una reflexión de su realidad y de los problemas nacionales, para conducir mejor

²⁰⁴ Elsa Muñíz, *Op. Cit.* p. 240.

²⁰⁵ Lagarde, citada en Elsa Muñíz, *Op. Cit.* p. 237.

²⁰⁶ José Luis Reyna y Paul Trejo Delarbre, *De Adolfo Ruiz Cortines a Adolfo López Mateos, 1952-1964*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, 1984, p. 50.

²⁰⁷ Adolfo López Mateos, *Mi Ideario, Social, Económico, Político y Administrativo*, México, la Justicia, 1957, p. 16

el hogar y “ninguna práctica tendenciosa y ningún señuelo falaz podrán trocar sus más intensos sentimientos, ni desviarla de su hogar ni de su pueblo”²⁰⁸ esto es, una ciudadana al servicio de México, a quien no “debemos distinguirla del varón sino para honrarla más”²⁰⁹

Adolfo López Mateos, dio respuesta a las necesidades que su gobierno le planteó y en virtud de la progresiva importancia dada a la familia, definió de manera precisa qué esperaba su gobierno y el país de la mujer. Requería una mujer- madre- ciudadana, que colaborara al desarrollo y fortalecimiento del país, así como de la familia, célula básica de la sociedad, utilizada en los continuos pregones patrióticos y nacionalistas, necesarios en esta carrera industrializadora y de progreso continuo.

Por otra parte, con la progresiva institucionalización de la salud y con ello la medicalización de la mujer, se requerían mejores ciudadanos y más rentables como fuerza de trabajo, es decir mayor plusvalía, ya que “un hombre sano es más productivo”, por tanto, el mejoramiento y la conservación de la salud humana era una tarea imperiosa para el Estado, en la que se ha de contar con la cooperación de todos los sectores sociales, para ampliar los servicios de salubridad y extender gradual y constantemente la ampliación de la asistencia y seguridad social²¹⁰

La medicina estatal nacionalista, pregonaba las bondades del sistema, cuyas acciones giraron en torno a la justicia social. El propósito era llevarla a todos los rincones del país, por un Estado protector por antonomasia de la salud de los mexicanos. El discurso médico señalaba que

este año(1960), se encuentra ante un mundo que violento demanda justicia social, esas apetencias que México, en el año de 1917 plasmó en las páginas de nuestra Carta Constitucional²¹¹ y como reflejo del pensamiento y de la acción de los paladines de nuestra Independencia y de nuestra Revolución, surge la chispa de la frase rotunda y definitiva, resumen del hambre infinita de sed de justicia de los humildes, de los olvidados, contra la insalubridad, la ignorancia y la miseria dice el primer magistrado de

²⁰⁸*Ibidem*, p. 16-17

²⁰⁹*Ibid.*

²¹⁰*Ibidem*, p. 15

²¹¹ José Álvarez Amézquita, vol. 3, *Op. Cit.* p. 867.

la nación mexicana, licenciado Adolfo López Mateos, respondiendo a los veinte siglos de civilización cristiana²¹²

En un Estado liberal, cabría preguntarse según la afirmación anterior, el sentido de la justicia social inserta en una civilización cristiana, con gran presencia de la medicina privada y la amplia participación de la iniciativa privada en los programas estatales de asistencia social y materno infantil. De igual manera, la inclusión de ideas conservadoras tales como la importancia y fortalecimiento de la familia en una sociedad que se moderniza.

Asimismo, la medicina, ardua colaboradora en esta ola nacionalista, conjuntando la ciencia con la política argumentó que

en contraposición, México sigue la senda de sus héroes y de sus mártires, de sus hombres de ciencia, de sus ilustres guías y de sus campesinos y obreros, en nombre de un pasado de gloria y de unas instituciones fundamentalmente humanistas, cambia para ajustar sus órganos políticos y administrativos al ritmo que la vida exige, de la velocidad con que es necesario operar en todos los campos de la ciencia y de manera muy acentuada, estableciendo la justicia social en la ciudad y en el campo, allí donde exista un habitante.²¹³

En la medicalización femenina institucionalizada, la clase médica fue determinante para que se retomara el cometido y función social de madre, inserta en un régimen nutricional y familiar cuyo eje principal era la mujer.

La ginecología, especialidad médica en vía de institucionalización, también tuvo amplia participación en confinar a la mujer a su sublime misión. El doctor José Manuel Septién señaló que con el gobierno benefactor

se protege a la mujer otorgándole las facilidades necesarias, que promuevan su condición femenina, la expansión de sus funciones, con plena participación en la formulación y aplicación de las políticas socioeconómicas, incluyendo las demográficas y despertando en ella la conciencia de su papel real y potencial en la vida nacional²¹⁴

En 1955, los incipientes médicos ginecologos proclamaban en uno de sus congresos, la necesidad de cuidar “a la mujer desde la adolescencia con educación y consejos, preparándola para la maternidad”, “para procurar niños

²¹² *Ibid.*

²¹³ *Ibidem*, p. 868.

²¹⁴ José Manuel Septién, *Historia.....Op. Cit.*, p. 223.

sanos y fuertes que sean la alegría de sus progenitores y la imagen y orgullo de una raza fuerte”²¹⁵ La adolescente, ya “como mujer la vemos transformarse en un ser sublime en cuanto se convierte en madre”. Por esto, es la ginecobstetricia quien atiende los problemas de la mujer, sus sufrimientos, incluyendo la alegría sublime de la maternidad.²¹⁶ El pretender niños sanos, la carga económica para el Estado disminuye propiciando mayor prosperidad nacional.

En el mismo año, a la ginecobstetricia le interesaba sobremanera estudiar y tener mayor conocimiento de las enfermedades de la mujer y por ende de su cuerpo, incluyendo a la maternidad. Por esto, a todas las mujeres madres en las maternidades, centros materno infantiles y hospitales generales les fue practicado de rutina un examen de laboratorio –VDRL- por sus siglas en ingles, para la detección de enfermedades venéreas, además de las campañas que aún existían. El papanicolaou, estudio para detectar oportunamente el cáncer cervico uterino fue indispensable para la Campaña Nacional de lucha contra el cáncer femenino.

En este momento, la mujer dejó de ser asilada o reclusa como en las décadas anteriores para convertirse en paciente o enferma, en aras de la ciencia. A la ciencia le interesó el objeto, el cuerpo de la mujer, no el sujeto mujer.

En 1967, en otro congreso de ginecobstetricia, los médicos fueron considerados exploradores de la mujer, calificada como un ser débil, desprotegido, que sufre y es el ginecobstetra el indicado para atender su enfermedad, su pena y su dolor.

En la década de los setenta, la ginecobstetricia fue dirigida “hacia la atención de una mejor salud para la mujer y una mayor seguridad en sus funciones de reproducción”, asimismo el de “cuidar al niño desde antes de su concepción hasta después de su nacimiento para entregar al mundo una generación mejor”.²¹⁷ Por tanto, según la AMGO, la “ginecobstetricia tiene una responsabilidad social con la generosidad y empeño que hasta ahora la ha

²¹⁵ *Ibidem*, p. 546.

²¹⁶ *Ibid.*

²¹⁷ *Ibidem*, p. 360

caracterizado, para colaborar con nuestras autoridades sanitarias en la protección de la vida de las madres mexicanas”.²¹⁸

En 1975, después de 30 años, a la mujer se le seguía considerando “el eje principal de la familia y base de la sociedad en la que recordamos constantemente a nuestros seres más queridos”²¹⁹ La familia seguía siendo parte del discurso oficial plasmado por ejemplo en la planificación familiar, la salud reproductiva, etc.

2.4 Protección médica y social a la madre y al niño.

El discurso médico y el del Estado se fusionaron en uno. La mujer, debido a su condición de madre con debilidad social y económica y eje de la familia, fue objeto de la protección, para que cumpliera con su noble misión de traer hijos sanos al mundo. La asistencia médica fue otorgada por los viejos hospitales y las nuevas instituciones creadas para tal fin, la social por las instituciones de asistencia. La cuestión social fue sin duda la más importante y politizada, puesto que la red de instituciones de este tipo fue mayor con relación a las médicas, en un país, donde la justicia social fue transferida al terreno del bienestar social, requerida para legitimar un Estado moderno.

Desde los años cuarenta existían dos dependencias ocupadas de la salud de la madre y del niño. El Departamento de Higiene y Asistencia Materno Infantil y el Departamento General de Asistencia Médica posteriormente Direcciones Generales.

La Dirección General de Asistencia Materno Infantil se ocupaba con sus centros de la atención prenatal, atención del parto y el período pos natal a mujeres pobres y atención pediátrica, protección permanente al niño expósito -depositado bajo la tutela del Estado-, protección temporal al niño abandonado, subsidios vigilados a familias económicamente débiles, tratamiento de los problemas mentales y sociales específicamente los emocionales de la población infantil amparados por la Dirección, asistencia social a la madre, amparo a madres solteras y a embarazadas, establecimiento de clubes de madres, asistencia a menores por medio de casas de cuna, hogares sustitutos, guarderías, casas amiga de la obrera, colonias de

²¹⁸ *Ibid.*

²¹⁹ *Ibidem*, p. 385.

vacaciones, grupos infantiles, parques de recreación educativa, etc.²²⁰ La asistencia jurídica servía para legalizar uniones familiares, registro de menores para trámite de pensiones, alimentos o adopciones.

Fue significativo el hecho de que la asistencia materno infantil fuera estructurada y promovida antes que la médica en virtud de la marcada desnutrición e insalubridad, acentuada por las malas condiciones de vida de la población y causantes de alta mortalidad. El Departamento de Asistencia Materno Infantil inició la reglamentación de las maternidades privadas, aunque en la práctica éstas no desaparecieron para ponerlas en orden y bajo control estatal. En 1946, Manuel Ávila Camacho aprobó la organización y funcionamiento de las maternidades y servicios de maternidad con este fin²²¹

La Dirección de Asistencia Materno Infantil procuró incorporar la prevención a la tradicional curación, específicamente en el embarazo y el parto. La Dirección General de Asistencia Médica tuvo bajo su control a los hospitales y a los nacientes Institutos Nacionales. Los hospitales, centros de curación, fueron planificados según los parámetros modernos de prevención, curación, enseñanza e investigación.

Ambas direcciones estuvieron interactuando en estrecha colaboración coexistiendo en un régimen de asistencia social a menudo superponiendo o duplicando funciones, de tal manera, que las madres se “aliviaban” en las maternidades y en los viejos hospitales. Cuando una madre hospitalizada requería de ayuda social, ésta era gestionada por medio de la trabajadora social en la Dirección de Asistencia.

Aún cuando la normatividad oficial estipulaba que la atención de los partos debía hacerse en centros médicos como mecanismo de control del proceso reproductivo, una gran mayoría de mujeres seguían siendo atendidas por comadronas y parteras. Aunado a esto, el arraigo entre la población del concepto de hospital como centro de buen morir, producía temor entre las mujeres. Un hospital de mujeres fue asociado con prostitución, enfermedades venéreas y cáncer como enfermedades infectocontagiosas y centro de aislamiento. En lo sucesivo, las escasas maternidades y hospitales públicos se convirtieron en centros de demanda entre las embarazadas para la atención

²²⁰ AHSSA, fondo, SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 48, exp. 1.

²²¹ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 48, exp. 1

del parto, siendo cada vez más insuficientes considerando el alto índice de mortalidad materna.

De 1945 a 1950 se registraron 21 228 defunciones maternas esto es alrededor de 4245 anuales cuyas principales causas fueron:

Infecciones del embarazo, parto y puerperio	22.5%
Hemorragias del embarazo parto y puerperio	12.5%,
Toxemias del embarazo y puerperio,	5.7%,
Aborto	3.5%
Complicaciones del embarazo, parto y estado puerperal no especificadas	54.9%. ²²²

Cifras indicadoras de elevada mortalidad materna en una población registrada en 1953 por la SSA de 28 millones²²³ y sin duda uno de los factores fundamentales para el estudio del cuerpo de la mujer y la institucionalización de la medicalización femenina, si consideramos las causas no especificadas de mortalidad materna.

En 1950, en la ciudad de México, la asistencia a la madre y al niño en lo que a atención del parto se refiere, fue otorgada en forma general por la Maternidad Mundet de asistencia privada y la maternidad Isidro Espinosa de los Reyes, considerada en ese periodo como un centro maternal de primer mundo, ambos con práctica ginecobstétrica en vía de institucionalización. Asimismo en las salas de maternidad adaptadas en los viejos hospitales generales. El Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho fue creado hasta 1959.

En esta década la mayoría de los hospitales en la República Mexicana contaba con salas de ginecobstetricia. La asistencia médica y la higiene materno infantil conjuntaron esfuerzos en función de la alta morbi mortalidad de la madre y del niño, teniendo como objetivo precisamente en ambos casos, la disminución de ésta, hecho fundamental para el desarrollo y mejoramiento de la población nacional²²⁴ .

²²² Antonio Sordo Noriega, "Mortalidad materna de la República Mexicana" en Gaceta Médica de México, enero- febrero, 1955, # 1 tomo LXXXV, pp. 59-63, biblio hemeroteca de la Facultad de Medicina, UNAM.

²²³ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 66, exp. 5.

²²⁴ AHSSA, fondo SSA, Subsecretaría de Asistencia, caja 42, Exp. 1

Si bien es cierto que se hablaba de un concepto materno infantil, en la práctica fue a la inversa, ya que mientras la madre gozaba de incipiente atención médica durante el embarazo, parto y puerperio para garantizar el mejor nacimiento del niño, para éste, la cobertura social fue mayor quien además de atención médica, gozó de apoyo social contra la mendicidad, la desnutrición, el abandono y el analfabetismo y por extensión a la madre. En el país existían 10, 496 565 niños, quienes representaban la tercera parte de la población, motivo por el cual

el Estado tiene que conservar y mejorar su infancia ya que ella es una riqueza poblacional y su única esperanza de mejoría. A la madre en su aspecto obstétrico, le damos el segundo lugar por la estrecha relación que tiene este acto con la mortalidad infantil, por la insalubridad común del medio hogareño, que junto con un bajo índice cultural impide la correcta asistencia domiciliaria, y por la alta mortalidad materna e infantil que por el acto del parto padece la Republica Mexicana. En último lugar, colocamos la asistencia hospitalaria del adulto en sus aspectos de enfermedades agudas y crónicas.²²⁵

Aún cuando los recursos eran cada vez más escasos el gobierno no cesaba en su empeño de proteger al niño, ya que éste será “la esperanza de la Patria y el buen ciudadano del futuro.”²²⁶ Todo ésto producto de la pobreza rezagada de tiempo atrás, acentuada con la industrialización, la migración rural a la ciudad y las presiones internacionales que sobre salud materno infantil debían seguirse.

En 1950, el Fondo de las Naciones Unidas para la Protección a la Infancia UNICEF- diseñó y envió a México un compendio a seguir para la urgente atención de la salud de la madre y el niño. Dicho compendio incluía la asistencia técnica que dicho organismo otorgaría a nuestro país, asimismo, la necesidad de cubrir con material y equipamiento a los centros de salud rural. Se recomendó la instalación de clínicas, laboratorios, hospitales para niños, instituciones al cuidado del niño, servicios de bienestar infantil, así como el

²²⁵ Antonio Prado Vértiz, “El problema hospitalario” en Gaceta Médica de México, tomo LXXXVIII # 10, octubre, 1958, biblio hemeroteca de la Facultad de Medicina, UNAM, p. 712

²²⁶ *Ibidem*, p. 723.

equipamiento y desarrollo de centros de entrenamiento para el personal local que se encargaría del cuidado del infante.²²⁷

De igual manera, se pidió se intensificaran las campañas de vacunación contra la tuberculosis, la difteria, con su correspondiente producción de vacunas, campañas educativas, alimentación, salud escolar, formación de personal auxiliar, medidas para el control de insectos, proyectos anti sífilis, campañas contra la pelagra, conservación de leche y asuntos maternos entre otros.²²⁸ Para 1951- 1952 se solicitaba al gobierno mexicano la organización de colectas permanentes para tal fin y mayor atención al niño. Como la petición fue hecha por medio de la Secretaría de Relaciones Exteriores, ésta fue turnada a la SSA, la cual no fue acatada en su totalidad, argumentando falta de personal capacitado en este rubro.²²⁹ Sin embargo ante tal presión, la SSA se dio a la tarea de hacerlo pero a un ritmo muy lento. En dicha capacitación fueron incluidos médicos obstetras, pediatras, enfermeras materno infantiles, así como parteras y comadronas.

Por esto, la atención materno infantil cobró auge en las dos décadas siguientes, instituida para cubrir las necesidades asistenciales propias de un Estado moderno, respondiendo asimismo a las presiones internacionales que sugerían incorporar recursos a programas de índole social, específicamente hacia el niño y la madre.

En 1952 se continuó la protección del niño y de la madre cuyos objetivos seguían siendo la disminución de la morbi mortalidad materno infantil, el correcto desarrollo físico y mental del niño o en su defecto su rehabilitación y, la solución de la problemática socioeconómica confrontada por la madre y el niño²³⁰

La Dirección de Higiene y Asistencia Materno Infantil –DHAMI- estructuró campañas contra la mendicidad infantil para la protección del niño materialmente abandonado. Dicha dependencia, en un informe rendido a la

²²⁷ “A compendium of information about the United Nations, International Childrens, Emergency Fund. Its origin and development policies, and operations in Asia, Europe, Latin America, the middle East and North Africa”, 1950, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 51, exp. 5, UNICEF.

²²⁸ “A compendium of information..... AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 51, exp. 5, UNICEF.

²²⁹ “A Compendium of Information.....AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaria de Asistencia, caja 51, exp. 5, UNICEF.

²³⁰ *Memorias de la SSA, 1953-1955*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaria de Salubridad y Asistencia, caja 51, exp. 2.

SSA en 1953, invitó a todos los sectores sociales a fin de coordinar esfuerzos intersecretariales dirigidos a la protección de la infancia, asimismo reiteró la falta de personal capacitado y locales adecuados, entre ellos las guarderías.

Para tal efecto, el Estado y la medicina unificaron acciones. En este periodo, fueron organizados una serie de congresos médicos y cursos cuyos títulos sugerentes fueron: Código de Protección a la Infancia, Seminario Nacional de Protección a la Infancia, Congreso Nacional de Pediatría entre otros, cuyo fin fue la preparación y adiestramiento del personal técnico y profesional en cuyas manos fueron ventilados los problemas de salud de la madre y el niño. De igual manera, se promovieron y efectuaron trámites de adopción, por medio del departamento jurídico de la oficina de asistencia²³¹

Los niños abandonados fueron considerados “hijos del Estado” el cual amparaba o asilaba en una vasta red de instituciones, conformada por una casa de cuna, sesenta y cinco guarderías, un centro de observación para niños y niñas -después llamada Clínica de la Conducta, donde se proporcionaba apoyo psicológico, para cubrir aquello que correspondía al bienestar mental- posteriormente desaparecido y, ciento diez hogares sustitutos. Para la mujer existía una casa de la madre , la maternidad Isidro Espinosa de los Reyes y algunas salas de maternidad en los viejos hospitales generales entre ellos el “doctor Jesús Alemán Pérez”.²³²

En 1956 se siguieron implementando acciones en colaboración con la UNICEF en función de

la importancia que para el desarrollo de la familia mexicana revisten los problemas de protección a la maternidad y la niñez, el gobierno de la República a través de la SSA ha venido cristalizando su constante preocupación en múltiples realizaciones, encomiadas todas ellas a elevar la condición de la madre y el niño dentro de la connotación integral del término salud²³³

Por esto, en la República Mexicana fueron incrementados los centros de trabajo materno infantil, así como la capacitación , adiestramiento de médicos

²³¹ *Informe de labores de la DGH y MI, 1955-1956*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 62, exp. 1.

²³² *Informe de labores de la DGH y MI*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 62, exp. 1.

²³³ *Informe de labores de la DGH y MI, 1955-1956I*, AHSSA, fondo SSA, sección subsecretaría de Asistencia, caja 6222, exp. 1.

internos y pasantes de medicina y las parteras rurales. La atención materno infantil fue señalada a nivel nacional como “la obra” con amplia participación de la iniciativa privada pero es

la SSA el organismo mediante el cual, el Estado consecuente con los principios que sustenta en materia socio asistencial, cumple con sus obligaciones proteccionistas para con la comunidad, por lo que respecta al sector materno infantil... con los firmes propósitos de ofrecer a la madre y al niño las máximas oportunidades de bienestar físico, mental y social²³⁴

En este mismo periodo cobró fuerza el paternalismo estatal, ya que además de la Dirección de Asistencia Médica y la DGH y MI fue estructurada la Dirección General de Asistencia Social encargada de crear y supervisar todos los centros de protección social y ayudas de emergencia, generalmente de tipo económico para medicinas o útiles escolares, cuyo objetivo fue “reafirmar la integridad familiar y social pugnando por su mejoramiento físico, moral e intelectual”²³⁵. Se crearon clubes de madres en los centros de salud, en los cuales se impartían cursos de economía doméstica, primeros auxilios, corte y confección a fin de obtener ingresos o elevar los existentes.²³⁶

El incremento de instituciones de protección social comprendió dos asilos para ancianos, un Internado Nacional Infantil y seis comedores familiares. Los comedores familiares además de proporcionar alimentos diarios a las clases económicamente débiles, colaboraron en la distribución de raciones alimenticias a estudiantes universitarios y del Instituto Politécnico Nacional, alojados en las casas de estudiantes o atendiendo solicitudes de particulares.²³⁷ La Dirección de Asistencia Social funcionó como bolsa de trabajo, en la cual se conseguían empleos y ayudas económicas, con apoyo de la iniciativa privada. Realizó campañas contra la mendicidad en mujeres con niños y asistencia jurídica.²³⁸

La “obra” fue continuada en el gobierno de López Mateos en la cual la mujer tuvo su máxima expresión como eje del núcleo familiar, ya que la

²³⁴ AHSSA, fondo SSA, Subsecretaría de Asistencia, caja 78, exp. 1. 1966- 1977.

²³⁵ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, Caja 66, exp. 5

²³⁶ Cfr. José Álvarez Amézquita, tomo 2, *Op. Cit.*, p. 636.

²³⁷ Una de las usuarias de comedores familiares fue Carmen Mondragón, conocida con el sobre nombre de Nahui Ollin y por su relación sentimental con Gerardo Murillo, el Dr. Atl.

²³⁸ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 66, exp. 5.

atención materno infantil fue dirigida a elevar el bienestar familiar. En 1959 la salud de la mujer continuó siendo enfocada a la disminución de la morbi mortalidad materno infantil, considerando el bienestar del binomio mediante “la solución mayor de sus problemas, derivados de los desajustes económicos-sociales que confrontan”²³⁹. Se continuó con la construcción de maternidades y hospitales infantiles en los demás estados de la República, clubes de madres sin descuidar a los hijos y la capacitación del personal.

La asistencia médica, incluyó la vacunación infantil y la detección de enfermedades venéreas como acciones importantes de la naciente medicina preventiva. Los objetivos de la Dirección de Asistencia Médica estuvieron vinculados con los postulados básicos que regían el hospital moderno, los cuales incluían la atención de la salud de la paciente con escasos recursos económicos, la enseñanza de médicos y profesionistas futuros especialistas, mejorar el nivel de atención médica y la investigación científica. La medicina preventiva fue de vital importancia para la salud de la madre y el niño.²⁴⁰

En 1960-1961, al lema “contra la insalubridad, la ignorancia y la pobreza” fue agregado el de miseria en lugar de pobreza “con impacto en la vital simiente que es la madre y en su futura fuerza que es el niño”, acciones destinadas a amparar a la familia mexicana en general, donde la Dirección de Asistencia Materno Infantil fue el órgano encargado de realizar la “obra”, de protección a la madre y al niño²⁴¹ Dicho apostolado, además de retomar la disminución de la morbi mortalidad materno infantil, propició el parto normal, el correcto desarrollo físico mental y psicológico del niño, incluyendo mejores niveles de educación higiénica de la familia.²⁴²

El discurso oficial siguió apoyando la protección del niño desde antes de su concepción como práctica eugenésica, plasmada en la higiene prenatal, lo cual comprendió la vigilancia de la madre durante el embarazo incluyendo investigaciones para el hallazgo de padecimientos “que afecten a la especie humana”²⁴³ ya con una visión obstétrica y de medicina preventiva.

²³⁹ AHSSA, fondo, SSA, serie Subsecretaría de Asistencia, caja 62, exp. 1.

²⁴⁰ AHSSA, fondo SSA, serie Subsecretaría de Asistencia, caja 66, exp. 5.

²⁴¹ AHSSA, fondo SSA, serie Subsecretaría de Asistencia, caja 62, exp. 1

²⁴² AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 62, exp.1.

²⁴³ Gaceta Médica de México, tomo XC 3 marzo 1960, Biblio hemeroteca de la Facultad de Medicina, UNAM., p. 246.

La UNICEF continuó apoyando con la capacitación del médico pediatra, del obstetra y del personal conexo, con fomento de la iniciativa privada “en beneficio de la madre, el niño y de la familia mexicana en general”²⁴⁴

La distribución de desayunos escolares, fue una acción fundamental para tratar de disminuir la desnutrición infantil. En su informe, Adolfo López Mateos -1963-1964- señaló que en 1958 se habían distribuido 80 mil desayunos escolares y en 1964 fueron incrementados a 3 millones, es decir en un 400%, de los cuales, 2 millones y medio fueron proporcionados a niños de primaria y el resto a preescolares. En 1961 por decreto presidencial fue creado el Instituto Nacional de Protección a la Infancia -INPI- para otorgar servicio asistencial complementario, extendiéndose el servicio de desayunos escolares a los estados de la República considerando

Que es propósito fundamental del Estado Mexicano responder vigorosamente al imperativo de carácter moral y social de proteger a la niñez por todos los medios a su alcance y puesto que el Gobierno Federal ha venido atendiendo este problema desde hace algunos años con la distribución de desayunos preparados conforme a dietas adecuadas entre los niños de edad escolar, y especialmente a los de familias de escasos recursos, a fin de complementar su alimentación y capacitarlos para desarrollar en mejor forma todos sus esfuerzos en bien de su salud y de su educación superior²⁴⁵

La salud materno infantil en general, por la marcada desnutrición en mujeres y niños marginados, fue combatida por medio de los comedores familiares que existían en la ciudad y los desayunos escolares en zonas rurales, supervisados por el Instituto Nacional de la Nutrición. Con estas acciones el ejecutivo dio tributo y un “homenaje” a la nación, asimismo procuró su gratitud “a las abnegadas madres mexicanas que dirigen, cooperan, y día por día laboran en una obra que responde a la honda inspiración humanística de mi gobierno”²⁴⁶²⁴⁷

²⁴⁴ *Ibid.*

²⁴⁵ Decreto que crea un Organismo Público Descentralizado que se denominará Instituto Nacional de Protección a la Infancia, Diario Oficial de la Federación, 1º de febrero de 1961, 1ª sección, tomo CCXLIV # 27.

²⁴⁶ *Informe que rinde al H. Congreso de la Unión el C. presidente Adolfo López Mateos (1963-1964)*, Secretaría de Gobernación, México, 1964, p. 64.

“En una capital, una de las más pobladas y extensas del mundo..... la más poblada y hermosa”²⁴⁸, el crecimiento poblacional ha surtido efecto en una ciudad con seis millones de habitantes. El diputado Manuel Guzmán Ordóñez quien contestó el informe presidencial señaló que el analfabetismo con Adolfo López Mateos era en 1960 del 36.39 %, y en 1964 había descendido a 28.91 %, asimismo, invitó “a perfeccionar nuestras instituciones jurídicas y políticas sin apartarse de la doctrina de nuestra Revolución”.²⁴⁹

La labor del presidente, en lugar de ser considerada parte y responsabilidad inherente, los programas sociales desarrollados fueron motivo de alabanza al mandatario y según el diputado Guzmán era una “labor llena de ternura, de intensa expresión humana, la de dar pan al niño que no lo tiene a través de esa generosa campaña de desayunos escolares que usted por modestia señor presidente, no ha podido subrayar con el énfasis que ella misma tiene”²⁵⁰

La primera dama no escapó de su “noble misión” de madre, cuya condición femenina fue referida como “esa mujer nobilísima, maestra y madre ejemplar, cuya mano se extiende siempre para enjuagar una lágrima o para clamar un sufrimiento”²⁵¹

En resumen, este periodo de gobierno -1958-1964- fue caracterizado por la bondad, humanidad y caridad del ejecutivo hacia los pobres, donde la primera dama representó a esa mujer dulce, tierna y abnegada, en cuyas manos se depositó la protección de la madre y el niño por medio del INPI, del cual fue su presidenta. Acciones necesarias para legitimar un progreso ya cuestionado. Las acciones del gobierno formaron parte del modelo económico incluyendo e imponiendo la asistencia social como razón de Estado.

Toda la red institucional de protección, generada e insertada en un proceso de asistencia moderna, no fue más que la caridad y la beneficencia perfeccionada, revestidas de justicia social, que en las siguientes décadas, con el fracaso del modelo de desarrollo y los cambios ocurridos, la mayoría

²⁴⁷ Al respecto, confróntese a José Álvarez Amézquita, vol. 3, *Op. Cit.* y AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 89, exp. 5, y doctor José Álvarez Amézquita en Revista de Salud Pública de México, Época V, volumen V # 4, julio- agosto 1963.

²⁴⁸ *Informe que rinde al H. Congreso de la Unión el C. Presidente.....Op. Cit.. p. 64.*

²⁴⁹ *Ibidem*, p.134

²⁵⁰ *Ibidem*, p. 140.

²⁵¹ *Ibid.*

de los programas asistenciales quedaron inconclusos o desaparecieron. Hoy de esa extensa red de asistencia no quedó nada. Ciertamente, la institucionalización reflejó cambios positivos y de manera urgente en la atención de la salud, pero dejó grandes secuelas con respecto a desigualdades económicas e inequidad social. El Estado, buscando legitimar su modelo de desarrollo, otorgó sólo paliativos a la problemática social, dejando de lado los problemas de fondo. Se atendió en un alto porcentaje los problemas de insalubridad. El analfabetismo aunque ha disminuido, aun existe en nuestro país. No existen “débiles sociales” pero sí pobreza incrementada

Sin duda se trató de un rico programa social gestado en los años cuarenta y conformado en los setenta, que ciertamente procuró gran apoyo al niño y a la madre pero no dejó de ser solo un paliativo en lugar de combatir de raíz la insalubridad, la ignorancia y la miseria.

Por la carencia de infraestructura médica y personal especializado, la atención materno infantil aunque fue puesta en práctica, dejó mucho que desear. La incipiente ginecobstetricia más que atender las causas de los padecimientos en forma sistematizada, tendió a disminuir el dolor con el uso de anestésicos y anti inflamatorios y a controlar hemorragias e infecciones. La creación de los bancos de sangre coadyubó en gran medida al control de las hemorragias maternas.²⁵²²⁵³ Con esto quedó clara la importancia que tuvo principalmente el niño y la mujer como madre, sobre toda la población.

25 años después, cuando ya se vislumbraban algunos frutos del proceso de institucionalización de la salud, la retórica médica y estatal referente al niño y a la madre prolongada por la Dirección General de Asistencia Materno Infantil recomendaba

que la asistencia del niño debe extenderse desde el claustro materno, impartiendo vigilancia prenatal adecuada que redunde en beneficio de la descendencia, que debe ser sana y normal. Más aún, la educación de la mujer, se propone para su maternidad conciente. Por medio de cuidados y consejos prenupciales se le puede inculcar cual es

²⁵² Antonio Sordo Noriega, “Mortalidad Materna en la República Mexicana”, *Op. Cit.*, p.59-63.

²⁵³ Los Bancos de sangre eran abastecidos en este período por medio de la compra de sangre a individuos que por necesidad económica la vendían, obteniendo así ingresos económicos extras. Este mecanismo existió hasta la década de los setenta- ochenta. Posteriormente, se prohibió la venta de sangre por donadores llamados profesionales, instituyéndose las campañas de donación altruista. Se trataba de obtener sangre segura, para disminuir el riesgo de enfermedades infectocontagiosas causadas por las transfusiones.

su verdadero papel y responsabilidad futura dentro de su hogar, así como la forma de cuidarse en el embarazo para llevarlo a su término y lograr hijos más fuertes y saludables. Nuestra responsabilidad crece, cuando consideramos que en cierta forma, en la salud y fortaleza de sus habitantes, está el porvenir de la Patria²⁵⁴

En 1972, aunque ya existían connatos de control natal desde la década de los sesenta, en las instituciones médicas como parte de políticas demográficas por el aumento desmedido de la población, se empezó a promover la paternidad responsable. La planificación familiar fue referida solo a parejas que la solicitasen, no a la mujer. Acción hacia la familia como colectivo social, no hacia el sujeto mujer.

La importancia dada a la atención materno infantil requirió la reglamentación de la maternidad antes que los hospitales cuyo auge fue posterior.

2.5 La maternidad reglamentada.

Con la institucionalización de la medicalización femenina, el cuerpo femenino sufrió el mismo proceso, atribuido a la maternidad. La atención del parto previa a la reglamentación de las maternidades sufrió marcados cambios, ya vislumbrados en los dos siglos anteriores.

La maternidad como rol y función social ha sido asignada a la mujer y a lo largo de la historia ha sido atendida por mujeres. En la Nueva España, considerando el importante rezago médico con relación a Europa, la presencia de las comadronas depositarias de un saber tradicional fue significativa en la atención de los partos y enfermedades propias de la mujer. Aún cuando las parteras y comadronas cumplían una importante función social tolerada, estuvieron permanentemente bajo la mirada médica, tratando de controlarlas mediante reglamentación. En el siglo XVIII, producto de ideas ilustradas fue iniciado el estudio del cuerpo femenino y con ello la práctica médica. Dicha práctica fue retomada por la medicina liberal- científica de los siglos XIX y XX.

En el siglo XIX y primera mitad del XX, la clase médica seguía sin involucrarse completamente en la atención de los partos y aun cuando existía un número importante de comadronas que auxiliaran en este hecho “natural”,

²⁵⁴ AHSSA, fondo SSA, Subsecretaría de Asistencia, caja 78, exp. 1, 1956-1977.

seguían considerándose “vulgares y por ende sumamente peligrosas para la asistencia del parto y puerperio”²⁵⁵ Al mismo tiempo, la maternidad era reforzada por los médicos los cuales “veían a la mujer como producto y prisionera de su sistema reproductivo”²⁵⁶ inserta en un contexto de excesiva moralidad, además de tener “el deber superior de proteger el bien trascendente de la salud social, que únicamente podía mantenerse mediante la producción continuada de hijos sanos”²⁵⁷ donde “la supuesta función natural por excelencia de la mujer, a saber, la maternidad, es representada apelando a su exaltación romántica de dicha condición, e implicando que solo bien guiada y supervisada podía dar los frutos que conduciría a un engrandecimiento nacional”²⁵⁸. Aun aún cuando se trató de reglamentar en el porfiriato la práctica relativa al parto “otorgando a los médicos el papel de autoridad, legitimando sus conocimientos como los únicos válidos y adecuados, y descalificando y subordinando el trabajo de las parteras tituladas, el gremio médico se vio incapaz de erradicar tradiciones y costumbres ancestrales de la sociedad en relación con el nacimiento de un niño”²⁵⁹. Dicha reglamentación fue consolidada con la institucionalización de la salud.

En el caso de la obstetricia, se empezó a generalizar la práctica de la cesárea con amplia participación del médico en los bautizos de los recién nacidos, muchos de ellos nacidos muertos o en severas condiciones de salud junto con la madre.

En este contexto, las comadronas continuaron siendo atacadas ferozmente por los médicos quienes por medio de capacitación y exámenes periódicos avalaron y autorizaron la practica únicamente a mujeres. Con esto, fue iniciada la masculinización de la medicación femenina en la cual, las parteras fueron incluidas a la práctica científica como auxiliares de los médicos, con severas limitaciones. Sin embargo quienes atendían el parto eran ellas mismas, siendo los médicos quienes recetaban medicamentos y operaban si

²⁵⁵ Nicolás León. citado en José Manuel Septién G., *Historia de la Ginecobstetricia en México*, Op. Cit.p.162.

²⁵⁶ Carrol, Smith-Rosenberg y Charles Rosenberg “El Animal hembra: Puntos de vista médicos y biológicos sobre la mujer y su función en la América del siglo XIX” en Mary Nash (ed), *Presencia y Protagonismo. Aspectos de la Historia de la Mujer*, España, El Serbal, 1984. p.344.

²⁵⁷ *Ibidem*, p. 349.

²⁵⁸ Claudia Agostoni, “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el Porfiriato” *Op. Cit.*, p. 86.

²⁵⁹ *Ibidem*, p. 95.

era necesario. No obstante, la medicina tradicional seguía siendo vigente para la mayoría de la población en las zonas rurales.

Así

Las comadronas entran como asistentes en los hospitales de las clínicas privadas, donde se encuentran en posición subalterna, ya no a disposición de las parturientas sino a las órdenes de los médicos todopoderosos. De esta manera, se desorganiza una forma tradicional de solidaridad femenina y las mujeres pierden toda autonomía en el campo de la reproducción. Las bases del pudor ceden más rápidamente.... A partir de entonces, el protector natural de la mujer con dolores de parto ya no es su marido, sino el médico.²⁶⁰

Con el desarrollo de la medicina científica en la segunda mitad del siglo XX este saber femenino finalmente fue apropiado por los médicos quienes desplazaron a las comadronas previa capacitación y reglamentación por parte del Estado.

En las maternidades, construidas a partir de la Revolución, aunque vigiladas por los médicos, las parteras profesionales y las enfermeras parteras estaban encargadas del control del embarazo, el parto y la atención del recién nacido. La carrera de partera profesional se suspende en la década de los cincuenta, y el ginecólogo, el pediatra y el anesthesiólogo, empezaron a desempeñar actividades que antes realizaban enfermeras y parteras. Con frecuencia, cada vez mayor, los obstetras fueron redefiniendo los procesos del embarazo y el parto como no naturales, y promoviendo, por lo mismo, interferencias en todos los momentos²⁶¹

Los médicos, aunque desdeñaban esta actividad, el estudio y atención del cuerpo de la mujer, en este caso la obstetricia, prometía una práctica significativa en aras de la ciencia y de los cuantiosos ingresos económicos.

Ya hemos mencionado que las prácticas obstétricas de fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX eran propias de la medicina predominantemente privada, la cual introdujo al país los avances médicos europeos de la época. Dicha práctica relacionada con la enseñanza de la obstetricia fue incorporada a los viejos hospitales públicos, pensando en reducir

²⁶⁰ Ivonne Knibiehler, "Cuerpos y corazones" en Georges Duby y Michelle Perrot en *Historia de las Mujeres en Occidente*, España, Taurus, 2001, p. 389.

²⁶¹ Carlos Zolla y Ana María Carrillo, "Mujeres, saberes médicos e institucionalización" en Juan Guillermo Figueroa Perea (compilador), *La Condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, Colegio de México, 1998, p. 174.

el alto índice de mortalidad materna e infantil. Las mujeres de clases acomodadas fueron atendidas en su domicilio por la medicina privada, ocasionalmente por parteras. La demanda mayor de parteras era entre las mujeres del pueblo. Con la medicina científica, y con la reglamentación de la partería, las mujeres que no contaban con recursos económicos para pagar los servicios del médico particular, podían acudir a los hospitales públicos, siempre saturados y en condiciones higiénicas poco satisfactorias. A pesar de estos cambios, las mujeres del pueblo siguieron fieles a sus prácticas tradicionales hasta la primera mitad del siglo XX en que fue implantada y desarrollada la medicina moderna. Aun cuando fue reglamentada la maternidad las mujeres continuaban desconfiando de los viejos hospitales, concebidos a pesar de los avances médicos como centros de reclusión o asilo. Incluso, no se lograba reducir los altos índices de mortalidad.

Las maternidades fueron reglamentadas en función de la necesaria atención materno infantil. El embarazo era un estado de la mujer donde no existían instituciones específicas para su atención. El concepto de hospital tenía que ver con la atención de los desamparados a quienes se les cuidaba por un corto tiempo mientras morían excluyendo a los “enfermos mentales, los infecciosos, niños enfermos y mujeres embarazadas”²⁶² En virtud de esta exclusión, fue necesario establecer un servicio público para ellos, separados de los hospitales generales.²⁶³

En nuestro país, desde que se inició la protección a los niños antes que a las madres en la segunda y tercera décadas del siglo XX, producto de la caridad y beneficencia con un sentido filantrópico de la clases acomodadas, ésta no funcionó sin las maternidades y los hospitales públicos, escasos en el período. Por tanto, para propiciar un mejor nacimiento del niño, se pugnó por la construcción de algunas maternidades públicas, como centros idóneos para ello.

Desde 1929 el doctor Ignacio Chávez como actividades urgentes en pro de la infancia propuso incluir en los planes de estudio de medicina la enseñanza de la puericultura y la pediatría y su inclusión “en los cursos actuales de obstetricia y de clínica de obstetricia que se darán en la Facultad

²⁶² Thomas Mckeown,, Cr. Iowe, *Op. Cit.* p. 229.

²⁶³ *Ibid.*.

de Medicina tanto para los alumnos como para las parteras.”²⁶⁴ La vigilancia del embarazo o higiene prenatal estuvo asociada con la salud del niño. Dicha atención estuvo dirigida a embarazadas indigentes en la cual “la protección del niño comienza atendiendo la salud de los progenitores y muy especialmente la de la madre en la época de gestación”²⁶⁵. Con esta idea fueron propuestos los Centros de Higiene Infantil. Las maternidades escasas serían el sitio adecuado para proteger a la infancia. Su urgente creación era con el fin de que se “organice lo más pronto posible un servicio de maternidad capacitado para llevar sus altas funciones y el que se vigile y controle el funcionamiento de las maternidades particulares, así como el ejercicio privado de las parteras, para garantizar la salud infantil”²⁶⁶

No obstante fue hasta 1945 que fue aprobado el Reglamento para Hospitales, Maternidades y Centros Materno Infantiles en el Distrito Federal, Territorios y Zonas Federales, cuyo objetivo continuó siendo la disminución de la morbi mortalidad del recién nacido y la madre, hecho fundamental para el desarrollo y mejoramiento de la población nacional.

Se expidieron dos reglamentos para hospitales y maternidades, uno en 1945 y el otro en 1952. En la primera Ley se trató de ordenar los servicios que prestarían atención de parto según parámetros modernos, es decir lo que sería una maternidad, llamada también sanatorio, su organización y funcionamiento, tanto de carácter público como privado.

En este reglamento se hacía la distinción de lo que era un hospital, una maternidad y un centro materno infantil.

Capítulo 1. Se entiende por hospital “todo establecimiento oficial, descentralizado o particular, que tenga como finalidad primordial la atención de enfermos que se internen para un diagnóstico y tratamiento. Podrá tratar también enfermos ambulantes, adiestrar personal; realizar labores de investigación. Por tanto, se consideran como hospitales los sanatorios, clínicas, casas de salud y todo establecimiento en que se internen enfermos para los fines expresados, cualquiera que sea el nombre que se asigne al establecimiento.

Capítulo II. Por maternidad, el establecimiento destinado a la atención de las parturientas.

²⁶⁴ Boletín del Departamento de Salubridad Pública # 1, 1929, p. 2.

²⁶⁵ *Ibidem*, p. 4.

²⁶⁶ *Ibidem*, p. 5

Capítulo III. Por centro materno infantil el establecimiento dedicado a servicios prenatales, natales y pos natales.²⁶⁷

La segunda Ley refrendaba lo establecido en la primera.

Otro concepto emitido para una maternidad, era el relacionado a cualquier establecimiento que recibiera gratuitamente o mediante pago a mujeres “en estado real o presunto de embarazo, en trabajo de parto o puerperio para administrarles atención obstétrica o médica, y siempre que no tenga menos de 24 camas”²⁶⁸ cuyo permiso era otorgado por dos años, al término de los cuales debía renovarse, con sujeción y control absoluto de la SSA.

Todos los centros de atención maternal públicos y privados debían estar sujetos al reglamento. Dichos centros podían ser servicios de maternidad, maternidades u hospitales con área de maternidad, e iban en función del número de camas.

Un servicio de maternidad era un establecimiento que contaba con menos de 25 camas, una maternidad debía contar hasta 50 camas que podía corresponder a un hospital chico, un hospital mediano debía tener de 50 a 200 camas y un hospital grande, de 200 a 1000 camas. Fue obvia la carencia de hospitales grandes y por el número de camas los medianos estuvieron en el común denominador. El hospital “doctor Jesús Alemán Pérez” que contaba con 84 camas para maternidad podría corresponder según el reglamento a un hospital mediano. Este hospital contaba con más camas pero eran para la hospitalización de otros padecimientos de carácter general.

En todos los casos, el personal básico debía integrarse por un médico responsable del centro que fungiría como director, quien además de poseer título de médico cirujano partero registrado en la SSA, tenía que haberse dedicado por 3 años a la obstetricia. Un médico pediatra, quien además de ser partero, debía tener experiencia por tres años en atención de niños. Una enfermera titulada o capacitada en actividades obstétricas, que podía ser inclusive una partera. Se aceptaban los servicios de nodrizas.

²⁶⁷ Diario Oficial de la Federación, 17 de noviembre de 1945, tomo CLXXXIX # 15. p. 1

²⁶⁸ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 42, exp. 1

En cuanto a infraestructura y equipamiento, se tendría que contar con sala y aparato de rayos x, quirófanos, salas de parto con oxígeno, sangre por lo menos medio litro, servicio de dietología, cocina de elaboración y distribución de alimentos, una sección de bio estadística con archivo clínico, departamento de cadáveres y un área de consulta externa²⁶⁹

Dicha normatividad, en la práctica fue de difícil aplicación. En la ciudad de México se trató en esta primera fase, de crear la infraestructura y la capacitación necesaria del personal. Sin embargo, cuando se hizo extensiva a los estados de la República, surgieron múltiples objeciones tales como la carencia de parteras y pediatras especializados, falta de luz en muchos de los casos para la instalación del aparato de rayos X, imposibilidad de introducir cunas, ya que la madre se negaba a separarse de su hijo, aunado a esto, la falta en general de recursos humanos y materiales ²⁷⁰

Hasta 1952 continuaron las objeciones e inconformidades para la aplicación del reglamento. El 8 de enero de 1952 se hizo un segundo intento. Fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el nuevo Reglamento para Hospitales y Maternidades que sustituyó al antiguo.²⁷¹ Este nuevo reglamento, no contenía mayores disposiciones ya que había retomado la mayoría de los puntos anteriores para su inmediata aplicación. Un elemento importante fue, que esta vez, tuvo mayor aplicación práctica, ya que este período fue el de mayor auge a la atención materno infantil, prolongada a las siguientes décadas. El personal fue objeto de intensa capacitación y adiestramiento, entre ellos el médico cirujano especializado en partos y futuro obstetra, un pediatra responsable de la atención de los recién nacidos, una partera titulada y una enfermera especializada o adiestrada.

En este período fue creado el centro materno infantil, gran avance en la atención de la madre y el niño, definido como “un establecimiento destinado no solo a la atención del parto sino a proporcionar servicios pre y posnatal.”²⁷² Establecimiento que junto con las maternidades, fueron los centros de práctica

²⁶⁹ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 10, exp. 11.

²⁷⁰ AHSSA, fondo SSA, serie Subsecretaría de Asistencia, caja 10 expediente 11.

²⁷¹ José Álvarez Amézquita, director de Asistencia Médica en el Distrito Federal, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 42, exp. 1

²⁷² José Álvarez Amézquita, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 42, exp. 1.

con amplios beneficios en la formación de ginecobstetras y como parte del ambicioso proyecto dirigido a la atención moderna del parto.

Para ello, la medicina había monopolizado el proceso reproductivo, al incorporar a la atención del parto, la consulta pre y posnatal. La AMGO señaló que

a través del tiempo, la persona que ha atendido los partos ha evolucionado, desde la auto atención, la atención empírica por mujeres, después las comadronas, las parteras, el médico general y finalmente el especialista ... creemos que en los tiempos actuales, los partos deben ser dirigidos y atendidos de preferencia por médicos especialistas, y que tanto los médicos generales y las parteras serán sus colaboradores, pudiendo atender los partos y solamente a falta de obstetra desarrollar labores más especializadas²⁷³

Por lo tanto, los partos antes atendidos en diversas partes, en lo sucesivo “deben ser atendidos en instituciones hospitalarias”.²⁷⁴

Los médicos propusieron en apoyo a los reglamentos, la creación de hospitales modernos que incluyeran la maternidad equipados con laboratorios, rayos x, farmacia, almacén, etc., recomendando la posición decúbito dorsal en el alumbramiento, por ser ésta la posición “más cómoda para el médico y la enferma”, con personal capacitado, donde el factor común fuera la protección de la madre como del hijo²⁷⁵

En 1960 se aseguraba que la vida y salud de la madre se encontraban más garantizadas por la asistencia hospitalaria con la evolución de la asepsia y la anestesia. No obstante, el doctor José Rábago viejo médico obstetra, afiliado a la Academia Nacional de Medicina pugnaba por un mayor número de partos normales, sancionando quizá el alto número de cesáreas y la inducción electiva del trabajo de parto dentro de la práctica médica. El citado médico señalaba que es costumbre “que el partero adapte su horario al momento en que la naturaleza determine que ha llegado la hora de que nazca un niño, en

²⁷³ José Manuel Septién, et. al, “Atención moderna del parto” en Revista de Ginecología y Obstetricia, volumen XV, 84-89 I 584, enero-febrero, 1960, biblio hemeroteca de la Facultad de Medicina, UNAM, p. 87.

²⁷⁴ *Ibid.*

²⁷⁵ *Ibid.*

vez de forzar a la naturaleza para que se adapte al antojo o comodidad del médico o de la paciente”²⁷⁶

En 35 años aproximadamente, -1925-1960-, fueron definidas y puestas en práctica políticas estatales y médicas para reglamentar y poner en práctica, acciones pro-maternas, así como la infraestructura -no suficiente- y la preparación del personal humano necesario.

A pesar de que las políticas estatales y la medicina científica preocupadas por un mejor embarazo, parto y puerperio que reflejaran el mejor nacimiento del niño, éstas no fueron suficientes, ya que el mismo doctor Rábago lamentaba que “aún quedan la masa principal de la población rural, de raza indígena o mestiza que en el estado de pobreza en que se encuentran todavía, está muy lejos de alcanzar los beneficios de la civilización y entre ellos la correcta atención de la mujer en trabajo de parto”²⁷⁷.

El hospital doctor Jesús Alemán Pérez de la ciudad de México, llamado hospital de mujeres empezó a ganar prestigio y reconocimiento ya que además de la atención de las enfermedades venérea en descenso, la atención del cáncer cervico uterino y mamario incluyó el servicio institucionalizado de la maternidad, con gran demanda. En las siguientes décadas fue perfilándose como centro ginecobstétrico especializado.

²⁷⁶ José Rábago, “Evolución de la Asistencia de los partos en los últimos 35 años”, en Revista de Ginecología y Obstetricia, vol. XV, 84-89, I, 584, enero- diciembre, 1960, biblio hemeroteca de la Facultad de Medicina, UNAM, p. 112.

²⁷⁷ *Ibid.*

Capítulo 3.

La medicalización femenina institucionalizada en un hospital para mujeres.

3.1 Del viejo al nuevo Hospital de la Mujer.

La medicalización de la mujer ha sido asociada con las diversas construcciones culturales que la historia ha registrado del objeto mujer y con ello la utilización de su cuerpo por la práctica médica. En el pasado, las diversas acciones médicas, tanto públicas como privadas, institucionalizadas o no, ligadas al concepto de hospital, han motivando ciertas confusiones en lo que ha medicalización femenina se refiere, ya que todo lo que se ha hecho, ha sido considerado un beneficio para la mujer. De ahí surgió la connotación vaga de lo que era o podría considerarse un hospital de la mujer.

Los conceptos de viejo y nuevo Hospital de la Mujer de la segunda década del siglo XX, se basaron en dos vertientes. Por un lado se encontró que hasta 1966, el hospital se encontraba ubicado en el mismo lugar en que fue construido un hospital de caridad, propio de la Colonia. El hospital de Nuestra Señora de los desamparados, erigido en el siglo XVI y el de San Juan de Dios en el siglo XVII aunque no desarrollaron acciones a favor de la medicalización femenina, con la institucionalización de la salud dichas instituciones se han señalado como los antecedentes más remotos por los historiadores de la salud y la medicina en la ciudad de México.

A lo largo de los diversos períodos históricos por los que ha transitado nuestro país y la concepción que se ha tenido del cuerpo de la mujer y los hechos acaecidos, han conformando los diversos nombres que ha tenido el hospital y el tipo de atención, tanto médica como social, que ha sido asignada a las mujeres en dichos períodos. De tal manera que hasta 1966, le he llamado viejo Hospital de la Mujer “Dr. Jesús Alemán Pérez”. De 1966 hasta la fecha le he llamado nuevo Hospital de la Mujer donde ha perdido el sobrenombre llamado únicamente Hospital de la Mujer. En este año fue trasladado de su vieja sede en Avenida Hidalgo # 45 en el Centro Histórico, a Prolongación Díaz Mirón # 374 en la colonia Santo Tomás de la Delegación Miguel Hidalgo, predio que actualmente ocupa. Es decir, se ha considerado el antes, cuyo pasado se remonta hasta el período colonial, haciendo énfasis

en el Porfiriato hasta la década de los cuarenta del siglo XX. Asimismo el con y el período inmediato a la institucionalización de la ginec obstetricia y el carácter social de la atención médica, del cual nuestro hospital fue de los precursores, funcionando como institución de salud pública y hospital escuela. El viejo y el nuevo hospital fueron relevantes para la práctica médica y para el desarrollo de las políticas públicas en materia de medicalización femenina, contenidas en un sistema de caridad, beneficencia y asistencia, esta última referida como justicia social. Existió sólo un hospital de la mujer en la ciudad de México en la segunda mitad del siglo XX como centro especializado y de carácter social. El resto de los hospitales públicos denominados generales, contaron y cuentan con una área específica para la práctica de la ginec obstetricia. Para el estudio y tratamiento especializado en alteraciones de la mujer relacionadas con la reproducción se creó el Instituto Nacional de Perinatología considerado de vanguardia y de investigación en la década de los setenta.

A menudo se ha señalado que por el edificio colonial, que albergó al viejo hospital llamado de la mujer por aproximadamente 450 años, la atención de la salud de la mujer data desde este periodo. Sin embargo, para tratar de explicar dicho antecedente, se hará un breve análisis a manera de explicación histórica sobre los cambios institucionales y las diversas concepciones que se han tenido sobre el "objeto" mujer y su función social desde este período, mismas que permanecieron con algunas modificaciones hasta la institucionalización de la medicalización femenina en la segunda mitad del siglo XX. Dichas concepciones asociadas con los conceptos de debilidad social, enfermedad, pobreza, marginación, subordinación y dependencia dieron origen a lo que se conoce como Hospital de la Mujer. Conceptos que justificaron en parte la institucionalización de la medicalización femenina en la cual la mujer fue considerada como sujeto de ayuda y protección por los médicos y gobiernos.

Una característica importante del viejo y nuevo Hospital de la Mujer que perduró en la medicina institucionalizada fue su carácter social. La atención a una población abierta de mujeres marginadas o con bajos recursos económicos, fueran derechohabientes o no de la seguridad social fue su razón de ser. En los diversos periodos en los cuales insertó su existencia, fue

ubicado como una institución de caridad en la Colonia, de beneficencia sin ser totalmente laica en el México Independiente, de progreso científico durante el Porfiriato y finalmente como institución de asistencia pública de atención materno infantil en la década de los cuarenta cuando se perfilaba el México moderno y el período que nos ocupa. Cambios relacionados con similitudes y continuidades históricas más que rupturas totales, mismas que dieron vida a la medicalización femenina institucionalizada de la segunda mitad del siglo XX.

3.2 Recuento histórico

La caridad cristiana fue fundamental en la atención de las mujeres ya que las instituciones coloniales que fungían como hospitales, destinadas a socorrer a la población desvalida y menesterosa entre ellas las mujeres pobres, se encontraron auspiciadas por cofradías administradas por religiosos. En los dos primeros siglos coloniales -XVI y XVII- el concepto de hospital “se daba indistintamente a las hospederías, casas de cuna, sanatorios y en general a los sitios donde como indica la palabra, se hospedaba o se recogía a los menesterosos”²⁷⁸ De ahí se infiere que un hospital colonial no atendía la curación sino en su elaborada forma cristiana, se pugnaba por otorgar más alivio al dolor espiritual que al físico y consuelo al sufrimiento, sin mayor interés por la enfermedad.

El hospital colonial sin duda, fue heredado de la Edad Media el cual es señalado como de ordenación social característica de su época, como institución filantrópica y humanista ya que estos hospitales eran albergues para pobres más que clínicas médicas, en ellas se recibía hospedaje más que salud, más atención al bienestar del alma del enfermo que a la curación de los males del cuerpo²⁷⁹ Los santos fueron asociados con la curación de las enfermedades. San Cosme y San Damián eran los patronos de la medicina, el resto de los santos lo eran de otras actividades. La mayoría de los hospitales fueron bautizados con nombres de santos como es el caso del Hospital de San Juan de Dios en el siglo XVII, cuyo edificio fue ocupado hasta 1966 por el viejo Hospital de la Mujer.

²⁷⁸ Josefina Muriel de la Torre, *Los Recogimientos de Mujeres*, México, UNAM, 1974, p.56.

²⁷⁹ Federico Ortiz Quezada, *Hospitales, Op. Cit.* pp. 91,93.

Muchas de las obras que en bien de los menesterosos se realizaban tenían la denominación común de “hospitales pues en ellos, la palabra y la institución misma tenían una enorme amplitud”²⁸⁰ En ocasiones eran hospitales para pobres, otros hospederías para peregrinos, bien orfanatos o asilos para enfermos²⁸¹ No había especializaciones y la caridad lo que pretendía era dar auxilio a todos los necesitados²⁸², auxilios espirituales ante la idea de la muerte.

“La vida de un hospital giró siempre en torno de una Iglesia, o una catedral, o a un convento”²⁸³ Eran hospitales para pobres sin sentido de lucro, únicamente producto de la caridad cristiana. Cuando en Europa fue desapareciendo el concepto de filantropía, sustituyéndolo por el de ciudadano y responsabilidad cívica, en América fue reforzado el espíritu cristiano. En México, en la segunda mitad del siglo XX fue retomado tardíamente lo que debía ser un hospital según la teoría de Tomás Moro, basado en la justicia social, una institución para enfermos que crea el sentido social de una nación bien organizada.²⁸⁴

El viejo Hospital de la Mujer, ocupó un edificio colonial que funcionó como hospital de gran valor histórico, en virtud de haberse fundado desde el siglo XVI. Dicho edificio existe hasta la fecha. Este inmueble- hospital ha pasado por una serie de cambios a lo largo de 450 años. Ha sido ampliado, restaurado, mutilado y remodelado, asimismo, ha cambiado de nombre en sus años de vida y razón de ser. En los primeros años de la Colonia fue el Hospital Real de Epifanía y de Nuestra Señora de los Desamparados patrocinado por filántropos y transformado en el Hospital de San Juan de Dios, bajo administración de los Juaninos, orden religiosa que se ocupó de esta institución de salud en los siglos XVII, XVIII y principios del XIX. En la segunda mitad del siglo XIX ocupando el mismo edificio fue llamado Hospital Morelos, incipiente centro de medicación femenina hasta 1947, en que le fue cambiado el nombre por el de hospital central “Dr. Jesús Alemán Pérez” posterior Hospital de la Mujer. Con la institucionalización de la salud, por corto tiempo fue llamado

²⁸⁰ Federico Ortiz Quezada, *Hospitales, Op. Cit.*, p. 12

²⁸¹ *Ibid.*

²⁸² *Ibidem. p. 13*

²⁸³ *Ibidem.*

²⁸⁴ Josefina Muriel, *Los recogimientos de Mujeres..... Op. Cit.*, p. 31.

indistintamente “Dr. Ángel Gaviño” y “Dr. Jesús Alemán Pérez”. Actualmente, es conocido únicamente por Hospital de la Mujer.

3.2.1 El Hospital Real de Epifanía, de Nuestra Señora de los Desamparados y el Hospital de San Juan de Dios. Hospitales para marginados y desamparados sociales.

En la Nueva España, existieron numerosos hospitales producto de la caridad cristiana pero ninguno exclusivo para las mujeres. El Hospital Real de Epifanía como incipiente institución de salud debía a la “manifestación de Cristo a todos los pueblos de la tierra representados en los Reyes Magos, auspiciado por una cofradía formada por personas piadosas e inteligentes.”²⁸⁵ Recibía tanto hombres como mujeres cuyo patronato representado por Don Pedro López, se auxiliaba de limosnas. Asimismo se proveyó de una casa de cuna adjunta para los niños abandonados, siendo la primera que tuvo la ciudad. Los empleados eran de corte laico, quienes recibían un salario, incluyendo a las nodrizas. A fines del siglo XV, denominado hospital de Nuestra Señora de los Desamparados pasó a ser patronato real.

A principios del siglo XVII fue asignado a la orden religiosa de los Juaninos, con gran tradición hospitalaria, bajo reglamentación real, adoctrinando a los frailes como enfermeros, quienes vivían inicialmente de limosnas públicas, invitando asimismo a los ricos a dedicarse a las obras piadosas Dichos religiosos se encontraron empapados del fervor caritativo del período. Posteriormente, acumularon grandes propiedades y dinero, mismas que les fueron confiscadas con la independencia.

El hospital de San Juan de Dios, igual para personas desamparadas, fue uno de los hospitales más importantes de la Nueva España. Fue un hospital general destinado a la población mestiza, mulata y negra no infectocontagiosa, en función de la discriminación y desamparo de que fueron objeto por los españoles. Existían hospitales de diversos tipos y para diversas personas, pero para esta población marginada entre la que se sumaba la mujer, no existía hospital alguno, pero requería protección.

²⁸⁵ *Ibidem*, p. 259

La orden religiosa “Hermanos de San Juan de Dios” denominados popularmente Juaninos dieron el nombre al hospital, continuando la obra caritativa del periodo anterior. Fueron ellos quienes ampliaron y “modernizaron” el edificio y llevaron a esta institución a ser considerada durante la Colonia como de “primer lugar en América”²⁸⁶ Dicha orden permaneció en la Nueva España hasta 1820 en que fue suprimida por las Cortes de Cádiz y por tanto, el Hospital de San Juan de Dios fue clausurado pasando a poder del Ayuntamiento.

Los Juaninos construyeron un gran edificio digno de la orden y a pesar de los crecientes donativos no pudieron cubrir la demanda de la población, situación presente y extendida hasta el siglo XX. El hospital, de carácter general fue dirigido a cubrir las demandas sociales de la población resultando insuficiente, ya que solo contaba con alrededor de 100 camas, 50 para hombres y 50 para mujeres, atendiendo las necesidades de insalubridad debido a los constantes azotes de las epidemias entre la población. “Los Juaninos impartieron a los desamparados todos los consuelos posibles, con solícito afán los curaron con las prescripciones médicas de aquellos tiempos, sin que les faltara nada, ni curación, ni abrigo, ni alimentos, ni medicinas y ofrendando hasta su vida”²⁸⁷

En este período, el cuerpo de la mujer estuvo relacionado con la maternidad y el pecado. Tanto la mujer española como la indígena tenían la necesidad de poseer cualidades ineludibles como cuidadoras de su buen nombre, respetuosas y fieles al marido, generosas, ayudadoras de los necesitados, amorosas con todos, trabajadoras, madrugadoras, buenas gobernadoras de su casa y pacífica. Dichas atributos correspondían a una “buena mujer”, enclaustrada en su hogar y alejada de la esfera pública y económica. Es decir, era hija, madre y esposa. Por el contrario, la “mala mujer” era la prostituta que se negaba a la procreación e inclinada al puro deseo carnal. La buena y mala mujer requerían de cuidado y protección. La primera, de su padre y esposo. La segunda, de la sociedad por medio de instituciones principalmente de tipo religioso, ambas, tratadas como menores de edad que

²⁸⁶ SSA, *Revista del Hospital de la Mujer*, publicación no periódica, México, 1974, p. 5.

²⁸⁷ Adrián Quirós Rodiles, *Breve Historia del Hospital Morelos*, México, Departamento de Salubridad de México, 1933, p. 39.

debían de corregirse para que no se convirtieran en pérdidas y atentaran contra la moral pública y buenas costumbres.²⁸⁸

Con base a esta marcación sexual, la maternidad fue atendida principalmente por las comadronas y parteras en una posición vertical, de cuclillas ya que los médicos desdeñaban esta actividad por considerarla sucia, degradante e incómoda. No obstante existieron centros para redimir a las pecadoras, en este caso a las prostitutas, tanto españolas, mestizas e indígenas, por medio de los recogimientos. Dichos recogimientos evolucionaron hacia los hospitales y hospicios para pobres, aledaños a los conventos y claustros para que no alteraran el orden social existente.

La idea de la maternidad como signo de buena mujer estuvo en boga durante los tres siglos coloniales. El cuerpo de la mujer, aunque se encontró asociado con el pecado, también fue sublimado en aras de la procreación y la reproducción y aunque al médico no le interesó la atención de los partos, tuvo bajo su mirada a las comadronas, sea para reglamentar la atención de los mismos o para capacitarlas, argumentando su falta de preparación e ignorancia en el desempeño de tal actividad.

El matrimonio y la salvaguarda de la familia fueron necesarios en un “proceso de colonización acelerado a favor del poblamiento”,²⁸⁹ en función de la moral cristiana imperante. En ambos casos, tanto en españolas como indígenas, el matrimonio monogámico aseguraba la preservación del linaje y de los bienes.

En el siglo XVIII, la situación de la mujer siguió siendo la misma, la de madre-esposa y prostituta. La variante fue que la maternidad se empezó a reglamentar a favor de los médicos, quienes con la ilustración, específicamente con los Borbones, dieron apertura a la medicina moderna imperante en Europa. Con este “arte de partear” surgieron los tocólogos, independientemente de los cirujanos. Con esto, fue iniciada la obstetricia, institucionalizada junto con la ginecología doscientos años después.

La práctica médica durante la Colonia, respecto a las enfermedades de la mujer en general, fueron tratadas sin mayor exclusividad en las instituciones de salud llamadas hospitales, y sin duda su cuerpo, destinado a la

²⁸⁸ Josefina Muriel, *Los recogimientos..... Op. Cit.* p. 16

²⁸⁹ *Ibid.*

reproducción, contribuyó al “arte de partear”,²⁹⁰ concepto extendido hasta el siglo XIX. Las enfermedades de su cuerpo pecador, como la sífilis, la gonorrea, y las histerias “propias de la mujer”, iniciaron la práctica de la ginecología.

En la atención de los partos, actividad no relevante para la medicina, solo aceptaban a alguien del mismo sexo para que ayudara en tal evento natural de la mujer²⁹¹, sin embargo, no existió hospital alguno dedicado a la partería. A los pocos médicos que ejercían tal arte no se exigía limpieza de sangre y buen origen siendo estudiante, lo que no sucedía con los cirujanos, situación en que el “oscurantismo, el empirismo y la ignorancia se enseñoreaban en el área y se conjugaban en la lucha, el poder y autonomía de las comadronas”²⁹²

Las últimas décadas del dominio español marcaron lo que sería la medicación femenina moderna en el siglo XX. El México Independiente y el Porfiriato retomaron ideas coloniales sobre la atención de la mujer y el cuidado de su salud.

Al final del período colonial, fueron percibidos cambios en la sociedad, permeada por ideas ilustradas. La religiosidad y con ella la caridad cristiana tomaron otro matiz. Cambios observados en el descenso de los conventos y las casas de recogimiento, como refugio a mujeres solteras, viudas, esposas abandonadas o prostitutas esencialmente.²⁹³

Ya hemos mencionado que de los numerosos hospitales coloniales que se fundaron, no existía uno solo exclusivo para la mujer, sin embargo, en 1774 fue fundado el Departamento de Partos Ocultos para proteger a las mujeres caídas en desgracia. En el hospicio de pobres, en un área aledaña, se encontraba dicho departamento “destinado a mujeres españolas que querían ocultar su maternidad por razones sociales o bien porque no podían dar a luz en sus casas”²⁹⁴ El resto de las mujeres acudían a la medicina tradicional, en cuya casa eran atendidos los partos por las comadronas. Dicho departamento

²⁹⁰ Nicolás León, *La Obstetricia en México*, Consejo Médico Nacional Ordinario, Consejo Internacional de Americanistas, México, tomo IV, 1910, p. 213-216.

²⁹¹ Norberto Uribe Elías, *La invención de la mujer. El nacimiento de una escuela médica*, México, FCE, 2002, p. 25

²⁹² *Ibidem*, p. 26.

²⁹³ Silvia Marina Arrom, *Las mujeres de la ciudad de México, 1790-1857*, traducción de Stella Mastrangelo, México, siglo XXI, 1988, p. 63

²⁹⁴ Guillermo Fajardo Ortiz, *Op. Cit.*, p.43.

fue el antecedente de las maternidades y permaneció en boga durante 100 años aproximadamente hasta que se concretó la primera Casa de Maternidad e Infancia en 1865. Cabe aclarar que en el hospital de San Juan de Dios no se atendían partos solo enfermedades generales y poca cirugía, ya que existía poco “arsenal” quirúrgico²⁹⁵

A fines del siglo XVIII las fundaciones particulares entraron en decadencia por falta de espíritu de servicio, olvidando a los enfermos, en un período de relajación. Asimismo, en virtud de la falta de patrocinio derivado de la caridad, siguieron trabajando, pero en precarias condiciones y “muy mal”.²⁹⁶

El Hospital de San Juan de Dios, de igual manera, se vio afectado por esa relajación. En una visita ordenada por el rey Fernando VII y las Cortes de Cádiz con carácter más laico, a los Juaninos, se les acusó de “relajación, no solo en la disciplina sino de ignorantes, malévolos y traficantes”... en cuanto al tratamiento de la sífilis dicen que “el método curativo es empírico, paliativo, precipitado y descarado” así como de. “falsificar y adulterar las drogas”²⁹⁷ Con esto, la medicina ilustrada dotada de un carácter laico trató de desplazar paulatinamente a la tradicional, inmersa en la caridad cristiana.

En 1820, los diputados de las cortes españolas decretaron la supresión de “todos los monasterios de las ordenes monacales, las órdenes de San Juan de Dios, Betlemitas, y todos los hospitales de cualquier clase que sean”²⁹⁸ Dicha orden fue ratificada en México hasta 1821 y por medio de la Junta Gubernativa pos independencia, la orden de San Juan de Dios fue suprimida en México²⁹⁹ pasando a poder del Ayuntamiento, junto con todos sus bienes y posesiones acumuladas durante sus aproximadamente 200 años de vida

En el período independiente, marcado por convulsos acontecimientos políticos y penurias económicas, la situación de la mujer no cambio. Una vez emancipados políticamente, la necesidad de estructurar el nuevo Estado mexicano fue imperante, sin embargo, las necesidades sociales, incluyendo a la salud de la población, fueron postergadas ante un erario publico empobrecido. Aun cuando muchos edificios coloniales destinados a la

²⁹⁵ Adrián, Quirós Rodiles, *Op. Cit.* p. 66.

²⁹⁶ *Ibidem.*, p.33.

²⁹⁷ *Ibidem.*, p.49.

²⁹⁸ *Ibidem.*, p. 50.

²⁹⁹ *Ibidem.*, p. 51.

beneficencia fueron conservados, por falta de mantenimiento y medios para su restauración, posteriormente fueron abandonados, entre ellos el de San Juan de Dios, el cual estuvo hasta 1830.

“El abandono de los hospitales era completo. Sin personal adecuado para la asistencia de enfermos, la penuria exagerada del erario público y en el estado caótico del país justificaba el mal estado de estas casas de beneficencia”³⁰⁰

Por esta situación de penuria “algunos hospitales desaparecieron, otros se encontraron desaseados y desmoronándose.”³⁰¹ De 1826 a 1830 fue cerrado el Hospital de San Juan de Dios, hasta 1834 fue destinado a la Orden de Enseñanza de Indias y en 1835 pasó a poder de la Archicofradía de San Juan de Dios que reabrió el hospital, con un corte de religiosidad, privado y con residuos caritativos, en estado de pobreza y abandono³⁰²

En la primera mitad del siglo XIX, después de la independencia, el nuevo proyecto de nación exigía una reestructuración total. Se pretendía establecer un gobierno representativo, democrático y legal ante la influencia de los conservadores y de la Iglesia católica. Se pretendió una sociedad laica, racionalista y disminución del poder de la nobleza, un pensamiento ilustrado liberal, disminución del poder de la Iglesia católica y de la propiedad privada, un liberalismo económico y decaer de las instituciones hospitalarias. La filosofía fue cambiada por la política y el hospital fue separado de la religión.³⁰³

El Estado pretendió tomar el control de la salud de la población. La medicina fue reorganizada en torno a los avances de la medicina europea. Lo privado se pensó en ser desplazado por lo público, y dirigirse hacia el pueblo, aunque en la práctica no fue del todo posible ya que las arcas del gobierno se encontraban vacías, por tanto los buenos deseos se vieron truncados.

En un Estado liberal que acudió al pueblo para legitimarse buscando el progreso, en un país diezmado en su población por la guerra, la insalubridad y luchas internas durante la primera mitad del siglo XIX, la mujer empezó a ser valorada como sujeto útil a la sociedad, sin omitir su función social de madre, hija y esposa. Fue asimismo, objeto de protección por parte del estado

³⁰⁰ Josefina Muriel, *Los hospitales... Op. Cit.*, p. 70.

³⁰¹ Guillermo Fajardo Ortiz, *Op. Cit.* p. 49.

³⁰² Adrián, Quirós Rodiles, *Op. Cit.* p. 68.

³⁰³ Josefina Muriel, *Los Hospitales.... Op. Cit.* p.320.

liberal, cuyo contexto histórico la situó dentro de la corriente del romanticismo y la moral victoriana. No obstante, fue iniciado el estudio y la preocupación por el cuerpo de la mujer, así como la atención de las nuevas enfermedades de las mujeres, presuntas y reales por la medicina científica, asignándole al útero y los ovarios, la responsabilidad de todos los males femeninos, por tanto había que extraerlos. En este contexto, fue iniciada la cirugía ginecológica y los médicos se preparaban para ello.

Paulatinamente se fue reconociendo la utilidad de las mujeres en un margen de libertad.³⁰⁴ José María Luis Mora decía en 1836 que las mujeres habían alcanzado mucho pero por la frivolidad de su carácter valían realmente poco y no eran más que un puro objeto de galanteo. Eran valiosas compañeras de los hombres, fuera del placer carnal. Existía para ellas la música, el dibujo y la lectura, mas no tenían derechos ciudadanos.³⁰⁵ Esto coadyubaba a su educación “para que sirvieran más a sus comunidades”³⁰⁶ Aun así, la vida de las mujeres continuó girando en torno a “los votos de la Iglesia, deberes de la familia y la dirección de la casa”³⁰⁷

Indudablemente fueron mejoras para las mujeres, pero su tradicional papel maternal se vio realzado y acrecentado su prestigio por su importancia civil³⁰⁸ en un marco de progreso social y avance del sexo delicado. En síntesis, se quería madres ilustradas y consumidoras fugaces del naciente progreso mundial. Dicho progreso fue perseguido por las clases acomodadas, trabajadoras, productoras y maestros que sirvieran al Estado atendiendo la salud, la educación, etc., en virtud de la escasez de recursos para que el Estado se ocupara de ellos.

La educación fue un elemento importante que marcó la diferencia entre las mujeres buenas y las malas. Las buenas eran las instruidas de la clase alta. En ambas, ricas y pobres, sinónimo de buenas y malas, se adoptaron

³⁰⁴ Silvia Marina Arrom, *Op. Cit.* p. 64

³⁰⁵ Citado en *Ibidem*, p. 326

³⁰⁶ Doña María Ignacia Azlar y Echevers y Doña María Ana Gómez de la Cortina, ambas profesoras. Esta última promotora de las hermanas de la caridad en la Nueva España, única orden religiosa laica al servicio de la naciente beneficencia. Dicha orden atendió el Hospital de San Juan de Dios hasta la época de Maximiliano con la Casa de Maternidad e Infancia resultante del Departamento de Partos Ocultos, herencia colonial. Citado en *ibidem*.

³⁰⁷ Comentarios de Josefina Bachellerey sobre las mujeres francesas en “educación para las mujeres. Panorama de las señoritas, 1842” citado en *ibidem*.

³⁰⁸ *Ibidem*, p. 69.

“algunos conceptos asociados al romanticismo y el victorianismo” empezando a aflorar en México en 1840-1850. “El más difundido fue la exaltación romántica de la maternidad”³⁰⁹, entonces, fue iniciada la hiperbolización de la maternidad como “función augusta, misión sublime y santa, quedando la mujeres en una posición sagrada en la sociedad”³¹⁰

En cuanto a la atención del parto, las ricas eran atendidas por la medicina privada estructurada en el periodo, en su domicilio y, las pobres por la comadrona en su casa, a falta de instituciones públicas.

Las mujeres malas eran las “escasamente educadas, presentadas como la fuente de todos los males sociales”³¹¹. En este cuadro, se insertaban perfectamente las prostitutas causantes de las enfermedades venéreas.

El régimen liberal, en su pretendida igualdad, a pesar del mayor prestigio adquirido por la maternidad, no lo fue en la esfera pública ni en la familia, ya que la “subordinación de la esposa al marido persistía como ideal social”.³¹² Dicho ideal fue refrendado por personajes como Payno y Fernández de Lizardi. El primero exaltaba a la mujer como “felicidad de la especie humana” que “aumentaba los placeres de la vida”.³¹³ Accedió incluso a apoyar a la Iglesia Católica como institución que mantendría a las mujeres en su sitio, como un baluarte del orden social, afirmando implícitamente que la coacción era necesaria para controlar al bello sexo.³¹⁴ El segundo pensaba que las mujeres sabias eran mas adoradas que seguidas y “nadie puede ignorar que una mujer educada en los principios y los hábitos masculinos ofrece una monstruosa contradicción, trastorna el orden social, rompe el equilibrio y se convierte en un ser mixto, que si tiene fuerza y predominio de su sexo, pierde la suavidad y la modestia del otro”³¹⁵

El hospital de San Juan de Dios auspiciado por una archicofradía fue reabierto, atendido por las Hermanas de la Caridad, dotadas de un sentido

³⁰⁹ *Ibidem*, p. 320.

³¹⁰ *Ibid.*

³¹¹ *Ibidem*, p. 319

³¹² *Ibidem*, p. 322

³¹³ Citado en *Ibidem*, p. 323

³¹⁴ Citado en *ibid.*.

³¹⁵ Citado en *ibidem*, p. 324.

laico, controlado por el Estado, quienes se desempeñaron como las primeras enfermeras profesionales del país³¹⁶

En 1821 se realizó la primera confiscación de los bienes de la Iglesia, la segunda con la reforma juarista. De las leyes de reforma que afectaron los hospitales y con ello la atención de la salud en general de la población, fue la de 1959 con la segunda ocupación de los bienes eclesiásticos y la de 1861, en la que fueron secularizados los hospitales y establecimientos de caridad.

Como hechos importantes del periodo y que repercutieron en la medicalización de la mujer, se citan la transformación de la caridad privada en beneficencia pública impartida por el Estado, la creación de la Dirección de Beneficencia Pública, como dependencia que coordinó en lo adelante los hospitales públicos que permanecieron después de que fueron confiscados los bienes eclesiásticos, desaparición de las agrupaciones mutualistas, la reglamentación de los hospitales de la beneficencia privada y la fundación de los primeros hospitales privados de lucro –1889-³¹⁷

Con la restauración de la República, el cuadro que presentaban los hospitales era desolador, estaban abandonados y sucios, no mejoraron³¹⁸ Los hospitales eran para enfermedades no contagiosas y estaban junto a las iglesias, para asilar a las enfermas y para que “ningún viento dañoso pasando por los hospitales vaya a herir a la población”³¹⁹

La atención a la salud de la mujer estuvo relajada. Las mujeres dementes fueron marginadas en el Hospital del Divino Salvador y en San Hipólito. Existía la sífilis como enfermedad infectocontagiosa, tratada no tan científicamente junto con la lepra, el tifo y otras enfermedades en el Hospital de San Pablo hoy Hospital Juárez y en el de San Andrés, hoy Hospital General de México, de los pocos que subsistieron junto con el Hospital Morelos. La atención de los partos era generalmente por comadronas, actividad paulatinamente reglamentada y monopolizada por la nueva medicina científica.

³¹⁶ Fajardo Ortiz, *Op. Cit.* p. 49

³¹⁷ *Ibidem*, p. 50

³¹⁸ *Ibid.*

³¹⁹ Francisco Santiago Cruz, *Los Hospitales de México y la caridad de don Benito*, México, Jus, 1959, p.110.

Por esto, las mujeres dementes y sifilíticas fueron separadas, no existiendo un sitio especializado para su curación, considerando asimismo a los padecimientos venéreos como males secretos.

Este panorama existió hasta los primeros años de la década de los sesenta del siglo XIX. Fue en el efímero imperio liberal de Maximiliano, cuando se sentaron bases para la atención de la salud de la población y con ello “a favor de la mujer”. Dicha atención estuvo supeditada a la atención de la maternidad y a las enfermedades venéreas, insertas en la cobertura médica científica. No obstante los incipientes avances médicos traídos a nuestro país, existió un espíritu humanitario caritativo, impregnado del sentido romántico de la época.

La Casa de Maternidad e Infancia resultante de la fusión del primer hospital infantil fundado por el doctor Ramón Pacheco y el Departamento de Partos Ocultos fue destinada a la atención de los partos de las mujeres pobres, controlada por el Consejo General de Beneficencia en la cual, se insertó la clase de obstetricia, aún referida como el “arte de los partos”³²⁰ No existían maternidades como tal, ya que no era frecuente que fueran las mujeres al hospital a dar a luz, eran atendidas en su casa por comadronas³²¹. Una mujer casada no tenía que ir al hospital y menos al Departamento de Partos Ocultos como institución de caridad. Posteriormente al empezar a generalizarse el uso del hospital, el descenso de las comadronas y el monopolio de la obstetricia por la medicina pública y privada, las mujeres pobres acudieron a los hospitales por cuestiones de higiene, promovida por la ciencia médica. La Casa de Maternidad e Infancia creada por Carlota, se convirtió en “verdadero centro de estudios ginecológicos, donde hacían sus prácticas los alumnos de la Escuela de Medicina”³²²

Un hecho significativo para la atención de la mujer proyectada hacia la práctica ginecológica, fue la consigna dada al Hospital de San Juan de Dios para dedicarse exclusivamente al “tratamiento de las enfermedades venéreas y sifilíticas, como consecuencia de haberse reglamentado la prostitución en

³²⁰ Fajardo Ortiz, *Op. Cit.* p.54.

³²¹ Josefina Muriel, “*Los hospitales..... Op. Cit.* p.343.

³²² *Ibidem*, p. 349

México por el gobierno de Maximiliano”³²³ Al reglamentarse la prostitución, fue creada la Inspección de Sanidad con sede en el mismo Hospital y en virtud de que las mujeres eran las principales transmisoras de los males venéreos, se pensó en un hospital para prostitutas, el cual fue fundado después de la caída del Imperio en 1868. De igual manera, fue en este período cuando se colocó la estatua de Morelos en la plaza Guardiola, con motivo del centenario de su nacimiento, misma que tres años después fue trasladada al espacio comprendido entre la iglesia de San Juan de Dios - con el hospital adjunto- y la Santa Veracruz, cuyo espacio fue llamado jardín Morelos. En 1875 el antiguo hospital de San Juan de Dios se convirtió en el Hospital Morelos.

3.2.2 Hospital Morelos. Centro antivenéreo, ginecológico e incipiente práctica obstétrica.

El Hospital de San Juan de Dios, precursor del Hospital Morelos, convertido en hospital para prostitutas y por tanto antivenéreo, fue un sitio de exhaustiva práctica médica, específicamente en la atención de enfermedades de la mujer, relacionadas con los órganos reproductores, muchas veces motivo de la cirugía ginecológica. Las Hermanas de la Caridad única orden laica, por falta de personal capacitado en salud pública, se ocupó de la incipiente atención de las mujeres con padecimientos venéreos, tanto en el Hospital de San Juan de Dios como en el naciente Hospital Morelos, cuya presencia dio gran impulso científico, no obstante, fueron expulsadas por Lerdo de Tejada, haciendo caso omiso de las garantías otorgadas por la Ley Juárez, la cual decretaba la permanencia de éstas, consagradas al servicio de la comunidad doliente³²⁴

Aun cuando este hospital era precedido por la medicina científica existían rezagos coloniales. Por el tipo de atención que prestó bien pudo haber funcionado como casa de recogimiento y reclusión, considerando la imperante moral victoriana. Las prostitutas quienes alteraban el orden y la moral social además de ser curadas, debían aislarse. Prueba de lo anterior fue, que en 1873, la superiora del hospital -antes de que fueran expulsadas las Hermanas de la Caridad-, solicitó y obtuvo del Ayuntamiento se estableciera un “reformatorio para mujeres que se arrepintieran de su vida pública,

³²³ Adrián Quirós Rodiles, *Op. Cit.* p. 73.

³²⁴ *Ibidem*, p.75

reformatorio que se estableció en los bajos del hospital, pero duró pocos años”³²⁵ Aun cuando se quitó, existieron restos de éste. Como hospital, se adaptó a la cambiante sociedad. Asimismo fue precursor de lo que sería la institucionalización de la salud de la mujer en el siguiente siglo. Para su funcionamiento se estableció el primer reglamento.

El Hospital Morelos dejó de recibir toda clase de enfermas y se dedicó exclusivamente a los padecimientos venéreos- sifilíticos. El realce de la medicina fue mayor, alcanzando gran prestigio junto con el hospital San Pablo y San Andrés. Los nombres de los santos que designaban las diferentes salas del hospital, fueron sustituidas por números ordinarios progresivos, asimismo, los sellos con el escudo de los Juaninos fueron cambiados por el águila mexicana³²⁶ Con el Porfiriato, fue iniciada la restauración del hospital. Las salas renovadas para el mejor tratamiento de las enfermedades venéreas, fueron bautizadas con el nombre de los médicos de la época, como el doctor Manuel Carmona y Valle y el doctor Nicolás San Juan, este último, uno de los médicos dedicados a la ginecología y autoridad en la materia³²⁷ La Colonia de los Doctores fundada en el período, condensó los nombres de destacados médicos. La enseñanza de los nuevos médicos fue avalada por la Facultad Nacional de Medicina integrada después en la Universidad Nacional Autónoma de México en la década de los cincuenta del siglo XX.

La medicina tuvo gran influencia europea con el positivismo ya que “durante la segunda mitad del siglo XIX, la patología y la medicina interna alcanzaron pleno desarrollo, desapareciendo los sistemas médicos especulativos que habían florecido en Alemania”.³²⁸ Con respecto al hospital, Claudio Bernard decía que éste era “el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico, pero el verdadero santuario de la medicina científica es el laboratorio”³²⁹ El esquema del positivismo Comptiano tuvo gran influencia en el campo de las ciencias naturales. “La obra fisiológica de Claudio Bernard y la biología de Charles Darwin tienen en él sus bases. Este doctor positivista constituye el nervio de la

³²⁵ Adrián Quirós Rodiles, *Op. Cit.*, p. 74

³²⁶ *Ibidem*, p. 77

³²⁷ *Ibidem*, p.79.

³²⁸ Amado Saúl, *La medicina mexicana en el siglo XIX. Doctor Rafael Lucio. Vida y Obra*, México, sin nombre de editorial(al parecer se trata de una publicación personal), 1991, p.16

³²⁹*Ibid.*

cultura europea del segundo tercio del siglo XIX y por tanto de México, ya que en esos años todo conocimiento provenía de Europa”³³⁰

Con este panorama, el cuerpo femenino, fue objeto de la medicina científica, donde la experimentación sin duda, estuvo a la orden del día. El Hospital Morelos fue un laboratorio en aras de la ciencia médica mexicana, en el cual se formaron sifilógrafos -expertos en el estudio y tratamiento de la sífilis-, eminentes cirujanos –ginecólogos- e incipientes obstetras.

Es en el Porfiriato cuando fue iniciada la modernización de los hospitales y con ello fueron sentadas las bases de la medicina moderna en México. El recién bautizado Hospital Morelos, popularmente ya era conocido como hospital de mujeres³³¹, sin duda de mujeres “malas” o pobres. En esta institución, tempranamente fue impartida la cátedra de obstetricia.

En 1880 fue expedido el reglamento de la Dirección General de Beneficencia donde se señalaba como “obligación del Estado prestar ayuda a sus integrantes cuando carecen de atención médica y social y el deber de la sociedad a contribuir en la medida de sus posibilidades a dicha atención.”³³²

En 1887 la Junta de Beneficencia Pública consideró la importancia de esta institución, por lo que el edificio que la albergaba fue sometido a restauración, la primera después de 50 años de vida independiente. Asimismo, fue equipado con el material indispensable para el mejor tratamiento de las enfermedades venéreas. Se emitieron una serie de reglamentos disciplinarios. Sabemos que la población demandante del hospital eran prostitutas y en virtud de constantes alborotos, se construyeron separos de aislamiento como castigo. De ahí se considera, que además de hospital, funcionó como un último reducto de recogimiento colonial e incipiente cárcel, en una época de marcada moralidad, influencia religiosa y acentuada disparidad social. En una sociedad donde la prostituta y el resto de los marginados sociales debían separarse en bien de la moral social y las buenas costumbres de la aristocracia.

El Hospital Morelos fue cuna y centro de aplicación de los adelantos científicos, ginecológicos específicamente, desde finales del siglo, siendo el doctor Macías quien le dio fama y reputación. Introdujo la asepsia con el

³³⁰ *Ibid.*

³³¹ Guillermo Fajardo Ortiz, *Op. Cit.* p. 34.

³³² *Ibidem*, p.52.

lavado de manos, el uso de guantes y yodo así como la ropa estéril entre otras medidas, introdujo y dio impulso a la cirugía ginecológica, tanto abdominal como vaginal. Se instalaron camas para atender asimismo enfermas de cáncer rechazadas de otros hospitales. Tempranamente fue centro docente ginecológico de la Facultad de Medicina³³³ con alto número de practicantes médicos. Asimismo, la anestesia contribuyó al desarrollo de la cirugía, aplicada por diversas personas, por la ausencia de anesthesiólogos. Se pugnaba por el trabajo en equipo, integrado por el cirujano, el ayudante y las nacientes enfermeras que sustituyeron paulatinamente a las parteras y comadronas, concepto retomando en la década de los setenta del siguiente siglo, con la salud institucionalizada. Los directores en turno fueron los doctores Amado Gazano, Ángel Gutiérrez, Ramón Macías, Ulises Valdés, Emilio Varela y Carlos Zavala.

En 1902 el doctor Quirós Rodiles, entonces practicante de medicina señalaba que el hospital se encontraba en un aspecto pavoroso, lóbrego, sombrío, húmedo, con camas desastrosas, pisos en desnivel, falta de luz eléctrica, las enfermeras eran ancianas “decrépidas”, sin capacitación, existían 7 salas con imágenes de santos, con un corte religioso ya que frecuentemente las enfermas acudían a misa a la iglesia adjunta, con rudimentaria higiene. Situación poco favorable para la práctica de la cirugía porfiriana³³⁴ Las mujeres además de ser asiladas, empezaban a ser también “enfermas”

La Revolución Mexicana detuvo parcialmente estos adelantos en la atención a la salud de la mujer. Con la Decena Trágica, el hospital en virtud de la pugna revolucionaria, prestó sus servicios como hospital de sangre, para la atención de los heridos.³³⁵ Posterior a este hecho, aún cuando la situación económica del país era difícil, el doctor Zavala continuó con la adaptación y remodelación del hospital, introduciendo los esterilizadores de agua, de la lavandería y el depósito de cadáveres, e impulsó la cirugía. Un hecho importante fue la fundación de la sala de maternidad en las mejores

³³³ Adrián Quirós Rodiles, *Op. Cit.* p. 80

³³⁴ *Ibidem*, p. 81-82

³³⁵ *Ibidem*, p. 83.

condiciones, lugar propicio para impartir la cátedra de obstetricia a cargo del doctor Quirós Rodiles, conjuntamente con la práctica de la cirugía ginecológica.

En 1914, el diputado Querido Moheno pidió la supresión del presupuesto asignado al hospital Morelos y a la Inspección de Sanidad como centro antivenéreo y atención de prostitutas llamadas pupilas a “esta clase lamentable cuyo oficio es tan poco confesable”³³⁶, por consiguiente, solicitó se derogara la ley que reglamentaba la prostitución, ya que ésta, no resolvía el grave problema de sífilis en el país, si no se incluía en la revisión y tratamiento al hombre, por otro lado, atentaba contra el pudor femenino. Poco tiempo después, el Hospital Morelos fue clausurado como institución para la atención de prostitutas enfermas. El edificio, sin dejar de depender de la beneficencia pública, en virtud de los altos índices de pobreza y mendicidad, fue puesto a disposición de la Junta de Damas Católicas el cual fue habilitado como hospicio de niños, como dormitorio de papeleros y asilo de mendigos hombres y mujeres, labor frenada poco tiempo después. Como los diputados suprimieron solamente los gastos de inspección de sanidad y del Hospital Morelos y no suprimieron la ley que reglamentaba la prostitución en México, la siguiente legislación aprobó nuevamente la partida suprimida, y el hospital volvió a abrirse como hospital de prostitutas en la siguiente década. Desde 1920, el Hospital Morelos dependió de la Jefatura de Salubridad, la cual autorizó bajo la dirección del doctor Alfonso Ortiz Tirado, importantes y profundas reparaciones, tanto en su infraestructura colonial como en las salas de operaciones orgullo del hospital. Dichas salas fueron adaptadas y modernizadas con luz eléctrica, necesaria para la pequeña y alta cirugía y para la naciente obstetricia, “con brillantes resultados”. Se estableció un gabinete dental, un laboratorio de análisis clínicos y una escuela primaria y talleres para la regeneración y reivindicación de las asiladas, así como la cocina. Sin embargo, a pesar de dichas reparaciones el local resultaba insuficiente por el alto número de enfermas, las cuales sumaban aproximadamente 500.³³⁷ Para 1933, ya se percibía y planeaba una reestructuración total del Hospital Morelos, pero al mismo tiempo se antojaba incompatible, ya que

³³⁶ Adrián Quirós Rodiles, *Op. Cit.*, p. 85

³³⁷ *Ibidem*, p.87-89

ni derrumbando la antigua construcción de los Juaninos con sus enormes muros de un grueso espesor, podría en el lugar desocupado, construirse el nuevo edificio por varios motivos. Primero, por una escasa superficie dado el número de pobladores del hospital y segundo, por el lugar en que está situado. Así pues, el único intento eficaz, es construir un nuevo hospital, a propósito para las necesidades de la institución y en su lugar uno más adecuado³³⁸

En 1940, bajo la dirección del doctor Jesús Alemán Pérez se restauró el edificio y fue derogado el reglamento de la prostitución, por ser inútil para prevenir las enfermedades venéreas y por atentar contra la dignidad humana. “Se quitó el registro de prostitutas, se modificó el Código Penal con el objeto de castigar los delitos de transmisión de enfermedades, de perversión y lenocidio”³³⁹ así como el internamiento forzoso. No obstante estos cambios, continuó con la primicia en la atención de enfermedades venéreas sin descuidar la cirugía ginecológica y las urgencias obstétricas como la atención de partos y abortos. Hasta 1947 fue llamado Hospital Morelos. Paulatinamente, dejó de ser solo para enfermedades venéreas, perfilándose hacia el segundo período científico requerido por el México moderno, con la institucionalización de la salud y con ello, la medicina de la mujer. En 1945 fue creada la Asociación Mexicana de Ginecobstetricia, como camino hacia la institucionalización de la especialidad, lográndose hasta la década de los setenta.³⁴⁰

El Hospital Morelos contó desde 1923 con una escuela industrial y alfabetizadora anexa para las asiladas y en funcionamiento hasta 1946. En ocasión del alto índice de analfabetismo nacional, por mandato presidencial, el doctor Gustavo Baz, secretario de la SSA, hizo llegar a todas las direcciones y establecimientos de la Secretaría, entre ellos nuestro hospital, una circular, para que se extendiera a los empleados una campaña rápida de alfabetización por tres meses, priorizando la lecto escritura. Por ésto, el 21 de agosto de 1947

³³⁸ *Ibidem*, p.89.

³³⁹ Juan Somolinos Palencia, *El Hospital de San Juan de Dios, algo más de su historia*, México, Museo Franz Mayer, boletín trimestral # 36, marzo-abril, 1990, p.6

³⁴⁰ Revista de Ginecología y Obstetricia de México, vol. 18, 102-103-106-107, 1963, biblio hemeroteca de la Facultad de Medicina, UNAM.

fue decretado día de la alfabetización. Dichas campañas continuaron hasta 1967 incluyendo a la Escuela Nacional de Ciegos.³⁴¹

3.2.3 El Hospital Central “Dr. Jesús Alemán Pérez”, centro antivenéreo, de detección oportuna del cáncer (DOC) femenino y de asistencia materno infantil. 1947-1955

El Hospital Dr. Jesús Alemán Pérez fue transformado en función de las políticas pronatalistas mediante la Ley general de población de 1947 y la protección de la madre y el niño, insertas en un régimen de asistencia. En este periodo, la protección a la maternidad fue fundamental, acción institucionalizada por la SSA recién creada. El hospital además de la atención de las enfermedades venéreas, fue equipado para convertirse en un centro de detección oportuna de cáncer cervico uterino y mamario. Asimismo, para alinearse con las políticas pronatalistas fueron adaptadas salas de maternidad para una mejor atención del trabajo de parto. En ese entonces, ya se había creado en 1945, la Asociación Mexicana de Ginecobstetricia, la cual promovía la incipiente obstetricia fusionada con la ginecología como especialidad médica, desarrollada en la década de los sesenta e institucionalizada en los setenta, con reconocimiento universitario.

Es en 1947 al término de la gestión del doctor Jesús Alemán Pérez, bajo la gestión del doctor Donato Ramírez, cuando le fue cambiado el nombre de Hospital Morelos por el de Hospital Central “Dr. Jesús Alemán Pérez” en honor al anterior director, destacado cirujano ginecólogo quien dio inicio a los servicios de obstetricia. Fue iniciada en dicho hospital la institucionalización de la medicina de la mujer, no como hospital de la mujer sino indistintamente como hospital general o central, centro toco ginecológico y aleatoriamente como obstétrico, el que además de funcionar como centro antivenéreo, inició la atención de problemas de cáncer femenino y la atención toco quirúrgica³⁴²

³⁴¹ AHSSA, Fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 8, exp. 3.

³⁴² La Unidad Toco quirúrgica –UTQ- es el área del hospital donde se sigue el proceso de trabajo de parto hasta el alumbramiento, sea que se resuelva por medio de parto normal o una cesárea. Dicha sala se encuentra conectada con el servicio de urgencias. En este periodo, a los médicos obstetras se les llamaba tocólogos, después toco-ginecólogos y finalmente ginecobstetras. La obstetricia estuvo relacionada con la maternidad y la ginecología con la cirugía. En 1945 se fusionaron ambas prácticas auspiciadas con la creación de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Aún cuando se perfilaba la gineco

Desde ese momento ya se señalaba como insuficiente para cubrir la demanda de la población, situación planteada desde décadas atrás. Sin embargo se siguió adaptando en función de las necesidades de la salubridad pública, de maternidad y DOC.

Este hospital dependió de la Dirección de Asistencia Médica por la cual, la SSA otorgó servicios médicos a la población de escasos recursos económicos, no incluida en el nuevo régimen de seguridad social. Los cambios médicos fueron en parte, resultado de las transformaciones que se hicieron a principio del siglo XX, de la beneficencia a la asistencia social, incluida la atención médica, “donde fueron definidos los objetivos y la forma de asistencia, como una ayuda que se imparte a quienes lo requieran por su situación de necesidad temporal o duradera”.³⁴³ Se pensó en un centro de atención médica para todas las clases sociales, que reuniera los requisitos del hospital moderno, alineado con la medicina mundial, con hospitalización quirúrgica, con capacitación y actualización del equipo de trabajo, previsión de la enfermedad en lugar de solo curarla y desarrollo de la investigación científica, partos y abortos. Con el nuevo concepto institucional, dicho hospital, funcionó además del servicio de venerología como centro obstétrico y DOC. En este último rubro, fue pionero, incluso antes de la creación del Instituto Nacional de Cancerología en 1946. Continuó con la demanda mayoritaria de partos en la medicina pública junto con la maternidad Isidro Espinosa Y de los Reyes, el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho y otras maternidades de carácter privado. Sin embargo, el Hospital doctor Jesús Alemán Pérez conservó su carácter social manteniendo el prestigio y preferencia de la población, situación extendida al nuevo Hospital de la Mujer.

No fue propiamente un centro de asistencia materno infantil, pero en función de su reglamentación y la importancia dada a la maternidad fue implementando y actualizando los planes y programas médicos universitarios y estatales sobre la atención pre y pos natal, así como la asistencia oportuna de los partos.

obstetricia como especialidad médica, tuvieron que pasar dos décadas para su institucionalización con la medicina moderna.

³⁴³ Fajardo Ortiz, *Op. Cit.* p. 52.

En un manuscrito próximo a publicarse por un médico jubilado y con gran amor al viejo y al nuevo hospital, narra la vida de éste, en función de los directores que ha tenido el hospital a partir de 1933 a la fecha. En este documento, son señaladas las décadas de los cuarenta, cincuenta y sesenta, como las épocas más grandiosas del hospital, periodos en los que se conformó y se dio vida al actual Hospital de la Mujer.³⁴⁴

De 1947 a 1966 fue fundamental la labor desarrollada por 3 directores, en su empeño por poner al hospital en primer orden. Fueron los doctores Donato Ramírez, quien ocupó el cargo de 1947 a 1957, Manuel Suárez Cobo, de 1957 a 1965 y Alfonso Gutiérrez Nájar de 1965 a 1967, piezas importantes para el período de este estudio. Dichos médicos serán mencionados a lo largo de este capítulo. Los dos primeros fueron los últimos del viejo Hospital de la Mujer y el tercero fue quien vivió la transición del viejo al nuevo Hospital de la Mujer.

Con el doctor Donato Ramírez le fue cambiado el nombre al hospital, de Morelos fue transformado en “Dr. Jesús Alemán Pérez”, abriendo camino hacia la institucionalización de la obstetricia ya que el anterior Hospital Morelos, como ya se mencionó antes, fue un centro tradicional de cirugía ginecológica. Posteriormente, como Hospital doctor Jesús Alemán Pérez fue pionero en el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervico uterino –CACU-.

En 1949 alineado a las políticas gubernamentales de atención materno infantil, fue incorporada la atención masiva de los partos. La instauración y vigilancia de la atención materno infantil en México fue por medio del Departamento de Higiene de la Maternidad e Infancia de la Organización Mundial de la Salud –OMS- la cual solicitó una relación del número de profesionistas dedicados a la atención materno infantil. El doctor Federico Gómez,³⁴⁵ entonces integrante del reciente comité de salud materno infantil, incluyó a médicos pediatras y enfermeras en salud pública, no se registraron médicos ni médicas obstetras.³⁴⁶

Desde esta fecha y a lo largo de 11 años el hospital funcionó además como centro de detección de neoplasias ginecológicas y mamarias, de tal

³⁴⁴ Valdemar Yáñez Aguilar, *70 años de vida del Hospital de la Mujer*, México, 2003, manuscrito inédito

³⁴⁵ En nuestros días, un hospital infantil considerado de primer nivel, fundado en la época, lleva su nombre.

³⁴⁶ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaria de Salubridad y Asistencia, caja 27, exp. 7, 1948-1951.

manera que a todas las mujeres que acudían a la atención del parto, se les realizaba el papanicolaou.³⁴⁷ Existía una Jefatura de Cancerología, médicos adscritos al servicio y una Jefatura de Citología³⁴⁸. Se trató de “un hospital predominantemente ginecológico y obstétrico existiendo consultas de otras especialidades y dedicado exclusivamente a la atención de las mujeres³⁴⁹ aunque a decir verdad era de carácter general, no obstante, fue considerada la idea de la maternidad como signo de salud de las mujeres. De igual manera, “toda mujer que acude al hospital de la mujer es estudiada cancerológicamente en el centro de detección de la unidad de cancerología, independientemente del padecimiento que le aqueje, y esto previamente a toda exploración especializada³⁵⁰ Dicha acción fue auspiciada por la Campaña Nacional de lucha contra el cáncer, estudiando tanto a pacientes externas como internas. De 34 833 mujeres que se estudiaron en 11 años, 1396 resultaron con malignidad, cifra que representó alrededor del 4%.³⁵¹

Las mujeres del pueblo se encontraban entre la población desvalida y desprotegida al igual que sus hijos,³⁵² por tanto esta institución era “un hospital de libre concurrencia para mujeres, para atender a futuras madres, a mujeres pobres que no tuvieran dinero suficiente para pagar comadrona o servicios de instituciones privadas y que no estuvieran afiliadas a unidades creadas para la atención de trabajadores y sus familias”³⁵³

Para 1949 se contaba con un área de citología, como laboratorio en apoyo a la Campaña de Detección Oportuna del Cáncer y en la siguiente década fueron incluidos los cursos piloto de ginecobstetricia o toco ginecología para estudiantes de la Escuela Nacional de Medicina, como parte de las actividades docentes y de capacitación consignadas para un hospital moderno

³⁴⁷ El papanicolaou es el estudio que permite la detección oportuna del cáncer cervico uterino (CA CU) que consiste en tomar una pequeña muestra del flujo del cuello del útero, el cual se analiza, para detectar alteración celular o algún proceso inflamatorio que pudiera desembocar en un proceso maligno

³⁴⁸ Lugar de procesamiento del papanicolaou

³⁴⁹ “Simposium sobre cáncer cervico uterino presentado por el servicio de cancerología del Hospital de la Mujer” el 23 de febrero de 1961, Revista de Ginecología y Obstetricia, vol. 17, 96-98, I-382, enero-junio de 1962, biblio hemeroteca de la Facultad de Medicina, UNAM, p. 105.

³⁵⁰ “Simposium..... *Ibidem*.

³⁵¹ *Ibidem*.

³⁵² AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 21, exp. 1.

³⁵³ *La Atención Materno Infantil, apuntes para su historia.*, Secretaría de Salud, México, 1993, p. 134

El Hospital doctor Jesús Alemán Pérez fue equipado de primera instancia para la detección y tratamiento del cáncer femenino que para la obstetricia. La radioterapia³⁵⁴ en 1952, constituyó una de las formas de tratar el cáncer, no solo el relacionado a los órganos reproductores. Asimismo, se instauró el servicio de anatomía patológica³⁵⁵

Por su parte, la SSA, con respecto al hospital reiteró que

tiene lugar la transformación del antiguo hospital para enfermedades venéreas “Morelos” hoy Jesús Alemán Pérez, como centro hospitalario médico quirúrgico, para la atención de mujeres y, como demostración de esta nueva orientación, ha sido abierta al público la consulta modelo y servicios de cancerología, dotados de laboratorios de histopatología, citología para el diagnóstico y gabinetes de Roentgen y radiumterapia. De este modo, los problemas de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mujer, encuentran en la ciudad de México, su debida canalización con grandes beneficios para la población femenina³⁵⁶

En una visita realizada por la Subsecretaria de Salubridad y Asistencia reportó, tratarse de un hospital “exclusivamente para mujeres” con 170 camas. Las sugerencias emitidas fueron en función de la carencia de hospitales y camas en el Distrito Federal y por tanto su necesaria rehabilitación. No obstante a estas sugerencias era difícil hacerlo, principalmente por razones de tipo económico, resultando costoso remodelar el viejo inmueble arquitectónico y modernizarlo en virtud de su localización y difícil acceso. Sin embargo se podía adaptar para que funcionara por un periodo no mayor de 5 años, lacónicamente, funcionó por 13 años más. Otra sugerencia fue la ampliación de la consulta externa ya que el local era totalmente inadecuado, independiente del dispensario antivenéreo el cual contaba con poca consulta. . La siguiente propuesta fue la adquisición de un terreno anexo para reparaciones al hospital, las cuales no debían ser totales, ya que la solución

³⁵⁴ Uno de los tratamientos que se implementaron en el periodo para combatir el cáncer basado en la aplicación de ciertas dosis de radiaciones, servicio que solo existía en el Hospital General de México, actualmente es inexistente en el Hospital de la Mujer.

³⁵⁵ Auxiliar en el diagnóstico de enfermedades en general, en este caso, con el estudio de los órganos extirpados o de personas fallecidas.

³⁵⁶ *Informe que rinde la SSA, de septiembre de 1953 a agosto de 1954*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 66, exp. 5.

definitiva era reubicar el hospital y con ella, al personal médico y demás en un hospital que se encontraba en ruina casi total.³⁵⁷

En ese entonces se contaba con los servicios de venerología, ginecología, maternidad y cancerología, contaba con poca consulta. En 1953, aún existían prostitutas internadas para las cuales funcionaban los talleres de rehabilitación. Existía una escuela de enfermeras.

El Hospital adaptado como laboratorio para DOC, incrementaba la demanda de la atención de partos, más que de ginecología. En 1953, se atendieron en el hospital 1000 enfermas, de las cuales 589 eran obstétricas, 112 abortos consumados, 11 defunciones y 8 pacientes fugadas³⁵⁸ se otorgaron 1054 consultas de primera vez, 4357 subsecuentes, 118 cirugías mayores, 64 cirugías menores, 65 servicios de RX Y 45 aplicaciones de radium³⁵⁹

Al año siguiente, 1954, se registraron 1138 ingresos de los cuales 625 eran pacientes obstétricas, 131 abortos, 5 defunciones y 14 fugas. Se otorgaron 2302 consultas de primera vez, 4100 subsecuentes, 107 cirugías mayores, 305 menores, 357 servicios de rayos x y 59 aplicaciones de radium.³⁶⁰ La demanda de la población fue incrementada.

En este mismo año, cuando fue promulgado el reglamento para hospitales, en el hospital “doctor Jesús Alemán Pérez” ya existía una consulta modelo de cancerología, dotado de los servicios de histopatología y citología como complemento a la hospitalización³⁶¹ y la consulta externa, necesarias para que pudiera ser considerado un hospital para mujeres.

Con la institucionalización de la salud, se trató de hacer un recuento y control de los profesionales que ejercían en el ámbito de la salud. De un total

³⁵⁷ Informe que rinde el C. doctor Manuel Pesqueira, subsecretario del ramo, de la visita especial practicada al hospital “Dr. Jesús Alemán Pérez en 1953, AHSSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja. 32, exp. 4.

³⁵⁸ A menudo las pacientes se fugaban, sea porque no encontraban satisfactoria su hospitalización ni la atención médica o por falta de recursos económicos para cubrir la cuota de recuperación asignada.

³⁵⁹ Informe de labores que rinde el hospital doctor Jesús alemán Pérez, septiembre, octubre y noviembre de 1954, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaria de Asistencia, caja 65, exp. 3.

³⁶⁰ *Ibidem*.

³⁶¹ Lo servicios de histo patología y citología son áreas de la medicina encargadas del estudio de los órganos, tejidos y células, buscando alteraciones o lesiones pre malignas. En ese caso, el establecimiento de estos en el Hospital de la Mujer fueron complementarios y fundamentales para la detección, diagnóstico y tratamiento del ca cu y mamario Para el primer tipo de cáncer el papanicolaou se realizaba en la sección de citología y para el segundo, el análisis minucioso de biopsias, órganos y tumores extirpados correspondía a la sección de patología.

de aproximadamente 168 profesionales que se registraron, 26 eran mujeres, menos del 20%, las cuales ejercían como parteras, químicas y farmacobiólogas, no se registraron pediatras ni ginecobstetras a pesar de que dichos profesionales tenían relación con la atención de la madre y el niño.³⁶²

Para 1956, la estancia hospitalaria en el Hospital Jesús Alemán Pérez era de 11 días, considerados buenos. En el nuevo Hospital de la Mujer de la década de los setenta, osciló entre tres y cinco días, según el tratamiento otorgado. Debido al rápido crecimiento de la población y por consiguiente de las mujeres que demandaban el servicio que fluían del interior de la República a la ciudad de México, se acentuó el déficit de servicios. Sin embargo, esto no fue obstáculo para que se otorgaran los servicios con un carácter asistencial. Ciertamente, fue modificada la infraestructura. Se dotó del almacén y la farmacia entre otras cuestiones materiales, pero al mismo tiempo fue resultando insuficiente.

No obstante que el hospital fue dotado con algunos implementos modernos no lo fue en su edificio. En un período en que se fomentaban las especialidades médicas no fue considerado como centro de primer nivel, sin embargo obtuvo gran reconocimiento y prestigio médico, querido por la población de escasos recursos económicos avalado por su función asistencial, al grado que en las últimas décadas del siglo XX la población lo seguía considerando de beneficencia. Dicho hospital se ubicó en un contexto en el que fue impulsada la medicina moderna, con planes y políticas institucionales dirigidas hacia el “milagro mexicano”, con el cual fue destinado cierto presupuesto para la infraestructura hospitalaria de primer mundo y un gran número de recursos humanos que debían ser capacitados, los recursos materiales resultaron una vez más insuficientes por la creciente demanda de la población. Los cambios históricos suscitados en el país a partir de la cuarta década del siglo XX propiciados por el desarrollo económico incluyeron a la salud femenina dentro de la cobertura social de los gobiernos modernizadores.

³⁶² AHSSA, fondo, Salubridad Pública, sección Ejercicio de la Medicina, caja 14, exp. 19-20.

3.3 Camino hacia la institucionalización e incipiente desarrollo de la ginecología moderna en el hospital “Dr. Jesús Alemán Pérez”. 1955-1965.

Con el doctor Suárez Cobo fue ampliado el hospital “Dr. Jesús Alemán” por el incremento en la demanda del servicio, principalmente de maternidad, de tal manera que en cierto momento, se tuvieron que colocar a dos pacientes en una misma cama. En este período, solo existían las salas de ginecología, la de consulta externa, la de labor previa a la atención del parto, la de expulsión, embarazo de alto riesgo, puerperio pos parto, y por supuesto el servicio de cancerología. Fue establecida la residencia médica con la especialidad en ginecología, cuyo reconocimiento era solo por la institución. No existía médico pediatra, solo un anestesiólogo. Se instauró la clínica de esterilidad e infertilidad, con el objeto de estudiar en la mujer las causas que impedían la fertilidad, sin duda un avance para los embarazos deseados no como política pronatalista. Bajo la dirección del doctor Suárez Cobo se preparó la transición del viejo al nuevo Hospital de la Mujer.

El hospital “Dr. Jesús Alemán Pérez” continuó su camino hacia la institucionalización de la medicalización de la mujer. Sin embargo, aun cuando se insistía en llamarse hospital central para mujeres, con sendos avances ginecológicos no podía considerarse como tal. El doctor Suárez Cobo le quitó el central, de cualquier forma siguió considerándose de carácter general. El viejo edificio colonial que lo albergaba se encontraba muy deteriorado. Recordemos que desde el siglo XIX, la petición sobre su reestructuración fue reiterada como necesaria en múltiples ocasiones. La cobertura hospitalaria, además de la DOC, fue implementando acciones a favor de la maternidad, estudiando la patología de embarazo, el parto- cesárea y el puerperio, creando las clínicas de embarazo de alto riesgo, pugnando por la atención oportuna del parto y vigilancia del mismo. Fue dotado del servicio de banco de sangre. Como hospital moderno, en este período se pretendió integrar la prevención, puntualizar en la curación, la enseñanza médica, pero no incluía el área de investigación científica.

Desde 1954 se estaba pidiendo la desocupación del hospital por su importante deterioro. El mismo doctor Pesqueira Subsecretario de Salubridad

en 1957, refirió que en el mencionado hospital se atendieron 3 650 partos aproximadamente, 300 mensuales. Se hicieron reformas al establecimiento, fue inaugurada la consulta externa en un nuevo local totalmente acondicionado y dotado de toda clase de elementos científicos y de trabajo, asimismo fue ampliado el laboratorio de citología vaginal en el cual solo se realizaba la DOC.³⁶³

De 1956 a 1959 se atendieron 16 032 partos que equivalían a 4000 anuales, los cuales corresponden aproximadamente a 333 mensuales, con capacidad de 181 camas, contra 916 de la Maternidad 1 del IMSS, primer centro de atención obstétrica, creado a fines de la década de los cincuenta.³⁶⁴

A partir de 1956, la UNAM a través de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina fueron impartidos cursos de especialización en ginecología y obstetricia, ya que los anteriores cursos eran propios de académicos. De igual manera, se impartieron cursillos básicos de tipo monográfico de actualización. La ginecología y obstetricia, como especialidad enseñada en el Hospital de la Mujer fue reconocida por la UNAM en 1975. Actualmente, en dicho hospital se atienden aproximadamente 1200 partos mensuales, cifra que supera a los otros servicios proporcionados.

En 1958, en la segunda fase constructiva de hospitales, el hospital doctor Jesús Alemán Pérez no fue contemplado para la dotación de recursos. Sin embargo, la SSA vislumbró un mejoramiento. Una visita-estudio institucional realizada en 1959 por la Comisión Nacional de Hospitales refirió que esta institución desde 1959 se desempeñaba como centro de enseñanza, cuyas actividades docentes eran impartidas por médicos adscritos a los alumnos del sexto grado de la carrera existiendo una aula próxima a inaugurarse. Se solicitó un cardiólogo. Asimismo, como resultado de esta visita, en el mismo año, fue destinado presupuesto para la remodelación del hospital, dotado ya en ese entonces de los servicios de medicina preventiva y relaciones

³⁶³ *Informe de labores del doctor Manuel Pesqueira*. AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 66, exp. 5

³⁶⁴ Simposium sobre “Conductas a seguir en el embarazo en cesárea previa”, *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 16- 90-92-94, I, I, 86, 383, 477, enero-junio-septiembre- octubre de 1961, Bibliothemeroteca de la Facultad de Medicina, UNAM.

públicas. Se propuso la creación de ocho salas de partos en lugar de las 2 anteriores, una amplia sala de recuperación y el quirófano ³⁶⁵

Para 1960, se contaba con seis salas, una de cancerología, una de ginecología, una para operadas, y tres de maternidad³⁶⁶. Las incipientes especialidades médicas se encontraron con múltiples limitaciones tales como falta de anestesiólogos. La estancia hospitalaria que antes era de 11 días fue disminuida a 4 días. Se implementó una cuota de recuperación la cual era de 100 pesos y medio litro de sangre que equivalía a una donación de sangre, siendo difícil captar tan preciado líquido por la renuencia de los familiares a hacerlo. De otra manera, si no se donaba se fijaba un equivalente monetario, siendo preferido entre la población o localizaban a un donador “profesional” de sangre.

Existían diversos cursos de ginecobstetricia para alumnos de sexto año de la Facultad de Medicina de la UNAM, un curso de padecimientos oncológicos del Instituto Politécnico Nacional –IPN-, cursillos para la escuela de enfermería y médicos residentes. Se adaptaron las salas de expulsión, trabajo de parto, quirófanos, ginecología, consulta externa, laboratorio, rayos x, archivo, oficina de admisión, tendiente a la formación médica asistencial³⁶⁷

El hospital, contaba en este periodo con consulta externa de especialidades y hospitalización de urgencias, 3 consultorios para consulta externa de obstetricia y ginecología además, la consulta de especialidades de oncología, medicina interna, dermatología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, cardiología, psiquiatría, odontología, endocrinología y proctología, contando con 248 camas y 100 cunas para la hospitalización. Dichas camas estuvieron asignadas a oncología –cancerología- 11, a medicina interna 12, 62 a ginecología, a cirugía 90 y a obstetricia 84 camas. El servicio de urgencias funcionó las 24 horas del día. Contando asimismo con auxiliares de diagnóstico y tratamiento, laboratorio de análisis clínico e histología, rayos X, quirófanos, banco de sangre, anatomía y patología. Se empezó a hablar de planificación familiar, con amplio adiestramiento a los nuevos médicos en el manejo de las

³⁶⁵ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 72, exp. 4

³⁶⁶ Periódico *Ovaciones*, agosto de 1962 citado en *La Atención Materno Infantil. Apuntes...Op. Cit.* p. 135

³⁶⁷ *Informe de labores que rinde el doctor Mario Loyo Díaz, Director de la Dirección General de Asistencia Médica en el Distrito Federal en 1960*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 61, exp. 2, 1953-1968.

prácticas obstétricas.³⁶⁸ Sin duda se trató de un hospital, equipado con implementos y técnicas modernas.

En 1960 fue creado el Instituto Mexicano de Estudios Sociales como centro para el estudio y análisis de la familia mexicana y los aspectos reales del control natal.³⁶⁹ Sin duda, dichas políticas fueron ambiguas en función de la alta moralidad social existente en un país que seguía promoviendo la maternidad y protegiendo la salud materno infantil. Finalmente, fueron aceptadas estableciendo la “relación directa entre la fecundidad femenina y el crecimiento demográfico, al inclinarse por políticas de control natal mediante programas de planificación familiar”.³⁷⁰ En 1965 se creó la Fundación de Estudios para la Población A.C. institución de asistencia privada, la cual dio ancla al primer proyecto de planificación familiar en el país y fue “en la década de los setenta, en el marco internacional de las políticas demográficas establecidas por la ONU, que el Estado mexicano se hizo cargo del proyecto nacional de planificación familiar” y es “en 1972 que se accionan los programas de planificación familiar en las instituciones de salud, específicamente en la Secretaría de Salud, ISSSTE e IMSS”³⁷¹ así como en el nuevo Hospital de la Mujer con la Asociación para el Bienestar Familiar, nombre cambiado por el de Asociación pro Salud Mental operando hasta principios de la década de los ochenta.

La ginecología empezó a ser lenguaje común entre los médicos. Se adaptaron los quirófanos, centros de abastecimiento, las salas de trabajo de parto, las salas de recuperación, con cubículos semi colectivos en los servicios de maternidad y análisis clínicos. Se terminó la adaptación de los laboratorios de citología y análisis clínicos. La maternidad y la ginecología aunque oficialmente estaban fusionadas, fueron manejadas como prácticas separadas. Dichas políticas fueron adoptadas por nuestro hospital.

Para 1961 se contaba con el servicio de maternidad y cirugía ginecológica. No obstante que se institucionalizaba la enseñanza y práctica médica, con la presencia de médicos internos de pre grado y residentes de la

³⁶⁸ *Informe de labores que rinde el doctor Mario Loyo, director de la Dirección General de Asistencia Médica en el distrito federal, 1965-1966*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 611, exp. 2,

³⁶⁹ *La Atención Materno Infantil, apuntes..... Op. Cit.* p. 135

³⁷⁰ *Ibidem*, p. 35.

³⁷¹ *Ibid.*

especialidad, fue visible la falta de personal capacitado en otras áreas, tanto médicas como afines. La falta de anesthesiólogos propició que se contrataran los servicios de particulares, asimismo se recomendó la contratación de un estadígrafo para el registro y control de la mortalidad infantil y materna. La falta de manuales de normas y procedimientos exigió el diseño de instructivos de las diversas áreas y la creación de las diversas jefaturas tanto médicas como administrativas. No existía jefa de enfermería, de quirófanos, ni enfermeras instrumentistas.

En 1962 fue ampliado el laboratorio de análisis clínicos e instaurados los cuneros donde se administraron fórmulas –leche- a los lactantes. Se dotó al hospital de un nuevo equipo para oftalmología y un local adecuado para el Comité de Damas y Cuerpo de Voluntarias.³⁷² Se trató de una población enferma que demandaba asistencia en un hospital que contaba con 179 camas y 44 cunas e incubadoras³⁷³

En este mismo año, fue estructurado el Comité de Damas Voluntarias, quienes permanecieron en la institución por aproximadamente 40 años. Dichas Damas a menudo esposas de médicos, con gran solvencia económica, proporcionaban ayuda económica y en especie a las mujeres que presentaban problemática socioeconómica durante el ingreso, estancia y egreso del hospital, como falta de familiares, transporte o de ropa de recién nacido.

Como institución, fue equipada para fungir como un hospital moderno, donde la atención del parto se haría en las mejores condiciones, con los auxiliares de diagnóstico necesarios. Contaba con 14 consultorios para la consulta externa y emergencias, rayos X, banco de sangre, laboratorio, servicio dental, pediatría, terapia física, sala de operaciones, central de equipos, salas de expulsión y salas de internamiento para maternidad. Haciéndose latente la escasez de personal técnico, de ropa y material de trabajo. La falta de personal en el segundo y tercer turno se hizo más evidente ya que no se cubrían las ausencias. En el caso de enfermería, existían 87 enfermeras, 3 tituladas y el resto “prácticas”, con lo cual, la falta de técnicas se vio acentuada por la falta de supervisión, situación generalizada al resto del personal.

³⁷² *Informe de labores que rinde el doctor Mauro Loyo, director de la Dirección General de Asistencia Médica en el Distrito Federal, 1961-1962, AHSSA; fondo Subsecretaría de Asistencia, caja 61, exp. 2*

³⁷³ *Ibidem*, año 1964-1965.

Las camas, a menudo resultaban insuficientes ya que con frecuencia se colocaban a dos enfermas en una sola cama. 96 camas eran destinadas para la obstetricia, 25 a ginecología, 34 al puerperio normal, 34 para abortos, 28 para partos distócicos y 30 para cancerología.

En 1963, es elegida como presidenta de la Sociedad de Médicos a la doctora Irma Pulido Villegas destacada canceróloga, quien posteriormente fue directora de la institución. La primera sesión médica fue realizada por la doctora Pulido con el nombre de “Control citológico de la enferma con cáncer mamario”, notificando de ello al Subsecretario de Asistencia Médica, por el doctor Suárez Cobo, director del hospital, con tratamientos basados en roentgenterapia y radiumterapia. La participación de la asistencia privada se vio reflejada en donativos en especie, tanto de las damas voluntarias perfectamente organizadas como por algunas gestiones realizadas por ellas, labor confundida por la población como beneficencia.

La sala de obstetricia fue dotada con un mayor número de camas en virtud del sobre cupo ya que en ese año fueron atendidas alrededor de 2110 pacientes. La donación de sangre empezó a percibirse con carácter de altruista en un evento realizado por las Damas Rusas, significativo para el período ya que la donación de sangre era asociada a lo económico, con un pago extra por el servicio. Administrativamente, no se llevaba control preciso de asistencias y ausencias del personal ni del laboratorio de leches, contrariamente, el almacén de víveres funcionaba correctamente, siendo suficiente.

Una subsecuente visita al Hospital de la Mujer reportó incorrecta administración, reflejada en el deficiente aseo general, en los baños, en la vigilancia por las tardes, desórdenes en el laboratorio de endocrinología así como en otras instalaciones, falta de mantenimiento de la institución, falta de coordinación en el servicio de medicina preventiva y si bien se señalaron las fallas, no fueron emitidas soluciones ni recomendaciones al respecto. Sin embargo, el hospital se siguió reestructurando y adaptando para las 3800 enfermas atendidas en un mes.

En 1964 se le llamaba hospital de ginecobstetricia, en el cual se siguieron impartiendo las clases y el curso piloto de la especialidad a los estudiantes de medicina y a la escuela de capacitación para enfermeras denominada “Dr. Ramón Macías”. Fue reiniciada la actividad médica científica

por medio de la Asociación Médica. Se efectuaron reformas materiales al establecimiento, así como nuevas contrataciones de personal pagado por cuotas de recuperación sin derecho a base, así como la adquisición de aparatos e instrumental médico.³⁷⁴ Fue ampliado el comedor, la residencia de médicos y la guardería infantil.

El hospital se encontraba equipado con material y equipo modernos, sin embargo, no reunía las condiciones necesarias para su funcionamiento por “representar un grave peligro para enfermeras y el personal que labora en el mismo”³⁷⁵ la otra mitad del edificio se encontraba en condiciones precarias y con hundimientos. No obstante, fueron otorgadas

6 542 consultas de primera vez

16611 subsecuentes, de una amplia gama de especialidades médicas como ginecología, obstetricia, endocrinología, oncología, medicina interna, cardiología, dermatología, gastroenterología, oftalmología, odontología, cirugía, urología, psiquiatría, proctología y ortopedia,

5825 consultas de urgencias,

6007 partos atendidos de los cuales 4885 fueron eutócicos –normales- 1122 y distócicos - con problema a la extracción del producto-

932 abortos,

543 cirugías mayores -que requieren anestesia general-

2734 menores -aunque se utiliza quirófano se realizan en muchos de los casos con anestesia local-.

2734 cesáreas

2035 legrados y 38 vacunas a adultos.

El personal estaba integrado por

68 médicos

31 enfermeras

13 pasantes

124 auxiliares

165 personas de intendencia

24 de mantenimiento

³⁷⁴ Informe de labores del doctor Manuel Suárez Cobo director del Hospital “Dr. Jesús Alemán Pérez”, 1963 - 1964. AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 65, exp. 3.

³⁷⁵ Reporte del Doctor Alfonso Gutiérrez Nájjar director del Hospital “Dr. Jesús Alemán Pérez” en AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 65. exp. 3.

112 señalados como “otros”.³⁷⁶

Se contaba con tres dietistas en el servicio de alimentación, en el cual no existía variedad, incluso sin dietas especiales. Se carecía de cuneros para los recién nacidos. Administrativamente no se elaboraba relación de enfermas ni del consumo de alimentos, por falta de papelería. Los informes mensuales fueron escasos. En 1965 el edificio presentó cuarteadoras debido a un sismo.³⁷⁷

En Estados Unidos, se venían generando inquietudes sobre el aumento de la población en el ámbito mundial, quien junto con la ONU “decidieron incidir en las políticas demográficas de los países en desarrollo” y “es en 1965 en la Conferencia sobre Población, que tuvo lugar en Belgrado que se determinó por primera vez que la alta fecundidad de las mujeres constituía uno de los factores del subdesarrollo”³⁷⁸. Fue el doctor Gutiérrez Nájjar, director en turno del Hospital quien trajo a México dichas inquietudes.

Con este director fueron iniciadas las prácticas de planificación familiar no aceptadas plenamente por la población ni el gobierno, hasta la década de los setenta.

En 1966, la institución contaba con 241 camas³⁷⁹ ocupadas por parturientas, muchas de ellas madres solteras. Los adelantos médicos en la práctica ginecobstétrica referida a la prevención, curación, enseñanza y connatos de investigación, ampliaron los objetivos de un hospital moderno dirigidos a “disminuir la morbimortalidad de la madre y los niños ahí nacidos, previniendo contra las enfermedades y sus complicaciones en cualquier etapa de sus vidas, cuidando con esmero los partos y aplicando los tratamientos adecuados para evitar complicaciones”³⁸⁰

La medicina preventiva y la consulta externa tuvieron prevalencia como actividades dirigidas a disminuir la morbilidad, a restaurar la salud de la

³⁷⁶ *Informe de labores del doctor Manuel Suárez Cobo 1964-1965*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 65, exp. 3.

³⁷⁷ AHSSA, fondo SSA; sección Subsecretaría de Asistencia, caja, exp. 2, 1953-1966.

³⁷⁸ Lasonde, 1967, citado en Ángeles Sánchez Bringas, *Mujeres, Institucionalización y Cambio... Op. Cit.* p. 34.

³⁷⁹ El número de camas asignadas al hospital de la mujer en sus diversos períodos es ambiguo, ya que se señalan diferentes cifras, es posible que algunas se refieran a las destinadas a la maternidad y otras a las totales, incluyendo los otros servicios.

³⁸⁰ Revista del Hospital de la Mujer, citada en “*La Atención Materno Infantil, apuntes.... Op. Cit.* p. 186.

población, a restablecer las facultades físicas y mentales, a la formación de profesionistas de la medicina, impartiendo enseñanza teórico práctica al alumnado, médicos, enfermeras y técnicos, mediante cursos académicos para contribuir al enriquecimiento y desarrollo de la ciencia médica.³⁸¹ Con esto, el Hospital de la Mujer pretendió cubrir los requerimientos que exigía el constituirse como un hospital moderno.

3.4 Transición hacia el nuevo Hospital de la Mujer.

El cambio de ubicación del viejo hospital fue fundamental para el nuevo Hospital de la Mujer. A pesar de encontrarse equipado para dar impulso a la enseñanza e investigación y, después de las múltiples peticiones de reestructuración total del viejo Hospital Jesús Alemán Pérez, nuevamente, el doctor Alfonso Gutiérrez Nájar, director en turno señaló a la institución como un sitio inadecuado para desarrollar la medicina moderna.³⁸² Sin embargo por el fuerte sobre cupo, de manera sorpresiva, el viejo hospital fue trasladado en 1966 al lugar que ocupa en la actualidad.

A partir de la clausura del antiguo Hospital de la Mujer “ se inició una nueva época acorde con los adelantos de la medicina y la administración médica³⁸³ en paulatino asenso donde “el ideal del cuerpo médico de este hospital es el de convertirlo en un centro piloto, donde la mujer reciba auxilio a sus males físicos y humanos, protección y consuelo a sus posibles desventuras”³⁸⁴ de tal forma que “se adquiriera en nuestro tiempo una forma más justa y humana como camino hacia el logro de la justicia social”³⁸⁵ Con ésto, el médico obstetra se ha adjudicado el derecho de proteger a la mujer, como madre principalmente y después como mujer, con gran optimismo y un futuro promisorio hacia la nueva institución, alineada a las políticas estatales, principalmente con la atención médica del embarazo y parto y de “paso” retomar el auxilio y protección a los débiles sociales, entre ellos la mujer.

³⁸¹ *Informe de labores del doctor Mauro Loyo, 1966*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 30, exp. 2.

³⁸² *Discurso pronunciado por el doctor Alfonso Gutiérrez Nájar con motivo del cambio del Hospital de la Mujer*, AHSSA, Fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 30, exp. 2.

³⁸³ *Revista del Hospital de la Mujer*, publicación no periódica, SSA, 1974, p.10

³⁸⁴ *Ibid.*

³⁸⁵ *Ibid.*

El doctor Gutiérrez Nájar, posgraduado en los Estados Unidos trajo las ideas médicas modernas con mayor rapidez, pugnando por personal calificado así como el control del mismo, modernas técnicas quirúrgicas, entre ellas las del control natal con poco apoyo gubernamental. Es importante mencionar la poca aceptación de esta práctica entre la población y la misma comunidad médica influidos por preceptos religiosos no consentidos plenamente en la práctica, otros fueron renuentes a ella. Aunque la contracepción no había sido aceptada oficialmente en el gobierno de López Mateos, en nombre de la exaltada maternidad y la unión familiar, el doctor Gutiérrez Nájar realizaba oclusiones tubarias vaginales y abdominales por indicación médica cuando se ponía en riesgo la salud de la madre o como método de control natal, previa autorización de la mujer junto con el esposo para “evitar problemas”. Se utilizaron asimismo micro dosis orales de píldora anticonceptiva, inyectables y dispositivo intrauterino –diu-. Más tarde, los tratamientos y técnicas quirúrgicas evolucionaron y fueron perfeccionadas. En el sexenio de Luis Echeverría fue detenida parcialmente esta práctica en el hospital ya que dicho mandatario no aceptaba la planificación familiar, haciéndose necesaria en el segundo lustro de la década de los setenta.³⁸⁶

El nuevo Hospital de la Mujer sustituyó al hospital para burócratas “Dr. Ángel Gaviño” inaugurado en 1965, estructurado de primera instancia para el ejercicio de la medicina moderna dotado con todas las especialidades. Dicho hospital fue cerrado en función de la creación del Hospital 20 de Noviembre asignado a los trabajadores al servicio del Estado, como parte del ISSSTE. El nuevo Hospital de la Mujer heredó la infraestructura, sus especialidades médicas y parte del personal reubicado.

El nuevo Hospital de la Mujer fue llamado en su inicio “Dr. Ángel Gaviño” olvidándose del “Jesús Alemán Pérez”, aunque por razones sentimentales, los viejos médicos lo siguieron considerando así. Con esto, se trató de poner al nuevo Hospital de la Mujer como institución de vanguardia, con alto sentido profesional. El doctor Gutiérrez Nájar viajó a Nueva York para solicitar fondos destinados a la enseñanza e investigación, obteniendo 300 000 dólares para investigación de pre y pos grado en medicina para una parte del proyecto

³⁸⁶ Valdemar Yañez Aguilar, *70 años de vida del Hospital de la Mujer Op. Cit.*

llamado control familiar. El 14 de marzo de 1966, el viejo hospital de la mujer se encontraba en Avenida Hidalgo #45 en el Centro Histórico y para el 27 de abril del mismo año se encontraba en su nueva sede ubicada en Salvador Díaz Mirón # 374 en la Colonia Santo Tomás en la Delegación Miguel Hidalgo. Las enfermas de cancerología fueron trasladadas del viejo al nuevo hospital. El primer reporte es referido sin novedad, por el Hospital de la Mujer, sin mayores calificativos.³⁸⁷

A partir de 1967, dicho hospital en su nuevo edificio, funcionaba como un hospital moderno acorde con las pautas señaladas en la institucionalización de la salud. Contaba con servicio de hospitalización, consulta externa, área de enseñanza, con 16 médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia, incipiente investigación científica, 728 recursos humanos fusionados, con igual número de camas que en la década anterior y mayor población usuaria. Se realizaron 6 487 actos quirúrgicos no especificados que comprendían alrededor de 540 mensuales, se atendieron 7 998 partos equivalentes a 666 mensuales, con servicio de urgencias durante las 24 horas del día.³⁸⁸

En su nueva sede contaba con un departamento de anatomía patológica, no exclusiva para el hospital, ya que se convirtió en un centro de concentración de muestras recibidas de diversas instituciones. Para 1968, la sección de pediatría no había funcionado, por lo que el doctor Loyo giró instrucciones para su inmediato funcionamiento. En 1967 existieron connatos de investigación y para 1968 contaba con jefe de enseñanza.³⁸⁹

El hospital fue presentado con un carácter general, cuya atención iba dirigida a la mujer y el recién nacido, producto del parto ahí atendido, destinado principalmente a la población con escasos recursos económicos y desprotegida por los servicios de seguridad social en el país. El funcionamiento del hospital fue considerando la atención del parto, rehabilitación de la paciente, la investigación, la enseñanza médica y paramédica, necesaria esta última para cubrir la demanda de asistencia materno infantil, como política estatal.

El hospital y la medicina siguieron las pautas del proyecto nacionalista de desarrollo, impregnado de propósitos de ayuda y protección social,

³⁸⁷ *Informes de los hospitales dependientes de la SSA*, AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 99, exp. 1.

³⁸⁸ *Revista del Hospital de la Mujer*, SSA, 1975, p. 10

³⁸⁹ AHSSA, fondo SSA, sección Subsecretaría de Asistencia, caja 61, exp. 2, 1953-1968.

contenidos en la justicia social. En el ámbito de la salud de la mujer, las políticas gubernamentales se vieron reflejadas en la atención materno infantil, no obstante, las bases ginecobstétricas que sirvieron de modelo a fines del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, fueron actualizadas, perfeccionadas y puestas al servicio de la medicalización femenina. Con esto, el hospital fue dirigido paulatinamente, hacia el gradual reconocimiento de la ginecobstetricia por la UNAM como especialidad, lograda en 1975. La atención de los partos y abortos se siguieron manejando de manera prioritaria por la población sobre la cirugía ginecológica estructurando subdivisiones médicas denominadas Clínicas, las cuales fueron incorporadas paulatinamente a la medicalización de la mujer. Dichas clínicas fueron: Puerperio, Tumores de ovario, Esterilidad e Infertilidad, Toxemia -embarazo de alto riesgo- Trofoblasto -alteraciones en la gestación-, Climaterio, Menopausia y Displasias. El concepto de salud fue dirigido en la práctica hacia la curación, con poca información, orientación y educación hacia la prevención.

Una mujer enferma y paciente fue el objeto de la medicina, a la cual debían corregirse alteraciones físicas, derivadas de su fisiología, relacionadas con los órganos reproductores. Ocasionalmente fue proporcionada atención emocional por la poca o casi nula atención psicológica o psiquiátrica ya que sólo existía una médica psiquiatra. Actualmente existe apoyo psicológico insuficiente. El número de madres solteras fue incrementado, quienes en muchas ocasiones rechazaron la maternidad, el parto y consecuentemente al recién nacido, en una sociedad moderna con profundas inequidades sociales, donde el frecuente abandono de niños fue absorbido por el Estado por medio de la asistencia materno infantil. Cuando el doctor Gutiérrez Nájar renunció a la dirección del hospital, dejó una fuerte cantidad de dinero destinado al estudio de la reproducción humana. Según testimonio del doctor Yáñez Aguilar, dicha “renuncia” tuvo mucho que ver con sus prácticas de control natal.³⁹⁰

³⁹⁰Valdemar Yáñez Aguilar, *Op. Cit.*

3.5 El nuevo Hospital de la Mujer. La medicina pública institucionalizada al servicio de la mujer, plasmada en una especialidad médica. La ginecología obstetricia.

En 1968 los representantes de la clase médica reiteraron que un paso trascendental en el ejercicio de la profesión, ha sido sin duda la medicina institucional “sin embargo, no debemos caer en la confusión de creer, que la medicina institucional es sinónimo de medicina burocrática y solo la madurez de un verdadero criterio institucional es lo que puede defendernos de los peligros de la burocratización”³⁹¹

Por esto, durante los años sesenta, y setenta, fue introducida la práctica hospitalaria como parte de los programas de la especialidad de ginecología obstetricia, para ello, fue llevada a cabo la modernización de las instalaciones de las áreas de esta especialidad en los hospitales, entre ellos el nuevo Hospital de la Mujer³⁹²

La década de los setenta fue reportada como de gran actividad científica y académica para el hospital ya que además de la atención del parto, la DOC, colaboró indirectamente con la atención materno infantil. Paulatinamente fue implementando las primeras Clínicas ginecología obstetricas relacionadas con la reproducción,³⁹³ y la protección de la familia, en virtud de la necesidad de que “cada madre mantenga buena salud, tenga un parto normal, aprenda el arte del cuidado del niño y críe hijos sanos”³⁹⁴, de tal manera que “el significado fundamental de la atención se pueda resumir en términos conceptuales como de ordenación de esfuerzos dirigidos a la familia con el fin de asegurar el cumplimiento eficiente de la función reproductora”³⁹⁵ La persistencia de altas tasas de mortalidad, los elevados índices de abortos complicados y las altas tasas de natalidad obligaron a incluir estas acciones en el Plan Nacional de Salud. 1974- 1984..

³⁹¹ José Manuel Díaz Janini, “Primera Jornada Médica Nacional. Conferencia institucional” en Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, vol. X1 # 4, julio- agosto de 1968, p. 58-61

³⁹² Ángeles Sánchez Bringas, *Op. Cit.* p. 28

³⁹³ El número de partos osciló entre 500 y 700 mensuales aproximadamente y los abortos entre 100 y 200, según criterios del conteo rápido realizado por la suscrita en los registros existentes en la UTQ del Hospital de la Mujer, correspondientes a diciembre de 1970, marzo de 1972, enero de 1976 y enero de 1978, en virtud de no encontrarse registros de la década de los setenta.

³⁹⁴ *Norma Oficial para la Atención Materna. Participación Intersecretarial*, Talleres Gráficos de la Nación, biblioteca del Hospital de la Mujer, 1976. P. 9

³⁹⁵ *Ibid.*

Los cambios ocurridos en el Hospital de la Mujer fueron producto de la idea surgida de un hospital moderno y su alineación con las políticas estatales, transformación efectuada según los cambios político-económicos y las necesidades sociales, atendidas de manera continua en las siguientes décadas.

El hospital mexicano fue ponderado como resultado y componente del desarrollo del país. Paralelamente, al período de prosperidad económica en el país, las instituciones de salud a poco resultaron insuficientes por el incremento poblacional ya declarado. La nueva ola de inmigración rural hacia los centros urbanos fue acentuada en la década de los 70 planteando nuevas problemáticas sociales, entre ellas la salud. El doctor Alfonso Argüelles, maestro en salud pública argumentaba, que en 1960, la población rural era de 59.2% y en 1970 de 42.3%, asimismo, de 48 313 438 de habitantes que tenía la República Mexicana, 7 005 855 habitaban el Distrito Federal, esto es aproximadamente el 15 % de la población total del país.³⁹⁶

A partir de 1973 se empezaron a adoptar medidas de control de la población, pero es hasta fines de la década que “la Comisión Nacional de Población –CONAPO- estableció una política en 1978, que planeaba reducir el aumento de 3.2 % a 2.1 % para 1982 y a 1% al terminar el siglo”³⁹⁷ por tanto, la necesidad de establecer un sistema de medicina preventiva y educación para la salud. En la ya mencionada década –1970-, fue implantado el Programa Nacional de Planificación Familiar como política estatal, cuyas acciones fueron dirigidas exclusivamente a las mujeres, en virtud del acelerado crecimiento poblacional, concentrado en las ciudades.

Desde 1974 el nuevo Hospital de la Mujer contaba con consulta externa de planificación familiar, como componente del Programa Nacional de Salud para garantizar una maternidad sin riesgos, implantado en este año. El servicio de hospitalización fue alimentado en un 86% por el área de urgencias y por la consulta externa en un 14%. La estancia hospitalaria oscilaba entre tres y cinco días según fuera parto normal, complicado, cesárea u otro tipo de cirugía ginecológica. No existían registros serios, pero fueron comparativos. La

³⁹⁶ Alfonso Argüelles Nava, “Comentarios sobre algunos aspectos demográficos”, en Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, vol. XV # 5 septiembre-octubre de 1972, p. 428.

³⁹⁷ Peter Ward, *Op. Cit.* p. 182.

Revista Médica empezó a divulgarse en 1976. La atención fue concebida en función del equipo de salud³⁹⁸. La medicalización de la mujer, ya institucionalizada en el Hospital de la Mujer fue encausada según las pautas científicas del período.

Para 1975, la especialidad de ginecología-obstetricia, antes avalada institucionalmente, fue reconocida por la UNAM, la cual instituyó el examen nacional de residencia médica, cuya acreditación permitía a los médicos como becarios, ocupar una de las plazas que la SSA otorgaba en sus instituciones de salud como centros de enseñanza y práctica médica. De esta manera, fue conformada la alianza entre la Facultad de Medicina y el Estado por medio de la SSA, monopolizando la salud pública de México.

La institucionalización fue asociada con la formación de especialistas, demandados por la medicina moderna. Así como fue señalada la necesidad de especialización, paralelamente fue cuestionada por la clase médica, donde al médico se le empezaba a describir como hombre fragmentado. El doctor José Laguna director de la Facultad de Medicina en 1975 señaló que en “ esta educación profesional a menudo se advierte el fenómeno de que, por razones de presiones sociales se crea una elevada demanda de educación superior, que tiene como fin básico la satisfacción de necesidades personales y el acceso a un sistema más fluido de movilidad social”³⁹⁹ contrariamente al “milagro mexicano”, al auge institucional y modernización de la medicina, ésta empezó a hacer crisis, debido a la reducción paulatina de presupuesto para la salud.

En 1976, el hospital fue mostrado en una situación onerosa con respecto al diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mujer en general, no solo el obstétrico, equipado con servicio de radioterapia y área para la cirugía oncológica, llevada a este nivel por la doctora Irma Pulido Villegas, destacada oncóloga y directora por 8 años, servicio que paulatinamente fue perdiendo dicho estatus por la falta de recursos económicos y por la institucionalización del Instituto Nacional de Cancerología al cual fueron remitidas en numerosas

³⁹⁸ “Una década de actividades en el hospital de la mujer” en Revista del Hospital de la Mujer, ginecología-obstetricia, SSA. vol. 1, septiembre- octubre- noviembre-.diciembre de 1977 # 3.

³⁹⁹ José Laguna, “Consideraciones en torno a la educación superior” en Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, vol. 18, 1-12, enero- diciembre, 1975, p. 3

ocasiones, mujeres para tratamiento oncológico. Existían 100 médicos, de los cuales 14 eran mujeres, dos permanecen en servicio hasta la fecha.⁴⁰⁰

El doctor José Rodríguez, del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina ya percibía crisis en la medicina institucional y sus especialidades médicas, producto del agotamiento del modelo económico. El citado médico, señaló en 1977 que “la demanda de educación de pos grado y desempleo para los egresados, supera la oferta y los que recién han terminado la carrera en el posgrado, enfrentan el subempleo en forma variable”, mientras que los programas de salud comprueban la “falta de presupuesto para aumentar la cobertura, en base a los modelos de atención médica tradicional”⁴⁰¹

La medicina social antes ponderada inició un proceso burocratizador. Al respecto, el doctor Ramón de la Fuente señaló la ausencia de ese “toque humanitario” en la medicina, en una “sociedad que no propicia estímulos a todos, ni puede exigir el compromiso individual de cada uno de sus miembros para con ella, no existen recursos necesarios para otorgar sin distinción, los beneficios extraordinarios de la medicina moderna”⁴⁰²

Por otro lado, el doctor Manuel Velasco Suárez expresó al respecto que “la organización institucional, todavía no ha logrado resolver el problema” y “menos exclusivamente con hospitales, como van a resolverse los problemas de salud”⁴⁰³

Aun cuando existió una medicina de vanguardia, se tuvo prioridad por la curación en los hospitales y en segundo lugar por la investigación en los Institutos especializados considerados de tercer nivel, más que la prevención y promoción de la salud de la población.

Con este panorama, los médicos continuaron la corriente progresista, los cuales aceptaron y adaptaron la tecnología al crecimiento poblacional, aun cuando los recursos estatales destinados a la salud eran cada vez más escasos y los nuevos decretos y programas de salud emitidos y contenidos en

⁴⁰⁰ Revista del Hospital de la Mujer, SSA, 1976, p. 10.

⁴⁰¹ José Rodríguez Domínguez “Futuro y perspectivas de los egresados de la Facultad de Medicina “ en Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM vol. 20, 1-12, enero-diciembre , 1977, p.2.

⁴⁰² Ramón de la Fuente, “Crisis de la medicina actual” y “ Medicina, historia y moralidad” en Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, vol. XX, año 20 # 8, 1977, p.2

⁴⁰³ Manuel Velasco Suárez “Los estudiantes de medicina y sus motivaciones” en Revista de la Facultad de Medicina , UNAM, vol.. 21, 1-12 enero-diciembre, 1978, p.3

los planes sexenales, en la práctica, muchas veces fueron inaplicables. Se preocuparon por la cantidad para justificarse y menos por la calidad en la atención.

La condición de la mujer usuaria fue descrita por la única psiquiatra del hospital señalando “que la función primaria es la reproductiva, ésta es la función profundamente arraigada en la psique femenina”⁴⁰⁴

El personal de salud fue incrementado en un 143% con relación a 1967, de tal manera que de 395 elementos que existían se elevaron a 929. Los 66 médicos existentes fueron elevados a 101, el paramédico, de 132 a 398, administrativos de 25 a 119 y servicios generales de 160 a 312. La institución fue adaptada y remodelada parcialmente en su infraestructura. Fue construido el auditorio denominado “Dr. Jesús Alemán Pérez”. El hospital para su funcionamiento dependió directamente del presupuesto federal, con aportaciones en especie de la SSA y parte de las cuotas de recuperación a menudo insuficientes por el elevado costo de la vida y el alto número de población demandante y atendida. La cuota de recuperación se mantuvo en 100 pesos y una donación de sangre.

En esta década, el nuevo Hospital de la Mujer, inició los servicios de planificación familiar y la protección de la familia avalada por la Ley General de Población en la cual se sustentó legalmente la política gubernamental de planificación familiar convertida en derecho constitucional, a la vez que se estableció explícitamente la igualdad entre hombres y mujeres⁴⁰⁵

En 1976 el gobierno comenzó a establecer metas demográficas y desarrollo del Plan Nacional de Planificación Familiar para el periodo 1977-1982. Asimismo se formó la Comisión Nacional de Planificación Familiar “dedicada a organizar las actividades de las instituciones públicas y privadas, después llamada Dirección General de Planificación Familiar”⁴⁰⁶

A partir de 1982, la SSA se constituyó en la responsable de coordinar las actividades de planificación familiar en las instituciones de salud. Finalmente, en 1986 fue creado el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de

⁴⁰⁴ Revista del Hospital de la Mujer, SSA, vol. 1, mayo- junio- julio- agosto 1977 # 2, p. 10

⁴⁰⁵ En el artículo 4º constitucional se estipula que el varón y la mujer son iguales ante la ley, la organización y desarrollo de la familia, así como el derecho de decidir de manera libre y responsable e informados, sobre el número y esparcimiento de sus hijos. Citado por Ángeles Sánchez Bringas, *Op. Cit.* p.36

⁴⁰⁶ *Ibidem*, p. 36.

prestación de servicios de atención médica. Con esta Ley fue instituida la planificación familiar, como un servicio de salud para mejoría de las condiciones de vida de la población.⁴⁰⁷ Adoptada plenamente por el nuevo Hospital de la Mujer.

En 1984, el total de consultas anuales fue

Especialidad	33 290
Urgencias	30 999
Hospitalizaciones	16 077
Egresos	16 066
Partos atendidos	11 297 -incluyendo las cesáreas, partos distócicos fueran niños nacidos vivos o muertos-
Abortos	1 606
Oclusiones tubarias	414 ⁴⁰⁸

A 20 años de haberse organizado el nuevo Hospital de la Mujer la atención materno infantil siguió siendo prioritaria para la salud nacional.

ya que no solamente es el aspecto cuantitativo el que define el problema, sino la trascendencia que tiene el fenómeno de la reproducción humana, el cual desde una perspectiva bio- psico- social, pone de manifiesto la vulnerabilidad de dos seres y la eficacia de las medida preventivas en la solución de los problemas graves de morbi moralidad materno fetal y neonatal, a decir de las consecuencias que esto tiene, sobre la evolución del recién nacido⁴⁰⁹

Paralelamente a la institucionalización de la reproducción femenina además de los hospitales, funcionaba el Instituto Nacional de Perinatología y, según el Programa Nacional de Salud 1984-1988, el principal objetivo era, proporcionar atención médica a mujeres con embarazo de alto riesgo, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humanos, acciones dirigidas a la atención materno infantil y la planificación familiar, contribuyendo así

⁴⁰⁷ Figueroa, 1993, citado en *ibid*.

⁴⁰⁸ Departamento de Informática del Hospital de la Mujer.

⁴⁰⁹ *La Salud en México. Testimonios 1988, Desarrollo Institucional*. Institutos Nacionales de Salud. Guillermo Soberón, Jesús Kumate, José Laguna , (compiladores), México, Biblioteca de la salud, 1988, p.187.

a la disminución de los niveles de fecundidad, con pleno respecto a la decisión y dignidad de las parejas, a fin de colaborar en lo social y en lo familiar al mejor equilibrio entre el desarrollo socioeconómico y el crecimiento demográfico, coadyuvando al mejoramiento de las condiciones de salud de la población materno infantil, previniendo riesgos y daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como propiciar el crecimiento y desarrollo de los niños⁴¹⁰ y asistencia social a los desamparados sociales

En 1984- 1989 fue establecido en el hospital, el Programa de Rehabilitación para la Adolescente Embarazada –PREA- cuya inserción se debió a la iniciativa privada, considerando el alto índice de adolescentes embarazadas, el cual oscilaba entre 25 y 30 % del total de mujeres atendidas, muchas de ellas madres solteras. Este programa, adoptado por el hospital, tuvo como objetivo inicial informar sobre métodos anticonceptivos, cuidados del recién nacido, y expectativas de vida. Actualmente ha desaparecido. En este período, fue concluida la construcción de la Unidad Toco Quirúrgica –UTQ- ligada al servicio de urgencias e independiente de los quirófanos donde se realizaba la cirugía ginecológica programada en la consulta externa. En esta década, el Hospital de la Mujer fue calificado como Hospital Amigo del Niño y de la Madre con base a los lineamientos emitidos por la UNICEF. El programa contenía una serie de acciones dirigidas a fomentar la lactancia materna a libre demanda, disminución del uso de sucedáneos de la leche materna, erradicación del uso de biberones, vigilancia y control del recién nacido, detección de alteraciones congénitas y vacunación entre otras medidas en beneficio del recién nacido. Para la madre, acciones de planificación familiar, control del embarazo sano y complicado, atención institucionalizada del parto y vigilancia del puerperio. Para ello, fueron acondicionadas dos salas de obstetricia para el alojamiento conjunto, donde la madre y el niño sano permanecían juntos hasta el egreso, promoviendo la alimentación al seno materno, previa información y adiestramiento a la madre por el personal de salud.⁴¹¹ El amamantamiento tenía lugar en los siguientes treinta minutos al nacimiento con leche materna, en aquellas mujeres cuya condición lo permitía.

⁴¹⁰ *Ibidem*, p. 120-121.

⁴¹¹ Manuales sobre alojamiento conjunto, lactancia materna y carteles adheridos en las paredes del hospital, con el objetivo de que todas las personas, tanto la población usuaria como los trabajadores, conozcan las diversas acciones del programa y promuevan la lactancia materna, en virtud de la

En la década de los 90 1994-2000- las acciones institucionales fueron dirigidas considerando el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar como respuesta a la institucionalización de los servicios de salud, el cual comprendía los siguientes rubros: Planificación familiar, Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes, Salud Perinatal, Riesgo Preconcepcional, Enfermedades de Transmisión Sexual, Prevención y Detección de Neoplasias -tumores benignos y malignos- del tracto reproductor femenino, Climaterio, Menopausia y la Perspectiva de Género como acciones totales en beneficio de la salud de la mujer, cubriendo todas las etapas de su vida. Comprendía toda clase de alteraciones, tanto ginecológicas como obstétricas con relación a los órganos reproductores o tumores de ovario, atendidos en las diversas clínicas de la especialidad en la consulta externa y, la atención del embarazo, parto, puerperio y abortos, así como la posibilidad de un embarazo si se deseaba.⁴¹²

La planificación familiar estuvo justificada por el discurso estatal, en virtud de que en México se “está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en la economía global, a partir de una adopción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional”⁴¹³ La salud reproductiva sustituyó a la planificación familiar, incluida ésta como un derecho “independientemente del género, edad, estado social o legal de las personas”⁴¹⁴

En esta década fue acuñado el concepto de salud reproductiva, definiéndose como “todo estado de completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente al ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como el ejercicio de la sexualidad”⁴¹⁵

supervisión continua por parte de la SSA. Es importante mencionar, que a cada institución certificada como Hospital Amigo del niño y de la madre le es destinada cierto presupuesto para que cumpla los designios internacionales a favor del niño y de la madre..

⁴¹² *Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*, Secretaría de Salud, material mimeografiado, biblioteca del Hospital de la Mujer, 1995-2000.

⁴¹³ *Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar*, mayo de 1999, material mimeografiado, Secretaría de Salud.

⁴¹⁴ *Ibidem*, p. 14

⁴¹⁵ *Ibidem*, p.15.

El Programa de Planificación Familiar formaba parte de los programas de salud materno infantil de la Dirección General de Asistencia Materno Infantil, posteriormente cobró autonomía, pero el concepto sobre las usuarias de anticonceptivos no cambió; se trataba de mujeres casadas o en unión libre, con hijos, de escasos recursos económicos y baja escolaridad⁴¹⁶, posteriormente se extendió en la década siguiente con el concepto de salud reproductiva a todas las mujeres. Con esto, se intensificaron los programas y subprogramas en el pos parto y en el pos aborto dentro de los hospitales de la Secretaría de Salud.⁴¹⁷

En la medida que fue consolidada la ginecología como práctica hospitalaria, se privilegió la esterilización femenina⁴¹⁸ -OTB- realizada desde tiempo atrás en el hospital Dr. Jesús Alemán Pérez, la cual se ha ido perfeccionando en su técnica.

El nuevo Hospital de la Mujer ha ido implementando desde fines de la década de los sesenta las clínicas de especialidad, mismas que han sido organizadas y estructuradas paulatinamente y fueron el eje vertebral de la atención ginecológica. La consulta externa que alimentó la hospitalización junto con el área de urgencias, fue instaurada como de especialidad.

El nuevo Hospital de la Mujer se caracterizó por ser un centro ginecológico de enseñanza pero no de investigación. Existía un reducido número de investigaciones sistematizadas respecto a la mujer, tanto en el área médica como en otras áreas sociales o de humanidades. Los médicos para obtener el grado de especialistas, realizaban un trabajo de investigación a manera de tesis profesional, retrospectiva, con la revisión de expedientes clínicos. Sin embargo, una investigación realizada en 1991, por un grupo de psicólogas en la clínica de esterilidad e infertilidad para efectos de titulación reveló, que el tener hijos constituía un punto central en la identidad femenina, ya que la mujer se identificaba con su rol de madre desde etapas tempranas. La mujer mexicana de la clase social estudiada, de bajos ingresos económicos necesitaba tener hijos, ya que la procreación reparaba su carencia de afecto y,

⁴¹⁶ Ángeles Sánchez Bringas, *Op. Cit.* p.38-39

⁴¹⁷ Bustamante, et. al, 1982, citado en *ibidem* p. 39

⁴¹⁸ *Idem.*

ser mujer estéril se sentía devaluada insegura, no aceptada, desconfiada y deprimida, con respecto a las demás personas fértiles⁴¹⁹

De esta manera se describía el autoconcepto femenino en la década de los noventa en un hospital público del Distrito Federal.

En ésta década, el hospital colaboró con la Procuraduría General de la República por medio de la Agencias Especializadas en Delitos Sexuales para la atención médica a mujeres victimadas sexualmente de todas las edades, para el diagnóstico y tratamiento ginecobstétrico requerido, atendiendo la normatividad existente sobre violencia intrafamiliar. Asimismo, dicha normatividad exigía la detección institucional de mujeres y la siguiente denuncia penal. Sin embargo esta acción no fue totalizada ni de manera sistemática, cuya justificación estuvo basada en el alto índice de ingresos, carga de trabajo, resistencia de las mujeres a la denuncia y el poco apoyo encontrado en las mencionadas agencias del ministerio público. Todos los abortos fueron considerados espontáneos. A menos que se pusiera en peligro la vida de la madre eran considerados caso médico legal.

En el año 2000 se atendieron:

54 578 consultas de especialidad

62 043 de urgencia

21 149 hospitalizaciones

21 095 egresos

11 780 partos 11 780

1 642 abortos

2 737 oclusiones tubarias.⁴²⁰

Las estadísticas mostraron que en los últimos 30 años, en el nuevo Hospital de la Mujer, a pesar de que se contaba con nueva infraestructura, con algunas remodelaciones, adaptaciones, ampliaciones y, con aumento de los recursos humanos, vio incrementada las consultas de especialidades y urgencias en casi el doble.

Con la institucionalización de la medicalización femenina, el creciente interés de las mujeres por su salud, se vio reflejado en la consulta de

⁴¹⁹“La influencia de la esterilidad en el auto concepto de la mujer”, Revista Médica del Hospital de la Mujer, agosto, septiembre., vol. 1, 1991, p. 7-14

⁴²⁰ Departamento de Informática del Hospital de la Mujer.

especialidad, con preferencia por el servicio de urgencias. La atención del parto fue incrementada, así como las oclusiones tubarias como método definitivo de planificación familiar en casi 700 % permaneciendo la aplicación del DIU pos parto y pos aborto. Este último, en cifras, su aplicación fue inferior con relación al total de ingresos y egresos en el área de obstetricia debido al rechazo frecuente de las mujeres por la escasa información y la poca sistematización en la práctica del programa. En el caso del varón fue incorporada la vasectomía como método definitivo de planificación familiar, como indicio de perspectiva de género y con poca aceptación. Dicha cirugía, considerada menor fue realizada en número extremadamente bajo, debido en muchos casos por la falta de infraestructura adecuada y material humano que la practicara.

En el actual sexenio de Vicente Fox se encuentra en vía de instauración el programa denominado Modelo de Transparencia y Equidad de Género, asesorado por el Instituto Nacional de las Mujeres. Para tal efecto, en el año 2000 fue formado un comité institucional para conocimiento y divulgación al personal y desarrollo del programa. En su primera fase, fue dirigido a los empleados del hospital, enfatizando la igualdad de oportunidades para el acceso a puestos directivos, de salarios, así como la eliminación de la discriminación, acoso sexual o maltrato hacia las trabajadoras por el varón trabajador, invitando a su disminución. En cuanto a la atención de la mujer usuaria al servicio, no existe perspectiva de género.

La DOC en la actualidad es realizada como campaña anual a población abierta y para las usuarias que cuentan con expediente clínico les es realizado el papanicolaou si se considera necesario o referida a la Clínica de Displasias cuando existe alteración. El servicio de planificación familiar es gratuito y abierto a la población, con previa consejería, dando preferencia a la OTB como método definitivo. El resto de los métodos son proporcionados en el área hospitalaria. Los servicios de consulta de especialidad y hospitalización son otorgados, previa cuota de recuperación, asignada en función de las condiciones socioeconómicas de las usuarias, oscilando entre quinientos y dos mil pesos para la hospitalización según el tabulador de servicios y ochenta pesos para la consulta de especialidad y de urgencias.

El nuevo Hospital de la Mujer ha respondido satisfactoriamente al llamado de la medicina moderna y a las políticas gubernamentales en función de las necesidades sociales de atención médica, como centro obstétrico especializado en enfermedades de la mujer, aún cuando los recursos materiales día con día resultan insuficientes. En su inicio, fue destinado a las mujeres de baja condición económica, desprotegida por los sistemas de seguridad social. En la actualidad es destinado a población abierta, de todos los estratos sociales, derechohabientes o no, ocasionando mayor demanda con menos recursos, lo que en muchas ocasiones es preferida la cantidad sobre la calidad. Asimismo, la cantidad de programas establecidos ha propiciado la poca sistematización de éstos, desarticulándolos o eliminándolos, permaneciendo solo algunos de ellos. Cuantitativamente, ha cumplido con las metas gubernamentales.

Los recursos humanos se han incrementado, actualmente se cuenta con 1306 empleados, 157 son médicos, de los cuales 100 son varones y 57 mujeres, alcanzados por la burocracia burocratizada, contagiados en muchas ocasiones por la sobreprotección.

La atención médica cubrió el aspecto curativo, más que preventivo, propio de un segundo nivel de atención referido a la hospitalización. El primer nivel es referido a la prevención y el tercero a la especialización propia de los Institutos Nacionales. Actualmente, el hospital ocupa el mismo edificio asignado desde 1966. En el último año está siendo remodelado para cubrir la demanda del “seguro popular” como nuevo proyecto sexenal y ni aún con dicha remodelación es posible que se pueda cubrir la alta demanda de la población y la cobertura de lo que pretende ser dicho “seguro”.

Pocas personas conocen al nuevo Hospital de la Mujer como centro ginecobstétrico especializado en medicina femenina. Hasta hace 2 décadas, aún era considerado un “paridero” o de mujeres prostitutas, “de cuando estaba en la Alameda” su anterior sede según la concepción popular, del cual fue trasladado al nuevo edificio en 1966. Actualmente atiende problemas de salud de las mujeres, independientemente de que sean madres o no, sin embargo predomina la maternidad.⁴²¹

⁴²¹ La actual información fue recolectada con base en diversas visitas institucionales al Hospital de la Mujer.

Las actuales clínicas ginecobstétricas existentes en el hospital en pro de la salud de la mujer son las que a continuación se mencionan.

-Puerperio. Vigila las posibles complicaciones del parto. Dicha clínica no ha funcionado plenamente ya que la atención del parto generalmente se maneja como urgencia y con estancia corta. Una vez solucionado este trance, la mujer no regresa a revisión. En este caso se le refiere de manera verbal, con indicación de acudir al centro de salud de primer nivel cercano a su domicilio.

-Tumores de ovario. Referida a todas las edades de la mujer.

-Esterilidad e Infertilidad. Con atención al hombre y la mujer como pareja por la naturaleza del diagnóstico y tratamiento.

-Toxemia. Llamada embarazo de alto riesgo, comprende complicaciones en el embarazo, estancia y tratamiento hospitalario.

-Trofoblasto. Embarazo molar. Se refiere a alteraciones en la fecundación, referidas como precancerosas y pueden ser benignas o malignas.

-Climaterio y Menopausia. Comprende el último periodo del ciclo reproductivo y cese de la reproducción. Sobre este punto es importante considerar el poco apoyo psicológico para una mejor calidad de vida de las mujeres.

-Ginecología. Alteraciones relacionadas con los órganos reproductores como matriz y ovarios.

-Displasias. Servicio implementado en la década de los noventa para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, en virtud del alto índice de mujeres que demandaron el servicio, con un riesgo potencial hacia este tipo de cáncer, una vez que el examen médico y citológico – papanicolaou- han reportado alteraciones celulares que pueden evolucionar hacia tumores malignos, considerando que el CACU ocupa el primer lugar de incidencia causado por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionado con neoplasias malignas entre la población en general⁴²²

⁴²² Norma Oficial para la Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, 1998, Secretaría de Salud.

CONCLUSIONES.

Con el nuevo proyecto de nación estructurado en el periodo posrevolucionario surgió un Estado fuerte y sólido con amplias bases nacionalistas proyectado por la facción política triunfante. El viejo adagio porfirista “orden, paz y progreso” que impulsara la primera modernización en el país con los consiguientes costos sociales, interrumpido por la Revolución, fue retomado a partir de la década de los años veinte, en el cual las instituciones fueron fundamentales para la estructuración del Estado moderno. En este proceso fueron incorporadas las clases de estratos socioeconómicos bajos, entre ellas las mujeres, por medio de políticas sociales particularmente de salud.

Los médicos, revestidos de marcada moralidad, y amplia participación en materia de salud y en estrecha vinculación con el aparato estatal tuvieron amplia coyuntura para redefinir la función social de la mujer como madre y centro del núcleo familiar, institucionalizada como medicina científica. Así, los médicos y el Estado tomaron bajo su protección a las mujeres de baja extracción social y económica cuyo discurso fue unificado en aras de conformar al nuevo ciudadano bajo preceptos eugenésicos. No obstante la tendencia moderna, fue palpable el reacomodo de viejas elites porfirianas en muchos de los aspectos de la vida nacional, ente ellas los médicos. La inclusión de los médicos y el despliegue de amplias políticas sociales fue bautizada como justicia social, necesaria para preservar el orden y la paz social.

La población diezmada por este hecho y por la insalubridad, había que ser renovada y en su lugar, el nacimiento de un nuevo y mejor ciudadano, cuya mano de obra era fundamental para el proyectado crecimiento económico. En este período, con tendencia marcadamente nacionalista, el cuerpo de la mujer fue destinado a la maternidad, donde la madre fue asociada simbólicamente con la Patria y signo de buena mujer, que contribuyera al poblamiento, dando a luz un hijo sano, por tanto había que cuidar y proteger.

El cuidado de la salud de las mujeres fue iniciado por medio de campañas sanitarias, entre ellas la desnutrición y las enfermedades venéreas, como parte de una incipiente atención materno infantil.

La medicina, antes de elite con predominio privado, sufrió un necesario proceso de reestructuración convertida en medicina social. De esta manera se cubrían tanto las expectativas médicas como estatales de hacerse accesible a todos los sectores sociales, en el que la especialización fue el objetivo final. Las nacientes asociaciones y academias que congregaron a la clase médica dieron muestra de ello, las que en estrecha relación con el Estado, se convirtieron en rectoras de la salud pública y de la medicina moderna paulatinamente especializada. La ginecología, especialidad médica, proyectada en la década de los cuarenta y consolidada en la década de los setenta se atribuyó el derecho de velar por la salud de la mujer, cuyo cuerpo fue el objeto idóneo para dicha práctica, retomando las políticas estatales de asistencia materno infantil como referente. Las mujeres “malas” también fueron objeto de atención, a las que había que cuidar para salvaguardar el orden público y moral. Las enfermedades venéreas y el cáncer femenino, además de la asistencia materno infantil fueron los pilares de la ginecología moderna centrada en los órganos reproductores.

La incipiente medicalización femenina, fue dirigida a las mujeres pobres, sin ningún acceso a los recién creados sistemas de seguridad social. La importancia dada a la atención materno infantil fue relevante, aun cuando ya existían indicios de crecimiento poblacional. El concepto de asistencia, una nueva modalidad de atención al marginado social fue dirigido principalmente a la mujer pobre considerada débil social. Dicho término ufano y elegantemente usado por el Estado moderno no fue mas que la continuidad de la caridad colonial y la beneficencia pública del siglo XIX y primeras décadas del XX con la diferencia, que la caridad fue otorgada por particulares y la salubridad y asistencia fue dotada de carácter público. Para el desarrollo de la medicina moderna y la masiva institucionalización de la salud fue necesario acuñar el concepto de hospital moderno en sustitución del viejo concepto de reclusión más que de curación. Para la asistencia materno infantil fueron construidas algunas maternidades estatales y adaptadas salas de maternidad en los viejos hospitales supervivientes de la Colonia y al siglo XIX, entre ellos el Hospital Morelos, después llamado “doctor Jesús alemán Pérez” o viejo Hospital de la Mujer y desde hace cuarenta años, nuevo Hospital de la Mujer.

Con la institucionalización de la salud fue marcada la diferenciación social. Las mujeres pobres debían atenderse del parto en los hospitales públicos. Las ricas acudían a las maternidades privadas, no desaparecidas con la medicina social. Las mujeres “malas” debían aislarse y tratarse médicamente por el riesgo de contagio y por alterar la moral pública. Las mujeres ricas contagiadas eran mantenidas en secreto. De hecho las enfermedades venéreas eran consideradas secretas.

La eugenesia, promovida tanto por el Estado como por los médicos para la medicalización femenina, más que cuidar la salud de la mujer fue dirigida a cuidar y proteger al niño desde antes de su nacimiento, con y después del acto obstétrico. De igual manera, el cuerpo enfermo afectado con sífilis y cáncer como enfermedades propias de la mujer había que atenderlo como medida de salubridad pública, acciones incluidas posteriormente en la incipiente ginecobstetricia.

La nueva especialidad médica estructurada y desarrollada en una coyuntura política de asistencia materno infantil, consideraba la atención moderna del parto como una actividad importante y prioritaria para la salud de la mujer, referida a la obstetricia, la cual fusionada con la ginecología dio origen a la ginecobstetricia cuya razón de ser fue el estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer y la reproducción, incluyendo la atención del parto.

Para el desarrollo de la medicina social se requirió de instituciones de salud para su ejercicio. Lo mismo fueron creados centros médicos de vanguardia en la ciudad de México denominados Institutos Nacionales, centros de salud en colonias populares, algunos centros materno infantiles pero no se construyeron hospitales generales. No obstante les fueron adaptadas salas de maternidad. El hospital doctor Jesús Alemán Pérez, designado como hospital de mujeres, antes centro antivenéreo, con la atención del parto incluida, la detección oportuna y tratamiento del cáncer ginecológico -matriz y ovarios-, paulatinamente fue convertido en centro ginecobstétrico. No obstante, su status de maternidad pública fue conservado por la demanda mayoritaria de atención de partos.

Ante la progresiva falta de recursos gubernamentales y la incapacidad del Estado para cubrir las demandas de salud, ocasionó que muchas de las

instituciones de asistencia pública generadas fueran desapareciendo. Las instituciones antes ponderadas como ideales recibieron poco apoyo gubernamental. Por el contrario, el Hospital de la Mujer fue conservado como icono. Con la institucionalización de la medicalización femenina fue convertido en centro docente para la enseñanza y práctica médica y de enfermería.

El proceso de institucionalización de la salud y con esto, de la medicalización femenina aún con beneficios coyunturales a la población de condición socioeconómica baja y considerando la buena intención, fueron muchas sus limitaciones, tales como la falta de capacitación del personal, los procedimientos técnicos y administrativos mal dirigidos o poco sistematizados, el predominio de la curación sobre la prevención y la progresiva falta de recursos. Aunado a lo anterior, la paulatina burocratización, el crecimiento de la población y sus necesidades de salud, hicieron de las instituciones ineficaces e insuficientes. Actualmente con crisis, saturadas, con severas carencias materiales y políticas demagógicas de salud. La otrora medicina social está siendo desplazada nuevamente por la medicina especializada, privada y de élite, con destellos de deshumanización y fuera del alcance de las clases populares. Por su parte, la clase médica no vio cubiertas sus expectativas con la medicina institucionalizada, muy cuestionada. No obstante en este periodo, fueron sentadas importantes bases para una futura atención integral de la salud de la mujer.

. La institucionalización de la salud tuvo dos fases. En la primera, de gestación, fueron diseñados los programas, cuya tendencia era alejarse, al menos teóricamente, de la vieja beneficencia. La segunda, fue consolidada con la protección social, con amplio desarrollo de la asistencia.

En ambas fases, el cuerpo femenino fue cuidado por el Estado para que la mujer cumpliera con su deber sagrado y suprema misión de ser madre, siendo ésta símbolo de unión nacional, resguardo de la estabilidad familiar y objeto de práctica de la naciente ginecobstetricia en cuyo proceso conjuntaron esfuerzos para garantizar el mejor nacimiento del niño. La salud de la mujer y con ello su cuerpo, fueron institucionalizados en la moderna ginecobstetricia cuyas bases obstétricas y ginecológicas fueron retomadas del siglo XIX, con acciones contra las enfermedades venéreas, incipiente atención del cáncer y atención materno infantil. La condición relevante de madre dio a la atención del

parto y acciones subyacentes, el consabido carácter moderno. La sublime misión de ser madre, la alta morbi mortalidad materna como hecho real y la consabida debilidad femenina, hizo de la mujer objeto de protección tanto médica como estatal. En los escasos hospitales públicos, con la institucionalización del parto, una de las prioridades fue minar la influencia de las parteras y comadronas. La falta de higiene y la severa desnutrición materna e infantil, la cual era un hecho real, fue otro argumento médico para la atención moderna del parto en sustitución de las parteras, no contempladas en este período.

La Dirección General de Asistencia e Higiene Materno Infantil y la Dirección General de Asistencia Médica fueron las dependencias federales designadas a proteger la salud de la mujer. La primera, con los centros materno infantiles y maternidades de primero y segundo nivel para la atención del parto, e instituciones de asistencia social de carácter general, para cubrir otro tipo de demandas sociales, materiales, educativas y en especie que atenuaran las paupérrimas condiciones existentes en la mayoría de la población. La segunda, institucionalizando la práctica ginecobstétrica en los viejos hospitales, en ambos casos sujetos a reglamentación. La falta de recursos materiales y humanos y de capacitación en estos últimos, fue constante preocupación estatal y motivo de retraso en la aplicación de las políticas públicas de salud.

La asistencia materno infantil fue posible en función del crecimiento económico de las décadas de los sesenta y setenta. Los gobiernos en turno destinaron recursos aunque no suficientes, tanto humanos como materiales a la capacitación. Posteriormente, con la crisis del modelo de desarrollo, las políticas sociales se fueron deteriorando y alejando paulatinamente de los grupos populares. El creciente número de trabajadores de la salud, integrado por un alto número de médicos que apostaban a la medicina social, paramédicos y personal administrativo, a la larga fueron burocratizados.

Aunque en la primera y en la segunda fase de institucionalización de la medicalización femenina, el objetivo fue dirigido a disminuir la mortalidad materna, el eje central fue el niño. Los programas de asistencia social fueron necesarios en un Estado moderno, el cual debía destinar un fondo social para programas dirigidos a atender a una población en paupérrimas condiciones,

producto de la continua emigración rural a la ciudad, además de presiones de organismos internacionales, cuyas recomendaciones debían ponerse en marcha por los países en vías de desarrollo.

La atención médica y social fue dirigida a atenuar coyunturalmente las condiciones de pobreza que repercutirían favorablemente en la maternidad y en el frecuente abandono infantil, fomentando con ello la estabilidad de la familia.

La protección materno infantil, con amplio desarrollo en la década de los cincuenta- sesenta fue transferida al discurso político. Dicho discurso moralizador y nacionalista exaltó la importancia de la madre y la familia como institución social, inserta en un contexto de bienestar social.

El Estado de Bienestar, concepto en boga en el ámbito internacional, acuñado después de la segunda Guerra Mundial fue adoptado, adaptado y transformado en México en un régimen de asistencia social pugnando por el bienestar de la población y particularmente de la familia.

La medicalización femenina en México no pudo explicarse sin los conceptos internacionales asociados con la protección del cuerpo femenino y a la atención materno infantil de los años veinte y treinta, mismos que influyeron en la asistencia materno infantil, utilidad y función social conferida a la mujer mexicana y retomada por la sociedad médica con la institucionalización de la salud de la mujer. La maternidad fue protegida biológicamente en aras de la ciencia y del mejoramiento y estabilidad social y familiar.

Las políticas de salud pública fueron representativas de un Estado Benefactor, que si bien destinó recursos para la salud de la población no fueron suficientes. Ciertamente, fueron programadas y construidas múltiples instituciones para cubrir el rubro de asistencia social, beneficiando con ello a una mayoría de mujeres de condición socioeconómica baja. Sin embargo, la participación de la iniciativa privada en materia de asistencia médica y social fue significativa, la cual en lugar de reducirse, fue incrementada mediante centros de protección social promovidos y administrados por patronatos, asociaciones civiles o damas voluntarias como muestra de nacionalismo y gran solidaridad, la mayoría ya desaparecidas. Actualmente, la presencia de los organismos no gubernamentales –ONG- muestran la nueva incursión de la

iniciativa privada ante el deterioro del antes fuerte aparato estatal en materia de salud.

La maternidad reglamentada y tolerada, fue la manera en que el Estado por medio de sus políticas públicas trató de controlar el cuerpo de la mujer, monopolizado por la medicina, cuyos paliativos fueron alejados de una atención real a la salud femenina como derecho social. La gratuidad de los servicios, relacionada con la anterior caridad y beneficencia, pretendió ser desplazada con la asistencia por medio de un sistema de cuotas de recuperación, el cual subsiste hasta la fecha. El control que el Estado y la medicina hicieron del cuerpo de la mujer en pro del mejoramiento de la salud infantil, respondió a la construcción del Estado nacional. La atención de la salud de la mujer, aunque no fue integral, las bases sociales con que fue sustentada guió las futuras acciones médicas incorporadas a la práctica ginecobstétrica para el correcto diagnóstico y tratamiento de las enfermedades biológicas, teniendo al parto como prioridad. La atención materno infantil respondió a las necesidades sociales imperantes como prolongación y permanencia de un proceso de larga duración con la institucionalización de la salud en el siglo XX.

Un modelo de políticas públicas con cobertura social en salud fue insertado en el viejo hospital público doctor Jesús Alemán Pérez, uno de los supervivientes de la Colonia y al siglo XIX. Dicho hospital fue objeto de políticas públicas y acciones marcadas por el aparato estatal y la comunidad médica, designado como hospital de mujeres, según el concepto moderno de mujer en el periodo y transformado en centro obstétrico especializado como nuevo Hospital de la Mujer.

Con un enfoque de género, en la actualidad un hospital de la mujer correspondería a un centro especializado dirigido a la atención de la salud femenina de manera integral, atendiendo el aspecto físico, mental, social y espiritual de todo el ciclo de vida, no solo la reproducción. Sin embargo no ha sido así.

Aun cuando las bases sociales y científicas de la medicalización femenina las encontramos en el Porfiriato, muchos de sus elementos fueron heredados de la Colonia, relacionados principalmente con la función social de

la mujer atribuida a la maternidad con orígenes caritativos y con la posterior adopción en las incipientes políticas sociales de carácter público.

La moderna atención del parto, la asistencia materno infantil, la atención del cáncer femenino y las enfermedades venéreas fueron el objeto inicial de la ginecobstetricia y con ello de la medicalización femenina, producto de un proceso continuo de mediana duración estructurado desde el siglo XIX y concretado con la institucionalización de la salud.

La medicalización femenina moderna, institucionalizada en una especialidad médica, respondió al proceso de consolidación de una serie de preceptos y regulaciones sociales sobre el cuerpo de la mujer desde el siglo XIX, continuada hasta la primera mitad del siglo XX por los grupos en el poder. Así puede mencionarse a la Iglesia católica, al Estado y a la medicina sucesivamente. Los dos últimos, estrechamente vinculados oficializaron la maternidad como función principal de la mujer, dejándose sentir la influencia de la primera, permeando como asistencia privada o como regulación social.

Mientras que al Estado moderno le preocupó inicialmente el niño y consecuentemente la salud de la madre para asegurar un mejor nacimiento, reforzado por los médicos, éstos se dirigieron al cuerpo de la mujer inicialmente para colaborar con el Estado en la moderna atención del parto y posteriormente como objeto directo de la práctica obstétrica y ginecológica, reforzada a su vez por el Estado en implícitos pactos.

En este proceso, las maternidades y hospitales públicos fueron los sitios idóneos para la mejor atención del cuerpo femenino.

El concepto de hospital de la mujer fue acuñado por los médicos más que por el Estado, insertos éstos en las altas esferas gubernamentales y en la SSA recién creada. Fueron los médicos del viejo hospital "Dr. Jesús Alemán Pérez" los que defendieron dicha institución de salud que tendía a desaparecer pugnando por su modernización. Por su parte el Estado, para la atención a la salud, particularmente de las mujeres, le fue útil la instauración de un centro más de asistencia médica que colaborara con las políticas públicas de asistencia y atención materno infantil y con los sucesivos programas coyunturales. De esta manera, el viejo Hospital de la Mujer empezó a funcionar como icono médico, estatal y social institucionalizado, depositario de la medicina moderna y las políticas públicas.

Los sucesivos cambios de nombre en el viejo y nuevo Hospital de la Mujer fueron insertados acorde con el contexto histórico y función social de la mujer. El término viejo se encontró asociado con su anterior ubicación como institución de salud desde la Colonia el cual ocupó un edificio que le dio cierta historicidad al recién llamado Hospital de la Mujer, antes de ser trasladado al lugar que actualmente ocupa desde 1966. Por otro lado, y es el punto que particularmente nos interesó para ese estudio fue el hecho de que al ser trasladado dicho nosocomio, marcó un hito de lo que se había iniciado y sería la institucionalización del cuerpo femenino en una especialidad médica. De un centro tóxico quirúrgico se pasó a lo que sería un centro ginecobstétrico especializado para el estudio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades propias de la mujer relacionado con la reproducción, dentro de cánones positivistas.

El Hospital Morelos, uno de los precursores de la medicina moderna, antes Hospital de San Juan de Dios, fungió como institución de salud pública hasta 1947. El Hospital Morelos además de centro de atención de las enfermedades venéreas ya iniciado con el de San Juan de Dios fungió como centro de reclusión y marginación social, en respuesta al alto índice de prostitución generada en este primer periodo modernizador, en nombre de la moral y salud pública. Además de la atención de enfermedades venéreas, fue iniciado como incipiente centro obstétrico para la atención de partos y práctica ginecológica, referida esta última al terreno de la cirugía. Con la idea de borrar todo rezago colonial fue planeada la reestructuración total del centro en cuanto a su organización y funcionamiento. La cirugía tuvo predominio sobre la obstetricia, es decir, los ginecólogos formados en ese entonces como sifilógrafos y eminentes cirujanos sobre los obstetras que atendían el parto. Con esto, fue iniciado en este hospital premoderno el estudio del cuerpo de la mujer desde una perspectiva científica, donde la observación no fue suficiente dando paso a la experimentación según cánones positivistas. En este contexto la importancia del Hospital Morelos como institución pública para el desarrollo de la medicina moderna fue relevante fungiendo como importante laboratorio para el estudio del cuerpo de la mujer.

En 1947, el Hospital Morelos fue designado Hospital "Dr. Jesús Alemán Pérez". En dicha transición, este viejo hospital empezó a considerarse un

símbolo femenino por veinte años. Cuando fue institucionalizada la medicalización el Hospital de la Mujer perdió el sobrenombre quedando solo como Hospital de la Mujer en la década de los setenta. El viejo hospital doctor Jesús Alemán Pérez, afectado por la falta de recursos, de capacitación y apoyo estatal, conservó su carácter social, pero no podía considerarse un hospital propiamente moderno. Sin embargo fue hospital pionero para la medicalización femenina, con importantes acciones como la detección oportuna del cáncer además de la atención moderna del parto, ocupando un sitio preferente.

La idealizada clase médica, además del imperante sentido social dado a la medicina del período, se interesó por la vida del hospital por constituir un sitio ideal para el desarrollo de la incipiente práctica obstétrica y ginecológica moderna. Los médicos, siguiendo la pauta nacionalista confiaron en las instituciones de salud como sitios de inserción para la medicina social, caracterizando al hospital moderno como centro de curación, docencia, investigación y protección de la salud de la mujer pobre y desvalida. Tal fue el caso del viejo y nuevo Hospital de la Mujer.

El viejo hospital doctor Jesús Alemán Pérez, aunque le fueron incorporadas acciones de atención materno infantil, no fue un centro exclusivo sino de apoyo, sin embargo, fue la atención moderna del parto su objetivo inicial como práctica obstétrica considerando la alta mortalidad materno infantil.

La alta demanda de la población femenina en situación socioeconómica en desventaja y el deterioro del edificio, hizo de este hospital insuficiente desde su creación, aun cuando fue objeto de ampliaciones y remodelaciones para la atención de partos. Aun cuando se le empezaba a llamar Hospital de la Mujer, su función fue dirigida hacia la reproducción, paulatinamente perfilado como centro ginecobstétrico en estrecha vinculación con la UNAM y el IPN. El viejo Hospital de la Mujer antes de ser trasladado a su nueva sede, había sido estructurado como hospital general de la mujer con todas las especialidades médicas y aparatos modernos para el estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como las áreas quirúrgicas necesarias para la práctica obstétrica y ginecológica y como centro de detección de cáncer. Aunque

deteriorado, por sus adaptaciones fue convertido en centro piloto de auxilio femenino.

El nuevo Hospital de la Mujer, con su nueva infraestructura y equipo médico moderno, continuó siendo icono popular, ampliamente conocido por las capas socio económicas bajas. Contrariamente, otros sectores de la población desconocían y desconocen su existencia, ubicación y funcionamiento. La asistencia moderna del parto fue la conducta a seguir entre los médicos cuyo objetivo continuó siendo la disminución de la morbi mortalidad materno fetal. Posteriormente, fueron ampliadas acciones en la moderna ginec obstetricia, convergentes con las políticas sociales en beneficio de la salud femenina.

La importancia que cobró la familia en los gobiernos de la década de los sesenta, setenta y ochenta acentuó la simbiosis estado-medicina, consolidando la institucionalización de la medicalización femenina teniendo a la mujer madre como icono en el resurgimiento nacionalista. El Hospital de la Mujer, aun cuando había incorporado diversas clínicas de su especialidad seguía siendo considerado maternidad popular.

De la doble formación médica, la más aceptada es la de ginecólogo entre los mismos médicos ya que la cirugía otorga mayor prestigio en la práctica ginec obstétrica, desdeñando la atención del parto, a menos que esta sea de alto riesgo o más lucrativa por medio de la cesárea. Dicha actitud fue observada desde el siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX, en que fueron fusionadas la ciencia y el arte, teniendo como campo de batalla el cuerpo de la mujer, situación que puede percibirse en la actualidad.

El Hospital de la Mujer, alineado con las políticas estatales de salud incorporó tempranamente el control natal en la atención materno infantil. Posteriormente adoptó el Programa Nacional de Planificación Familiar dirigido unilateralmente a la mujer, con acciones tanto temporales como definitivas, en función del incremento demográfico.

Los movimientos feministas incidieron en el proceso de la medicalización femenina, cuyas demandas fueron incorporadas como políticas de salud y por tanto médicas, sin duda avances graduales para la salud integral de la mujer. Aunque se ha incrementado la demanda ginecológica, la atención de los partos continúa siendo la demanda mayoritaria de las mujeres por la falta de información y orientación sobre el cuidado de su salud.

El nuevo Hospital de la Mujer actualmente ha sido alcanzado por la burocratización, tanto en los prestadores de servicio como en las políticas estatales. La alta demanda de la población, ha hecho de esta institución insuficiente, tanto en infraestructura como en recursos materiales, a menudo subvalorada por las altas esferas gubernamentales. Aunque existen suficientes recursos humanos, reubicados de otras instituciones desaparecidas, muchos de ellos se encuentran desactualizados y desaprovechados. Sin embargo, cobra importancia cuando se quieren operar programas sexenales o se intensifican las presiones internacionales con programas como maternidad sin riesgo, planificación familiar, lactancia materna, hospital amigo del niño y de la madre, salud reproductiva, atención a la adolescente, equidad y transparencia con enfoque de género, calidad en la atención y últimamente para albergar el Seguro Popular. Acciones emergentes de corta vida, poco sistematizadas, que se llevan en porcentajes mínimos debido a la alta demanda del servicio, y en ocasiones resulta de mayor importancia cubrir metas que precisar objetivos a mediano o largo plazo o ponderar la cantidad sobre la calidad.

Con todo y carencias, el Hospital de la Mujer continua cubriendo demandas de salud femenina junto con las reproductiva, cuyas demandas no son sólo de mujeres pobres sino de todas las que acuden a solicitar el servicio, sean o no derechohabientes a la seguridad social. Funciona con accesibles cuotas de recuperación. Una institución abierta que proporciona múltiples beneficios, sin ser la atención idónea para la medicalización femenina funcionando como bandera política en muchas ocasiones y como catalizador social por su carácter simbólico.

FUENTES.

Bibliografía específica.

Agostoni, Urencia Claudia, "Médicos y parteras en la ciudad de México durante el Porfiriato" en Cano Gabriela, Georgette, y José valenzuela (coordinadores) *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, México, UNAM-PUEG, 2001, p. 71-95.

Aguado, Ana María, et al, *Textos para la historia de las mujeres en España*, España, Cátedra, 1994, 463 p.

Arrom, Silvia Marina, *Las Mujeres de la Ciudad de México. 1790-1857*, traducción de Stella Mastrangelo, México, Siglo XXI, 1988, p. 317-327.

Berritot-Salvadore, Evelyne, "El discurso de la medicina y de la ciencia" en Georges Duby y Michelle Perrot, *Historia de las Mujeres en Occidente*, tomo 3, traducción de Marco Aurelio Galmarini, España, Taurus, 2001, p. 385-431.

Bliss, Katherine E., *Compromision Positions, Prostitution, Public Health and Gender Politics in Revolutionary Mexico city*, USA, The Pennsylvania State University, 2001, 243 p.

-----The Science of Redemption, p. 95-125.

Bock, Gisela, "Pobreza Femenina, derechos de las madres y Estados de Bienestar, 1890-1950", en Georges Duby y Michelle Perrot *Historia de las Mujeres en Occidente*, tomo 5, traducción de Marco Aurelio Galmarini, España, Taurus, p-438-495.

Cardasi, Dora, (compiladora) *Volar hasta otro lado en Mujeres y Medicina #4*, México, UAM, 1990, 51 p.

----- y Lourdes Álvarez, "La mujer y la medicina de fines del siglo XIX y principios del XX", De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos, en *Higiene y Medicina*, UAM, 1980, p. 37-76.

Dávalos Marcela, "El ocaso de las parteras" en Revista Cuicuilco, México, ENAH, Nueva época, vol. 2 # 6, enero- abril 1996, p. 195-211.

Douglas Wood Ann, "Las enfermedades de moda, trastornos femeninos y su tratamiento en la América del siglo XIX" en Mary Nash (ed) *Presencia y Protagonismo, Aspectos de la Historia de la Mujer*, traducción de Roser Berdagué, España, El Serbal, 1984, p- 333-405.

Figuroa Perea, Juan Guillermo, (compl.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, Colegio de México, 1998, 331 p.

González Montes, Soledad, *Las Mujeres y la Salud*, México, Colegio de México, 1995, 258p.

Knibiehler, Ivonne, "Cuerpos y Corazones" en Georges Duby y Michelle Perrot, *Historia de las Mujeres en Occidente* tomo 4., traducción de Marco Aurelio Galmarini, España, Taurus, 2001, p-339-379.

Le Bretón, David, *Antropología del Cuerpo y Modernidad*, traducción de Paula Mahler, Argentina, Nueva Visión, 1995, 254p.

Lefaucheur, Nadine, "Maternidad, Familia y Estado" en Georges Duby y Michelle Perrot, *Historia de las Mujeres en Occidente*, tomo 5, traducción de Marco Aurelio Galmarini, España, Taurus, 2001, p-487-495.

López Ramos, Sergio, *Cuerpo, Identidad y Psicología* (compl), México, Plaza Y Valdés, 1998, 163p.

López Sánchez, Oliva, *Enfermas, Mentirosas y Temperamentales*, México, Plaza Y Valdés, 1998, 165p.

Muñiz, Elsa, *Cuerpo, Representación y Poder en los albores de la reconstrucción nacional, 1970-1934*, México, UAM, 2002, 347p.

Muriel de la Torre, Josefina, *Los Recogimientos de Mujeres*, México, UNAM, 1974, 264p.

Nash, Mary "Maternidad, maternología y reforma eugenésica en España" en Georges Duby y Michelle Perrot en *Historia de las Mujeres en Occidente* tomo 5, traducción de Marco Aurelio Galmarini, España, Taurus, 2001.

Pedraza Gómez Sandra, *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y la felicidad*, Bogotá, Universidad de los Andes, 1999, 399 p.

Roca I. Girona Jordi, *De la Pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la pos guerra española*, España, Ministerio Moderno de Educación y Cultura, 1996, 377 p.

S L Loudon Irvine, "Childbirth", en Bynum, Williams F, *Encyclopedia of the History of medicine*, London, England, Routledge, 1993-1999, vol. 1, p. 1050-1071.

S. Turner, Bryan, *El Cuerpo y la Sociedad*, traducción de Eric Herrán Salvatti, México, FCE, 1989, 323 p.

Sánchez Bringas, Àngeles, *Mujeres, Maternidad y Cambio. Prácticas y experiencias maternas en la ciudad de México*, México, UNAM-PUEG, 2003, 285p.

Secretaría de Salud, *La Atención Materno Infantil. Apuntes para su historia*, México, 1993, 207 p.

Smith-Rosenberg, Carol y Rosenberg Charles, "El animal hembra. Puntos de vista médicos y biológicos sobre la mujer y su función en la América del siglo

X1X” en Mary Nash(ed), *Presencia y Protagonismo. Aspectos de la Historia de la Mujer*, traducción de Roser Berdagué, España, El serbal, 1984, p.333-405.

Szasz, Ivonne, “Condición social de la mujer y la salud” en Soledad González Montes (compl.) *Las mujeres y la Salud*, México, Colegio de México-PIEM, 1995, p.11-25.

Uribe, Elías, *La invención de la mujer. El nacimiento de una escuela médica*, México, FCE, 2002, 158 p.

Vasco Uribe, Alberto, “La enfermería como profesión” en Dora Cardasi y Lourdes Álvarez (compl.) *Volar hasta otro lado*, en *Mujeres y Medicina # 4*, México, UAM, 1990, 51p.

Zolla, Carlos y Ana Maria Carrillo “Mujeres, saberes médicos e institucionalización” en Guillermo Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, Colegio de México, 1998, p. 167-193.

Bibliografía general.

Álvarez Amézquita, José, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Tomos 1-4, México, Secretaria de Salubridad y Asistencia, Talleres Gráficos de la Nación, 1960.

Álvarez Bravo, Alfonso, “Ginecobstetricia” en *Especialidades Médicas, pasado presente y futuro. La Salud en México, Testimonios*, México, Secretaria de Salud, FCE, 1989, 316 p.

Bizberg Ilán, “Auge y decadencia del corporativismo” en Ilán Bizberg y Lorenzo Meyer, *Una Historia Contemporánea de México, transformaciones y permanencias*, tomo 1, México, Océano, p. 313-323.

Boils, Guillermo, “Arquitectura y producción del espacio social” en Rafael Loyola (coordinador) *Entre la guerra y la estabilidad política. El México de los 40*, México, CONACULTA-Grijalbo, 1990, 321-337.

Calvario Martínez Leticia, *Políticas de Salud Reproductiva en México y los acuerdos de el Cairo y Beijing*, México, Instituto Mora, tesis profesional, 1998.

Comisión Nacional de Hospitales(RM), *Censo de Planificación de Hospitales*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1958.

Cueto, Marcos ed. *Missionaires of Science. The Rockefeller Foundation and Latinamérica*, USA, Indian University Press Interior, 1994, p. 6-19, 127-135.

Chávez Ignacio, *La evolución de la medicina y la formación profesional de los médicos*, México, Departamento de Acción Social Universitaria, 1951, 39 p.

Fajardo Ortiz Guillermo, *Breve Historia de los Hospitales en la ciudad de México*, México, Sociedad de Historia y Filosofía de la Medicina, Asociación mexicana de Hospitales, 1980, 153 p.

Fernández del Castillo, Francisco, *Bibliografía de la Academia Nacional de Medicina 1836-1956*, México, Fournier, 1959.

Foucault, Michael, *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI, 1981, 293 p.

Gollás Manuel, "Breve relato de 50 años de política económica" en Ilán Bizberg y Lorenzo Meyer, *Una Historia Contemporánea de México, permanencias y transformaciones*, tomo 1, México, Océano, 2003- p. 223- 237.

Gracida M. Elsa, *El Siglo XX Mexicano. Un capítulo de su historia 1940-1982*, México, UNAM, Facultad de Economía, 2002, 206 p.

Granshaw, Lindsay, "The Hospital" en Bynum, Williams, F, *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London England, Routledge, 1993-1999, vol.1 p,1180-1198.

Informe que rinde al H. Congreso de la Unión, el C. Presidente Adolfo López Mateos (1963-1964), México, Secretaría de Gobernación, 1964, 141 p.

Lazo de la Cerna, Humberto, *La Medicina Social en México*, México, IMSS, 1966, 289 p.

León, Nicolás, *La obstetricia en México*, México Congreso Nacional ordinario y el XV11 Congreso Internacional de Americanistas, 1910 (no legible), 271 p.

López Mateos, Adolfo, *Mi Ideario Social, Económico y Administrativo*, México, La Justicia, 1957, 18 p.

Loyola Díaz Rafael, *Una mirada a México. El Nacional- 1940-1952*, México UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, 1996, 170 p.

M. Fox Daniel, "Medical Institutions and the State" en Bynum, Williams F, *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London, England, Routledge, 1993- 1999, vol 1, p. 1204-1228.

Martínez Assaad, Carlos, "El cine, como lo vi y como me lo contaron" en Rafael Loyola Díaz (coordinador) *Entre la guerra y la estabilidad política. El México de los 40*, México, CONACULTA, Grijalbo, p. 339-360.

Mckeown Thomas, Cr. Iowe, *Introducción a la medicina social*, traducción de Rutilio Riestra, México, Siglo XXI, 1989, 365 p.

Meyer, Lorenzo, "La Encrucijada" en *Historia General de México*, volumen 2 México, Colegio de México, 1958, p, 1273-1352.

Monsivais Carlos, "Sociedad y Cultura" en Rafael Loyola Díaz (coordinador) *Entre la guerra y la estabilidad política. El México de los 40*, México, CONACULTA, Grijalbo 1990, p. 259-280.

Moreno Cueto, Enrique, et al, *Sociología e Historia de la salud en México*, México, IMSS, 1982, 98 p.

Muriel de la Torre, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*, tomo 1, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 1990, 358 p.

Ortiz Quezada Federico, *Historia del pensamiento médico*, México, Mc-Graw Hill-Interamericana, 2002, 261 p.

----- *Hospitales*, México, Mc- Graw Hill- Interamericana, 2000, 229 p.

Poniatowska, Elena, *Hasta no verte Jesús Mío*, España, Planeta de Agostoni, serie "Grandes novelas de la Historia Mexicana", 2003, 396p.

Quirós Rodiles Adrián, *Breve Historia del Hospital Morelos*, México, Departamento de Salubridad de México, 1933, 92 p.

Ramos Pedro y José Manuel Álvarez "Educación continua" en Revista de la Facultad de Medicina, UNAM; vol. 8, 1-6, 1966, p. 55.

Reyna, José Luis y Trejo Delarbre Paul, *De Adolfo Ruiz Cortines a Adolfo López Mateos, 1952-1964*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones sociales, 1984, 188p.

Sainz Janini, José Manuel "Primera Jornada Médica Nacional. Conferencia Institucional" en Revista de la Facultad de Medicina, UNAM; vol. XI # 4 julio-agosto, 1968 , p. 58-61.

Santiago Cruz, Francisco, *Los hospitales de México y la caridad de don Benito*, México, Jus, 1959,118 p.

Saúl Amado, *La medicina mexicana en el siglo XIX. Rafael Lucio. Vida y Obra*, México, sin editorial, 1991, 62 p.

Septién G. José Manuel, *Historia de la Ginecobstetricia en México*, México, Institución de Ginecobstetricia Santa Teresa, Ciencia y Cultura de México, 1986, 697 p.

Soberón Guillermo, et al (compl.). *La Salud en México. Testimonios. Desarrollo Institucional. Institutos Nacionales de Salud*. Biblioteca de la Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1988, 263 p.

Sordo Noriega Antonio, "Algunos problemas de ética en ginecobstetricia" en Revista de Ginecología y Obstetricia, vol. 12, noviembre- diciembre, Facultad de Medicina , UNAM, 1957, pp. 319, 321.

Treviño Z. Norberto, "Los hospitales de México. Breve desarrollo histórico", AHSSA, fondo SSA, caja 9, exp. 10, fojas 10.

Urías Horcasitas, Beatriz, *Historia de una negación. La idea de igualdad en el pensamiento político mexicano del siglo XIX*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, 1996, 214 p.

Ward, Peter, *Políticas de bienestar social en México. 1970-1989*, traducción de Juan José Utrilla, México, 1989, 247 p.

Weckmann, Luis, *La Herencia medieval en México*, tomo 2, México, Colegio de México, 1984, 837 p.

Yáñez Aguilar, Valdemar, *70 años de vida del Hospital de la Mujer*, México, manuscrito inédito, 2003.

Hemerografía.

Revista FEM.

Anilú, Elías, "La ginecología tradicional, una misoginia con título profesional", # 35, agosto, septiembre, 1984, p.11.

González León Deyanira, "Las condiciones de salud en México", # 35, agosto, septiembre, 1984, p. 2-4

Lovera Sara, "Esterilización para las pobres", # 34, junio, julio, 1984, p. 49.

Mainero Guadalupe, "otra forma de ginecología", #35, agosto, septiembre, 1984, p. 12.

Rico, Blanca, "Iatrogenia" # 35 1984, p. 30.

Gaceta Médica de México.

Tomo LXXXV, febrero, 1955.

Tomo LXXXVIII # 12, octubre, 1958

Tomo LXXXVIII # 10, octubre de 1958.

Tomo XC # 3, marzo, 1960.

Revista de la Facultad de Medicina UNAM.

Volumen 8 I, 6, 1966

Volumen X1 # 4 julio, agosto 1968.

Volumen XV # 5 septiembre, octubre, 1972.

Volumen XVIII 1-12, enero diciembre 1975.

Volumen XX, 1-12 enero diciembre 1977

Volumen XX, año 20 # 8 1977.

Volumen XX1 1-12 enero diciembre, 1978

Revista de Ginecología y Obstetricia. Órgano oficial de la Academia Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

Volumen 12, mayo-agosto-noviembre-diciembre, 1957.

Volumen 13, 72-76-1-443, enero-octubre, 1958.

Volumen XV, 84-89, 1-584, enero diciembre, 1960.

Volumen XVI, septiembre- octubre, 1961.

Volumen XV1, 90-92-94, 1-86, 383-477, enero-junio- septiembre- octubre, 1961.

Volumen XV11, 96-98, 11-382, enero- junio, 1962.

Revista del Hospital de la Mujer. Publicación no periódica.

Año # 9, diciembre, 1970.1974, 1975, 1976.

“Una década de actividades del Hospital de la Mujer”, volumen 1, septiembre-octubre- noviembre- diciembre, # 3 1977.

Volumen 1, mayo-julio-agosto # 2, 1977.

Museo Franz Mayer, boletín trimestral # 36, marzo-abril, 1990.

Diario Oficial de la Federación.

31 de diciembre de 1935, tomo XCIII # 2.

31 de diciembre de 1937 tomo CV # 45.

2 de enero de 1947.

7 de marzo de 1947 tomo CLXII # 4 sección primera.

14 de diciembre de 1954 tomo CCVII # 37.

1º de febrero de 1961, tomo CCXLIV # 27 sección primera.

17 de noviembre de 1945 tomo CLXXXIX # 15.

Archivos.

Archivo histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia.

Caja 7, expediente 5.

Caja 7, expediente 6.

Caja 9, expediente 10.

Caja 10, expediente 11, 1946-1952.

Caja 27, expediente 7, 1948-1951.

Caja 32, expediente 4.

Caja 48, expediente 1.

Caja 51, expediente 2. Memorias de la SSA, 1953- 1955.

Caja 89, expediente 5.

Fondo Secretaria de Salubridad y Asistencia. Sección Subsecretaria de Asistencia.

Caja 8, expediente 3.

Caja 21, expediente 1.

Caja 28, expediente 1. Prostitución.

Caja 30, expediente 2.

Caja 42, expediente 1.

Caja 51, expediente 5. 1950.

Caja 62, expediente 1. Informe de labores de la Dirección General de Higiene y Asistencia Materno Infantil. 1955- 1956.

Caja 61, expediente 2. 1953-1968.

Caja 65, expediente 3.

Caja 66 expediente 5.

Caja 72, expediente 4.

Caja 78, expediente 1. 1966-1977.

Fondo Secretaría de Salubridad Pública. Sección ejercicio de la medicina, Caja 14, expediente 19-20.

Boletines del Departamento de Salubridad Pública.
Enero- junio 1º de 1921, segunda época tomo 1 # 6.
1926, # 3.
1929 # 1.
Enero-diciembre de 1935, enero- junio 1936, vol. VII # 1.
Diciembre 1935, diciembre 1936, vol. VII, # 1.

Archivo del Consejo Universitario, UNAM:
Actas del.
27 de agosto de 1926
9 de enero de 1940
27 de febrero de 1951
4 de diciembre de 1956
21 de abril de 1960
3 de diciembre de 1964
27 de octubre de 1966
27 de enero de 1968

Otras fuentes.

Norma Oficial para la Atención Materna, participación intersecretarial, Talleres Gráficos de la Nación, 1976.

Manuales de Alojamiento Conjunto, Hospital de la Mujer, 1991.

Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 1995-2000.

Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar. Mayo 1995. Secretaría de Salud.

Norma Oficial para la Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, Secretaría de Salud, 1998.

Encyclopedia Británica, Publishers, Inc. tomo 6, 1991-1992, p. 160-161.