



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 2

Junio de 2020

EL INTERÉS POR LA SALUD DEL CUERPO FEMENINO EN EL PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN NACIONAL EN MÉXICO

Andrea García Hernández¹, José Manuel Sanfilippo y Borrás² y Gloria Soto Villarruel³

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Este trabajo explora la concepción del cuerpo femenino desde el discurso médico académico en México durante las décadas de 1920 a 1943. Nos concentramos en describir que existe en este periodo un interés por reconstruir la nación mexicana a la altura de las ambiciones y expectativas modernizadoras que debía sustentarse en una acción biomédica, de carácter terapéutico y preventivo por lo que el cuidado de la salud del cuerpo de las mujeres era un signo más de adelantamiento moderno del México posrevolucionario. Nuestro objetivo es estudiar el discurso médico académico desde la ginecología y obstetricia, en el que se muestra el interés por la salud del cuerpo de las mujeres visto como un cuerpo cuya capacidad genitiva reclama observación y dirección continúa, dando lugar a una proliferación de artículos y publicaciones científicas acerca de su salud y patología.

Palabras clave: cuerpo femenino; México posrevolucionario; discurso médico académico; gineco-obstetricia.

¹ Estudiante del doctorado en Humanidades, Facultad de Medicina UNAM y Profesora de Asignatura de la Carrera de Psicología, FES Iztacala, UNAM. Correo Electrónico: androgena03@gmail.com

² Profesor Asociado C de Tiempo Completo, Interino, Facultad de Medicina UNAM. Correo Electrónico: jsanfilippob@mns.com

³ Estudiante de la maestría en Estudios de la Mujer en la UAM-Xochimilco. Correo Electrónico: vsotogloria@gmail.com

INTEREST IN THE HEALTH OF THE FEMALE BODY IN THE NATIONAL RECONSTRUCTION PROCESS IN MEXICO

ABSTRACT

This article aims to explore the conception of the female body from the academic medical discourse in Mexico from 1920 to 1943. We focus on describing the existence of a concern to rebuild the Mexican nation up to the standards of modern ambitions and expectations which had to be supported in a biomedical action with a therapeutic and preventive nature; therefore, women's bodies health was another sign of Mexico's post-revolutionary modern overtaking. Our objective is to study the academic medical discourse from gynecology and obstetrics, in which an interest in women's body health is shown seen as a body whose genitive capacity demands continuous observation and direction, enabling to a proliferation of scientific articles and publications about its organization, health and pathology.

Key-words: female body, postrevolutionary Mexico, gynecology.

Durante el siglo XIX en México, el régimen del presidente Porfirio Díaz (1876 - 1880, 1884 - 1911) y su política sobre la inversión extranjera tuvo un impacto en el crecimiento económico mexicano, dando paso a una modernización en la industria en todos los niveles a la par que crecía una desigualdad social a causa de las condiciones desfavorables en las que vivían los obreros, generando pobreza en diversas partes del país. El descontento general de la población resultó en la Revolución Mexicana de 1910, cuyo objetivo fue una "regeneración" del Estado Mexicano, proceso que concluye entre 1917 y 1920 en el que el Estado asume poco a poco las funciones correspondientes a las demandas sociales básicas.

La importancia de la salud de la población se situó, así como una insignia institucional de pertenencia al mundo moderno y se enfocó en mujeres y niños, por razones que más adelante se desglosarán. Esto se reflejó en la creación de políticas, reformas, legislaciones y códigos relacionados con una visión salubrista. En este contexto, a partir de la Constitución de 1917 se garantiza, al menos en papel, el derecho a la salud y educación para la población en general. Durante la auditoría del Congreso Constituyente de 1917 el general José María Rodríguez, diputado por Nuevo León, médico de profesión y quien encabezaba el Consejo General de Salubridad desde 1914, expuso tres puntos principales para la adhesión de la fracción XVI al artículo 73 constitucional, mencionando que la salubridad debía

estar a cargo de lo que él nombró una “dictadura sanitaria”, la cual consistía en la concentración de estrategias y políticas sanitarias públicas en órganos rectores nacionales, por lo que el Consejo General de Salubridad pasó a depender directamente del presidente de la República sin intervención alguna de la Secretaría de Estado (Aréchiga, 2007). El cuerpo de las mujeres, las madres en particular, se convierte en el objeto de estudio a examinar, reglamentar e intervenir, creando una discursividad institucional en donde disciplinas como la pedagogía, la higiene, la eugenesia, la pediatría y la puericultura van conformando una sólida mancuerna para explicar aspectos tanto clínicos como patológicos vinculados con la mortandad infantil.

Considerando la salubridad como un asunto federal y parte fundamental del desarrollo económico, político y cultural de este momento, se fortalece e impulsa la investigación médica a través de su profesionalización e institucionalización. Los médicos mexicanos, influenciados por los conocimientos científicos de Francia, Alemania y Estados Unidos de Norteamérica asumieron la higiene y salubridad pública como vías para el desarrollo de un país posrevolucionario impulsando políticas dentro del Departamento de Salubridad, las cuales propiciaron la creación de la Sección de Educación Higiénica y Propaganda y la Escuela de Salubridad (hoy Escuela de Salud Pública de México) en 1922, con el objetivo de preparar profesionistas y educar higiénicamente a la población (Martínez y Martínez, 2000), a la par de la publicación de diversas investigaciones y disertaciones relacionadas al cuerpo femenino en revistas médicas especializadas como son La Medicina o La Gaceta Médica².

El objetivo de este artículo es presentar algunos avances de investigación acerca de la concepción del cuerpo femenino desde el discurso médico académico en el México posrevolucionario, enfocándonos en la ginecología y obstetricia. Debido a una alta tasa de mortandad infantil, el Estado se plantea como meta prioritaria la preservación de la salud de las mujeres, creando un binomio sociocultural en donde la mujer significa antes que todo, madre: productora de hijos.

Durante las primeras décadas del siglo XX, algunos médicos dirigieron su atención particularmente a la fisiología de la reproducción y los problemas ginecológicos

(Ramírez, 1929), centrando su estudio en la función reproductora (embarazo, parto, esterilidad y aborto), la pelvis y las enfermedades venéreas, evidenciando la fragilidad del cuerpo femenino en sus representaciones fisiológicas y anatómicas. Asimismo, los médicos tuvieron una amplia participación desde las diversas instituciones en las que laboraban en la implementación de campañas de salud dirigidas hacia las mujeres, las cuales principalmente trataban de fortalecer su rol tradicional como madres en la sociedad. Se forma así, en el periodo posrevolucionario, una relación estrecha y sinérgica entre el Estado (en su papel de gobernar poblaciones) y la Medicina (como la ciencia que perfeccionaría estos objetivos).

El Departamento de Salubridad (Secretaría de Salubridad y Asistencia tras su fusión con la Secretaría de Asistencia Pública en 1943) se encargó de la centralización de las actividades oficiales, siendo la salud infantil y la de las mujeres un asunto de salud pública (Aréchiga, 2005; Ontiveros, 2014). El primer secretario fue el Dr. Gustavo Baz y el primer subsecretario el Dr. Manuel Martínez Báez (Rodríguez y Rodríguez, 1998). El 19 de enero de ese mismo año, se inaugura el Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que propicia que la atención especializada a las mujeres que ya existía se expanda ya que se brinda atención a las mayorías necesitadas, según Ignacio García Téllez, primer director del IMSS de 1944 a 1946 (Tena, 2013). El establecimiento del IMSS da pauta al inicio de la medicina institucional completando la triada salubridad-asistencia-seguro social y abre la edificación de una planeación arquitectónica en clínicas y hospitales que incluía, entre otros, el hospital rural otorgando para 1945 protección a 350,000 personas en el esquema de atención familiar (Fajardo-Ortiz, 2014).

El IMSS da un nuevo panorama a la atención médica, la cual sólo era estatal o privada, y se establece un modelo tripartita de financiamiento; de manera igualitaria, el Estado, los patrones y trabajadores del sector privado cubrían los costos del seguro médico con cuotas mensuales deducidas de sus salarios que cubrían el Régimen Obligatorio (en caso de ser afiliados por el patrón) o Régimen Voluntario (afiliación por decisión individual o colectiva). El Régimen Obligatorio incluye cinco tipos de seguro entre los que se encuentran las Guarderías (SGPS) y Maternidad

(SEM) (IMSS, 2014), por lo que las clínicas del Seguro y sanatorios subrogados en los cuales se atendía a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio se vuelven insuficientes (Espinosa de los Reyes, González y Tena, 2013).

Por todo lo anterior, nos enfocaremos primero en describir algunas transformaciones que la medicina académica presentó a nivel institucional y en las áreas de ginecología y obstetricia en el contexto en el que estudian el cuerpo femenino entre 1917 y 1943. Posteriormente, nos centraremos en la atención médica hacia dicho cuerpo y en algunas campañas relacionadas con su salud como lo son la maternidad consciente y la gota de leche. Todo esto con el propósito de entender la concepción de dicho cuerpo en el discurso médico académico durante el periodo planteado.

MÉTODO

Para poder reconstruir la compleja red de relaciones de la ciencia médica, sus prácticas y los elementos históricos y sociales que la enmarcan, la unidad de registro para este artículo fue el discurso médico. Se entiende que el discurso médico consiste en una serie de disertaciones que se expresan de forma escrita en los artículos, reportes o escritos médicos publicados en revistas científicas durante las primeras décadas del siglo XX mexicano. El discurso médico expresa valores y representaciones sobre los cuerpos femeninos que son aterrizados en diversas prácticas con sus usos sociales, además de construir estereotipos en una época, como por ejemplo la mujer como madre ejemplar, una madre consciente, tema que más adelante abordamos.

Fue preciso acotar de forma específica el tipo de temáticas que abordarían los textos médicos para dar cuenta de la concepción del cuerpo femenino en la época de estudio, de tal manera que nos enfocamos en las áreas de ginecología y obstetricia ya que se concentran en el estudio del cuerpo de las mujeres. La historiografía respectiva aportó elementos para la delimitación temática. Evidenciando el interés del Estado y la ciencia médica científica por el cuerpo femenino y la figura materna, el objetivo del presente trabajo se incubó en un

contexto poblacionista preocupado por la pérdida de recursos humanos, debido a los males degenerativos y a diversas enfermedades.

El discurso médico científico fue obtenido de la publicación de La Gaceta Médica de México, órgano de difusión de la Academia Nacional de Medicina desde el año 1864 ya que ha sido considerada la publicación más importante en la historia de la medicina en México durante muchos años. Otras de las fuentes primarias consultadas son algunas revistas médicas de la primera mitad del siglo XX mexicano y Tesis de grado de ginecología y obstetricia para acceder al título de médico en el periodo 1917-1940 de la Universidad Nacional Autónoma de México dado que representan un *corpus* documental valioso en el que se plasman las enseñanzas recibidas y las orientaciones preponderantes que han guiado la formación médica escolarizada de los futuros profesionales de la salud. A través de estas enseñanzas se transmite un cierto tipo de saber científico, así como la visión de lo humano y lo femenino.

Así mismo se consultaron fuentes secundarias para pensar los tópicos y términos en torno al cuerpo femenino y su estudio, sirviendo como base de apoyo del trabajo escrito que aquí presentamos.

BREVE CONTEXTO DE LA MEDICINA MEXICANA EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX

En 1920 hay una evolución sistemática y acelerada en la estructuración e investigación de la medicina mexicana bajo criterios científicos permitiendo al médico un conocimiento más amplio en un campo específico con la creación de las especialidades (Chávez, 1993). La generación de médicos especialistas impulsó cambios sistemáticos en la medicina, implantando la objetividad de la enseñanza y el pensamiento fisiológico en los planes de estudio. Se inició una nueva clínica de signo funcional y se instruyó sobre una clínica quirúrgica moderna con la intención de formar médicos preparados para las exigencias de la época.

En esta época, la sociedad científica era mayoritariamente masculina y había un gran interés en la aplicación práctica de sus conocimientos científicos para alcanzar el progreso nacional. Con la adhesión de la fracción XVI al artículo 73 constitucional

la salud del cuerpo individual pasa a depender de la organización social, por lo que el Estado tenía por obligación regular la legislación sanitaria de la República y tomar medidas contra comportamientos que tenían como consecuencia el alcoholismo y enfermedades epidémicas, al considerar conductas viciosas como la ociosidad, inmoralidad y desobediencia de las clases bajas, que era considerado una de las causas principales del atraso social (Aréchiga, 2004).

Para poder atender a esta necesidad se realiza una serie de acciones como la inauguración de la Escuela de Salubridad en 1922, proyecto de la Secretaría de Educación Pública a cargo de José Vasconcelos (Gudiño, Magaña y Hernández, 2013), la creación de estaciones de adiestramiento, la reestructuración del plan de estudios de la Escuela de Salubridad y la implementación y posterior reglamentación del servicio social como obligación constitucional con el convenio entre el Departamento de Salubridad Pública y la Escuela Nacional de Medicina en 1936 (Mazón, Delgado, Sánchez y Serret, s/a).

A la par de estas acciones, en 1923 inicia sus actividades el Servicio de Propaganda y Educación Higiénica del Departamento de Salubridad a cargo del Dr. Alfonso Pruneda, quien abogaba por una transformación de las costumbres del pueblo para eliminar los malos hábitos e imponer otros considerados superiores (Aréchiga, 2004). Se combatió información falsa y se impulsaron publicaciones masivas y gratuitas como "El Mensaje de la Salud" que difundían conocimientos médicos y solicitaban información sobre poblaciones sin médicos, además de estrategias educativas como cartillas de higiene, programas de radio y filmes educativos sobre enfermedades de transmisión sexual, se implementó la capacitación de enfermeras visitadoras llamadas "Mensajeras de la salud" (Agostoni, 2007).

El curso para formarse como enfermera visitadora se impartió en la Escuela de Salubridad entre 1925 y 1929, incluía materias para conocer lo establecido en el Código Sanitario como nociones generales de higiene pública y personal, atención para mujeres embarazadas e infantes, nociones generales de salud sexual y enfermedades transmisibles, métodos para conservar la leche limpia y deontología ya que tenían como tarea principal atraer a las mujeres a los centros de higiene infantil. Actividades como difusión de información, aplicación de pruebas para la

detección de enfermedades, asesoría y supervisión desde el nacimiento hasta los dos años de edad de forma gratuita, así como la tutela a las mujeres embarazadas sobre hábitos y costumbres para convertirlas en madres capaces, responsables y científicamente preparadas (Agostoni, 2007) con el objetivo de reducir la mortalidad infantil fueron responsabilidad de enfermeras. Además, aspectos como la investigación, formación de escuelas y la institucionalización de las especialidades médicas dieron forma a lo que el doctor Juan María Rodríguez llamó “El arte de los partos” (Rodríguez, 1885).

La Escuela Nacional de Medicina impartía en 1902 las materias Clínica de Obstetricia y Clínica de Ginecología en el último año de la carrera (Escuela Nacional de Medicina, 1902), en 1906 ginecología es suspendida por lo que sólo se enseña Clínica de Obstetricia y Obstetricia Teórica; en 1912 se retoma la Clínica de Ginecología y en 1916 se fusionan ambas materias resultando en los cursos Obstetricia y Ginecología teóricas y Clínica de Obstetricia y Ginecología hasta 1924, cuando se separan como materias independientes (Fernández y Castañeda, 1986). Con esta separación se propició la investigación a nivel institucional que se refleja en las 236 tesis sobre ginecoobstetricia de la Escuela Nacional de Medicina entre 1920 y 1940³. Los padecimientos ginecológicos más comunes y estudiados durante la época fueron la eclampsia, la hiperémesis, la desviación uterina, el aborto, el desprendimiento de placenta, la placenta previa, la sífilis, la gonorrea, los quistes y la presentación del feto muerto (Viniestra, 1935).

A partir del estudio científico en las áreas de ginecología y obstetricia, los médicos fomentan el uso de maniobras clínicas para un mejor parto, desplazando a su vez a las curanderas, parteras o comadronas en la atención de estos. Una de las instituciones encargadas de dar atención a las mujeres embarazadas era el Hospital General -fundado en 1905-, el cual contaba con un pabellón especial de ginecología. En 1942 se crea un internado de posgrado a fin de hacer un programa de residencias que reúne las especialidades de ginecología y obstetricia a finales de 1944 y en 1945 se funda la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (Facultad de Medicina, 1994).

LA INVESTIGACIÓN MÉDICA EN TORNO AL CUERPO FEMENINO

Las investigaciones médicas del siglo XX se enfocan en el cuerpo de las mujeres y en su existencia cotidiana, se busca descubrir en sus particularidades biológicas y sus circunstancias vitales los factores que deterioran y suspenden el proceso ontogenético. Los médicos subrayan un grupo de aspectos orgánicos y sociales, relativos a la genitora, que se entretajan para comprender y a veces responsabilizar del fatal desenlace de su embarazo. Aunque los factores predisponentes ejercen un notable influjo en la mortalidad neonatal, los factores decisivos son también de índole social, complejizando el estudio del embarazo lo cual obliga al gremio médico a centrar su atención en las costumbres colectivas y prácticas sociales de los individuos. Para una combinación de estos elementos, los médicos comienzan a utilizar la estadística como metodología por excelencia para así poder identificar, aprehender y analizar fenómenos nosológicos. Esta consistía en la acumulación y clasificación de datos sobre una gran variedad de cuerpos y respondía a la urgencia de conformar un cuerpo ideal de Nación.

Los médicos, quienes enseñan e investigan dentro de los hospitales y espacios académicos (Facultad de Medicina) durante las primeras décadas del siglo XX, abogan por la investigación siguiendo una metodología estricta dándole prioridad a las prácticas en el laboratorio. Para ello se pasa del uso de maniqués a la experimentación con animales tales como la coneja, cuy y rata y se refleja en la producción de conocimiento científico basado en dichos resultados, en donde destacan los trabajos del Dr. Eliseo Ramírez Ulloa y el Dr. Ochoterena, quienes afirman que tanto la anatomía como la fisiología deben su progreso al estudio con los animales.

En 1922 el Dr. Ramírez, en el estudio intitulado “La fisiología del ovario en relación con la función menstrual” observa que el celo en los animales corresponde fisiológicamente al periodo menstrual de la mujer (estudiado en el aparato genital de la coneja) y en su estudio de 1929, “El aparato genital en la mujer”, hace una detallada descripción de la morfología y fisiología del aparato reproductor femenino, en el que señala que el aparato genital de la mujer tiene la conformación general correspondiente a la de los demás Euterios y las partes que lo constituyen son los

ovarios, las trompas de Falopio, el útero, la vagina, la vulva; se añaden los ligamentos de sostén, los mesos, las glándulas accesorias, vasos, nervios y restos embrionarios. La contribución más importante es la del estudio de la citología vaginal durante diferentes fases del ciclo menstrual y el embarazo, resultando en el diagnóstico citológico del cáncer ginecológico (propuesta posteriormente ampliada y conocida hoy día como la prueba Papanicolau) (Ramírez, 1928).

Desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, algunos médicos se interesaban por estudiar las formas frecuentes de hímenes en la ciudad de México. El himen fue estudiado por el doctor Francisco de Asís Flores y Troncoso. Su estudio titulado *El himen en México*, publicado en 1885, funge como autoridad médica y legal e indica la presencia influyente de los médicos en la sociedad. En dicho libro, Flores expone una clasificación de los tipos de himen encontrados con mayor frecuencia en el país a fin de obtener información de utilidad en el contexto jurídico-legal de las denuncias de violación, a la vez hace una reflexión sobre la castidad, la prostitución y la sexualidad (Flores y Troncoso, 1885). Además, introduce observaciones sobre los cambios de cada forma de himen según la edad de la mujer y realiza un análisis con la ayuda de un ingeniero civil, de la resistencia que cada forma opone a una fuerza ajena que intenta romperlo. En 1928, José Torres Torija hace una comparación acerca de lo que asientan los tratados de medicina legal franceses, americanos y españoles, por lo que propone una clasificación de los hímenes de las mexicanas categorizándolos en *bilabiados*, *franjeados*, *coroliformes*, *semi-lunares* y *anulares*, corroborando lo asentado por autores extranjeros con respecto a la forma más frecuente (bilabiado) (Torres, 1928).

Estos estudios del himen van más allá de la simple cuestión antropométrica, a su vez su objeto de estudio atraviesa polémicas de varios niveles, marca y define discursos y disciplinas. Por un lado, el himen, frágil membrana, sirve como un índice diferenciador entre la virgen y la iniciada sexualmente, pero también entre el delito y la ley, entre la moral y su violación. Es decir que estos estudios se pueden situar dentro de este afán de acumular y organizar información con el propósito de saber fijar y finalmente legislar y gobernar.

Aunado a esto, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX los médicos atribuían como causa del fallecimiento del embrión, relativas al propio producto, a los llamados “vicios de conformación”, los cuales eran la estrechez de la vagina y la vulva, la paresia o inercia de la matriz y la estrechez de la pelvis, por lo que se hicieron investigaciones en torno al cuerpo femenino y su relación en el desarrollo del embrión, particularmente el fallecimiento del mismo a causa de factores de tipo orgánico y social.

a) Factores causales de tipo orgánico

La vagina y la pelvis merecieron atención especial de los facultativos mexicanos ya que eran considerados los escenarios principales de los vicios de conformación. La estrechez de la vagina dificulta la expulsión del feto durante el alumbramiento mientras que a la inercia de la matriz se le adjudican complicaciones en el trabajo de parto y la prolongación de su duración. La pelvis, por otro lado, es estudiada desde 1888 por el doctor Francisco A. Flores quien compara las dimensiones de las pelvis europeas con las mexicanas y afirma que la pelvis mexicana tiene una forma enteramente diferente al eje de las europeas debido a la diferencia de estatura. Las europeas tenían un pubis de entre 5,5 y 8 cm., además de que su inclinación hacia abajo y atrás era mucho mayor que en las mexicanas, quienes también tenían un perineo más corto (Flores y Troncoso, 1888). Flores establece las medidas de las pelvis mexicanas a través de cuales se podrían diagnosticar los vicios de conformación por medio de la pelvimetría interna o externa⁴, siendo el vicio más común la pelvis de coraza⁵ o abarrotamiento lo cual favorecía partos distócicos⁶ y difíciles⁷. En 1917 Juan Duque de Estrada publica sus trabajos de pelviología mexicana donde estudia el diámetro bisquiático y la pelvis infundibuliforme, que tiene como carácter el acortamiento de los diámetros del estrecho inferior sin que exista deformación de la columna vertebral como sucede con las pelvis cifóticas, por lo que afirma que las mujeres mexicanas tenían pelvis igual a la europea con lo que contrariaba opiniones arraigadas y contrarias (Rábago, 1942).

Así, el estudio completo, morfológico, racial de la pelvis femenina era sumamente dificultoso porque la pelviología antropométrica y aún la obstétrica apenas se han esbozado para las primeras cuatro décadas del siglo XX. Por tanto, lo incompleto

del conocimiento médico que se tenía sobre las pelvis de las mujeres mexicanas continuaba generando un interés por estudiarlas, dando así lugar a investigaciones de prominentes médicos como la publicada por el tocólogo José Rábago en 1942. El estudio de la estenosis pélvica ocupa voluminosos capítulos en todos los tratados de Obstetricia, en ellos se describen numerosos tipos de estrechamiento pélvico, se analizan sus causas y se hacen consideraciones sobre su pronóstico y tratamiento. Entre los tipos de pelvis que suelen observar los médicos se encuentran las pelvis viciadas por defecto de su desarrollo como la pelvis uniformemente estrecha o como se llama en latín, juxto-minor, cuyo carácter es conservar la forma y proporciones de la pelvis normal, pero con un acortamiento general de todos sus diámetros.

El tocólogo Rábago encuentra también un tipo de pelvis que denomina pequeña, pero con predominio de la estenosis sobre el diámetro antero-posterior del estrecho superior, y que correspondería en algo al tipo de pelvis plana no raquílica de los clásicos o de tipo de pelvis platipeloide de la clasificación de Caldwell y Melloy. Observó también pelvis viciadas por lesiones del raquis como las pelvis cifóticas, las deformadas por lesiones de los miembros inferiores como la pelvis coxálgicas y las viciadas por luxación congénica de la cadera por la parálisis infantil o por pie zambo. En su estudio presenta una clasificación de pelvis estrechas en cuatro tipos: anilladas (acortamiento limitado al estrecho superior), canaliculadas (diámetros del estrecho superior e inferior acortados), infundibuliformes (estenosis limitada al estrecho inferior) y oblicuas (acortamiento por asimetría de la pelvis).

Hacia 1930, a la lista de factores etiológicos de tipo orgánico, que incumben a la madre y atentan contra la vida intrauterina se agregan las enfermedades de los órganos genitales, infecciones maternas, cardiopatías y la intoxicación gravídica o toxemia gravídica. Los trastornos morbosos que se presentan con mayor frecuencia en los órganos genitales son las anexitis, las desviaciones uterinas y la perimetritis adhesiva, los cuales no permiten un buen desarrollo del órgano uterino, causando congestiones y hemorragias que determinan la expulsión del feto, antes de término. La intoxicación o toxemia gravídica, antes denominada eclampsia, representó durante varias décadas uno de los grandes retos para los médicos dada su alta incidencia y letalidad. Se tenía un conocimiento incierto sobre su frecuencia exacta,

sus causas y sus posibles remedios. Los métodos modernos y los instrumentos especializados con que cuentan los facultativos son insuficientes para clarificar la etiología del padecimiento, se poseen, a lo sumo, hipótesis, una de sus teorías, concibe al cuerpo humano como un laboratorio de venenos de diversa procedencia: internos (resultado de secreciones, residuos orgánicos, etc.), y externos (derivados de las sustancias alimenticias digeridas). La toxemia gravídica se ve como un envenenamiento, consecuencia de dos hechos: una superproducción de sustancias tóxicas en el organismo femenino, o, la deficiencia de los mecanismos de eliminación corporales (Vásquez, 1930). Durante gran parte del siglo XX, la intoxicación gravídica constituyó una de las mayores causas de muerte materna y fetal en México.

Entre las infecciones crónicas, la infección sifilítica es la que más graves trastornos produce en la evaluación del embarazo y en la que con más frecuencia se observan sus deplorables efectos sobre los organismos de la madre y del feto. A este respecto el doctor Isidro Espinosa y de los Reyes (1925) hace un listado sobre las observaciones de mortalidad intra-uterina en México señalando que la sífilis representaba casi la mitad de los casos de muerte, seguida de los nacimientos prematuros, la asfixia y en menor medida el parto laborioso. Los problemas relacionados al estado de salud o conformación de la madre o el feto representaban apenas el once por ciento de los casos.

Aunado a esto, el temperamento, la edad y la constitución, son otras condiciones maternas que se asocian con el hecho de la mortalidad. Las operaciones aritméticas realizadas con los datos estadísticos permiten establecer relaciones entre el deceso prenatal y diversas variables. Se señala una correlación entre el temperamento linfático de la madre y la muerte intrauterina. De igual modo, se postula que una constitución débil y enfermiza de la genitora, así como su extrema juventud o “muchacha edad” genera la mortandad fetal (de Esesarte, 1883). Para el pediatra Rafael Carrillo existen algunos peligros que pueden traer a toda mujer el embarazo y el parto, ambos, considerados como funciones fisiológicas y que tocan las barreras de la enfermedad. Ante esto, reflexiona que el cociente de la mortalidad materna se sostiene estacionario, provocando una pérdida anual de miles de mujeres en todos

los países y, en el caso de las multíparas, el riesgo es proporcional al número de partos. Las lacras, defectos, vicios o afecciones resultantes directa o indirectamente del embarazo, parto, y puerperio dan un coeficiente mínimo de 25%. En contraste con esto la mortalidad infantil tiende a disminuir rápidamente, abarcando del 3 al 5% la mortalidad originada por el trabajo de parto. Concluye que es necesario que se verifique que las mujeres estén rodeadas de las mejores condiciones, físicas, sociales y económicas para que efectúe las funciones de reproducción con el menor riesgo posible (1993).

El mismo doctor señala que las frecuencias de los embarazos a intervalos muy cortos uno o dos meses después del nacimiento del último niño, agota al organismo materno, fácilmente trae la miseria fisiológica, predispone a la madre a la tuberculosis y la imposibilita en algunos casos, para la alimentación natural.

El número de partos previos es otra variable que se inscribe en la lista de factores que nutren los registros necrológicos de la época intrauterina. Pero hay desacuerdos acerca de la forma como se gesta esta influencia. Para 1930 se expone a manera de ecuación algebraica que: a más fecundidad (y partos) de las mujeres, más mortalidad de los hijos⁸. Antes, hacia 1880 la ecuación era que: a mayor número de partos, menos nacidos muertos y más probabilidades de vida del producto (de Esesarte, 1883). De cualquier modo, se postula un correlato estadístico entre la historia obstétrica de la mujer y el curso favorable o no del embarazo. La mortinatalidad se explica, en gran parte por las condiciones orgánicas, constitucionales y circunstanciales, que involucran a la futura madre. Hasta aquí la presentación de los agentes causales, referentes a la mujer mexicana, que algunos textos médicos asocian al fenómeno de la muerte intrauterina.

b) Factores causales de tipo social

Los profesionales de la medicina se interesan por el conjunto de situaciones sociales que constituyen el entorno cotidiano del conjunto poblacional. Estas situaciones son miradas a través del lente médico y se relacionan con el hecho del fallecimiento prenatal. Entre estas situaciones se subrayan las siguientes: las parteras, el estado civil y psíquico de la madre y la actividad laboral de la mujer. En las primeras décadas del siglo XX, aún se llega a culpar a las “iletradas comadronas”

de los crecientes índices de nacidos muertos, que reportan las estadísticas mortuorias. La ilustrada comunidad médica señala que son las responsables de los decesos que acontecen en la etapa perinatal, es decir, en el momento del nacimiento. Los médicos afirmaban:

esa turba de mujeres completamente analfabetas, cuya supina ignorancia corre pareja con su inconcebible audacia, y que sólo sirven, las más de las veces para llevar el luto y la desolación a los hogares en cuyo seno logran introducirse (Silva, 1924:49).

Así, la mortandad fetal se vincula con la temeraria intervención, durante el parto, de mujeres no preparadas y “extrañas a la ciencia”. La partería empírica constituía una costumbre socialmente extendida en México, desde épocas ancestrales. Desde las clases acomodadas hasta las paupérrimas, compartían una práctica rutinaria, una ley no escrita, la atención de la mujer próxima a dar a luz era dispensada por parteras. Ello se vio reforzado, sin duda, por el hecho de que, hasta el siglo de las Luces, el arte de los partos fue el “arte de las viejas”. Una práctica manual desdeñada y menospreciada por el masculino y científico saber médico (Donzelot, 2008). Pero los médicos vanguardistas aspiran a resarcir esta “imperdonable omisión”, elevando el degradado arte de los partos” a la altura de su importancia”, por lo que en 1911 la Escuela Nacional de Medicina establece que para ser partera se requería previamente del título de enfermería (Carrillo, 1999). Es interesante subrayar que tanto parteras como madres, es decir mujeres, fueron siendo responsabilizadas de la mortinatalidad, creándose un discurso moral donde los profesionistas médicos denominaban a la mujer como “la más buena y la más noble de las criaturas” (Castañeda, 1922:219), su papel como madre era descrito como una misión biológica a la que se debía rendir tributo al ser ella “toda abnegación y amor hacia un hijo encarnado” (Castañeda, 1922:218) y, de no ser cumplida, acarrearía una vida triste e infeliz. Se menciona además que en el sentido de la psicología:

la mujer está en el útero [...], la matriz simboliza su sexo, perdiéndole, desaparece para ella su razón de ser, localizada en el ovario su potencia y facultad genésicas,

perdido, se considera vergonzosamente mutilada, inservible y despreciable (Castañeda, 1922).

Se vincula el sentido de vida y afectividad de las mujeres a su rol como madres y su capacidad gestante, calificando a aquéllas que no deseaban serlo como carentes de temple y moralidad, lo cual supone un impacto en su condición física y dan pie a fenómenos morbosos de la personalidad psíquica (Castañeda, 1922). Otro factor de riesgo que contribuye a mantener los elevados índices de mortandad es el que las madres tuviesen un trabajo remunerado. Las mujeres que salían a laborar fuera del espacio doméstico representaban un fenómeno social ya que desde el porfiriato un número creciente de mujeres se incorporaron al ámbito laboral. Estas mujeres económicamente activas tienen presencia como oficinistas, maestras y dependientas de almacenes. La mayor parte de la población femenina ingresa al mundo productivo por necesidad material laborando principalmente en dos rubros delimitados: el servicio doméstico y la industria del textil y del tabaco. Las mujeres con trabajo remunerado son el objeto preeminente de atención de los hombres de ciencia, en tanto que las difíciles condiciones que caracterizan su actividad laboral tienen secuelas, muchas veces, nocivas sobre la salud de la mujer y el producto en formación. La fortaleza orgánica de la mujer es la base de la fortaleza orgánica de su prole. El desgaste corporal al que se refieren los médicos se liga con la explotación permanente a que están sometidas algunas mujeres que laboran como costureras, cigarreras, empleadas domésticas, etc. La situación en la que permanecían las mujeres era nociva para ellas, para su descendencia y para la política poblacionista del Estado mexicano posrevolucionario. Combatir los factores causales de la mortalidad infantil era asunto del Estado y de la medicina. No emprender esta tarea se concebía como un error e incluso el aniquilamiento de la propia raza.

En la década de los treinta del siglo XX, los fenómenos sociales que la caracterizaban debían quedar en el olvido, el momento de la justicia social había llegado. La legislación constitucional de 1917, en sus artículos consagrados a la protección de la clase trabajadora, era una prueba de ello. Más tarde, se elaboraría la Ley Federal del Trabajo. Sin embargo, los códigos y buenos deseos no

modificaron sustancialmente la realidad laboral, ni social, de las clases proletarias. En estos años, la actividad económicamente remunerada de la madre, sigue en la lista de principales causas de óbito embrionario. El estudiante Guillermo Vásquez señala en un discurso que exhibe que:

Las madres que tienen necesidad de trabajar para vivir, que se fatigan y que hacen trabajos fuertes y no cuidan de su estado, dan lugar a una hiperproducción brusca y considerable de toxinas y con mucha frecuencia se ve flanquear uno o varios emuntorios⁹: la autointoxicación resulta entonces verdaderamente patológica, observándose verdaderos estados morbosos, con edemas, albuminaria gravídica, eclampsia, vómitos graves, etc., que ponen en peligro la vida de la madre y del producto (Vásquez, 1930).

El trabajo como término condensaba uno de los valores supremos de la ideología burgués, se asociaba a la virtud personal, la prosperidad material y la grandeza nacional. Sin embargo, los estudios científicos sobre la mortinatalidad revelan una faceta más oscura del sistema de producción capitalista, en lo relativo a las mujeres y la maternidad. Tareas difíciles, condiciones insalubres, raquíuticos ingresos, extenuantes jornadas diarias. Bajo estas circunstancias se circunscribe el quehacer cotidiano de innumerables mujeres trabajadoras, a ellas se vinculan el deceso de su descendencia, incluso antes del nacimiento. La salud y la enfermedad de la madre, la vida y la muerte del hijo, se cruzan con factores laborales y económicos. Con referencia en lo anterior, la enfermedad de las mujeres llevaba a la muerte infantil, lo cual era a su vez, signo de atraso social y producto del mundo moderno. En conjunto con la pobreza (condición sin la cual no existirían diversos males sociales), el discurso médico acentúa otro factor de la muerte infantil: la ignorancia o imprudencia de la madre o de la futura madre, a quien se le responsabiliza de una alimentación inadecuada o alimentación materna defectuosa. Estas problemáticas sociales llevaron al Estado a tomar responsabilidad para buscar su solución por lo que el 19 de enero de 1929 (Viesca, 2008), Ignacio Chávez propone la puesta en marcha del programa la Gota de Leche, basándose en los programas existentes de España, Francia, Inglaterra, Alemania y Estados Unidos (AHSSA, 1926).

CAMPAÑAS GOTA DE LECHE Y MATERNIDAD CONSCIENTE

El discurso médico acentúa como un factor de la muerte infantil la ignorancia o imprudencia de la madre o de la futura madre. Procurando que tuvieran los conocimientos necesarios para proveer tanto de una alimentación como otros cuidados adecuados, se les trataba de convertir en madres “científicamente preparadas(s) para la maternidad y para la crianza de sus hijos” (Agostoni, 2007). La supervisión en la alimentación infantil por parte de los higienistas eliminó a su vez el papel de las nodrizas; se consideraba una práctica no adecuada para la salud al desconocer los hábitos higiénicos y enfermedades de estas mujeres y un reparto inequitativo del alimento en el caso de que la nodriza alimentara a más de un infante. El programa Gota de Leche se encargaba de otorgar asistencia a las necesidades de alimentación de los infantes, este consistió en el establecimiento de entidades que distribuyeron leche de vaca de manera gratuita, ya que se consideraba el producto alimenticio fundamental del niño y una importante fuente de proteínas, creando así una “leche especial para niños”. El 22 de abril de 1929 se decreta la creación del Servicio de Higiene Infantil (el cual cesa de figurar en 1930) y, bajo la dirección del doctor Isidro Espinosa de los Reyes, se estableció una central para diseñar su distribución a domicilio, así como el establecimiento de nuevos centros de Higiene Infantil (Viesca, 2008).

El doctor José Siurob hace una declaración en 1936 (Siurob, 1936) en la cual expone los problemas en torno a la protección infantil de dicho momento y enumera como derecho de toda mujer que viviera en el territorio nacional concebir hijos en las mejores condiciones, estableciendo la importancia de la vigilancia durante la primera infancia además de recalcar la importancia de realizar exámenes prenupciales para evitar males congénitos.

La maternidad consciente (concepto originalmente del movimiento neomalthusiano en donde se considera la maternidad objeto de planificación en función de la capacidad de manutención de los padres) es retomada por la medicina y expuesta en 1931 por Gustavo Adolfo Trangay en su tesis “La maternidad consciente y la clínica” y Jorge Torijano y Ritchie en 1935 con “La ética profesional en la maternidad consciente”. Los médicos mexicanos ligaron este concepto con la doctrina higiénica

y la tendencia eugenésica, perfilándose como el ideal del deber ser femenino a la par que genera una multiplicación de las miradas y conocimientos científicos en el cuerpo de la mujer en tanto genitora potencial. Los usos de la eugenesia con el fin de proteger los derechos de la salud y la educación comienzan a debatirse en 1911 en México (Suárez y López, 1999). La eugenesia mexicana cubría tres aspectos: el racismo, la puericultura y la profilaxis médico-sanitaria (Villela y Linares, 2011) tomando gran importancia en 1921 durante el 1er Congreso Mexicano de Niños, en donde se impulsan diversos tópicos y medidas para solucionar el problema de mortalidad infantil y enfermedades infectocontagiosas. Dado que de acuerdo a la eugenesia todas las características físicas, mentales y morales de los individuos se transmitían por herencia y sólo una pequeña medida dependía del medio (Escontria, 1930), el gobierno impuso medidas basadas en estos principios médicos con el objetivo de evitar la reproducción disgenésica y contribuir a la depuración y mejoramiento de la raza, como lo fue el Certificado Médico Prenupcial. Obligatorio a partir de 1928, este impedía contraer nupcias a aquéllos que sufrieran de enfermedades venéreas y mentales, alcoholismo y tuberculosis por el peligro de transmisión a las futuras generaciones (Suárez y López, 1999).

En este sentido, la educación que las mujeres en edad reproductiva recibían sería de suma importancia ya que serían ellas quienes asegurarían una progenie genéticamente sana, enfatizando su responsabilidad en la limitación temporal o total de la natalidad, es decir, en su maternidad consciente. La educación sexual que recibieron las mujeres armonizaba las cualidades físicas y morales, el conocimiento biológico de la maternidad y el uso de anticonceptivos que temporales, voluntarios e inocentes para la pareja progenitora, bajo el control de la mujer y que se alejen poco o nada de la ética sexual (Carrillo, 1933) con la intención de que tuvieran una noción de la importancia de la fecundación planificada, la integridad vital de los ascendientes sobre la correcta marcha del proceso embrionario y la óptima constitución del cuerpo propio, el de la pareja y el infantil. Contemplando la preparación del cuerpo para tal destino, los órganos sexuales internos (vagina, himen, útero, trompas uterinas y ovarios) y externos (labios mayores y menores,

clítoris y vestíbulo de la vagina) eran percibidos como partes del cuerpo femenino que debían ser protegidas para evitar enfermedades.

Para asegurar una prole genéticamente sana era necesario examinar la salud de mujeres y hombres y, a partir de los resultados, decidir limitar de modo temporal o definitivo su descendencia. Para esto se sirvieron de las enfermeras visitadoras y los médicos de servicios social, moldeando así el rediseño de la nación desde la eugenesia.

CONSIDERACIONES FINALES

En el escenario nacional posrevolucionario el discurso científico ocupa un lugar primordial. Por parte de la ciencia médica, la labor de reedificar al país debía enfocarse en la salud de mujeres y niños ya que se asociaba la enfermedad del cuerpo femenino al deceso de los infantes, lo cual era a su vez considerado un signo de atraso en el mundo moderno. Los profesionales de la medicina, como agentes civilizatorios, se comprometieron con la tarea de guiar, supervisar y garantizar la salud de las mujeres en todos los aspectos de su vida, prestando atención especial a la maternidad para reducir así la mortalidad infantil. En este sentido, la exploración, investigación y atención hacia la profundidad del cuerpo femenino que se hace desde la ginecología y obstetricia se centran en su anatomía, el proceso de gestación, el parto y los cuidados relacionados a la crianza.

Las investigaciones se realizaron en el espacio propio donde los médicos de esta época podían estudiar el cuerpo de las mujeres: el hospital y el laboratorio. Se hicieron investigaciones y comparaciones entre lo reportado en los tratados europeos y americanos y los estudios realizados en mujeres mexicanas en cuanto a la clasificación de hímenes; así como a las medidas de la pelvis. La anatomía genital de la mujer mexicana se consideraba defectuosa y su pelvis de anormal e irregular según los parámetros de los médicos nacionales, parámetros que estaban conformados por las medidas antropométricas enunciadas por los textos médicos occidentales. Los estudios sobre el himen y la pelvis de principios del siglo XX tienen pretensiones científicas, sin embargo, convergen con algunas ideas provenientes de la moral, lo que hace que los vicios de conformación no sean percibidos como

hechos objetivos en sí mismos, sino nociones matizadas por juicios de valor alrededor del cuerpo sexuado. Los médicos hacen de la morfología femenina un objeto de examen y medición, lo que implica comparar lo medido con una cifra o valor normativo a partir de referentes europeos. La medición tiene como propósito establecer similitudes y diferencias con referencia a ese valor estándar, se trata de evaluar todo lo medido, no sólo numéricamente, sino también ética y socialmente. Los cuerpos de las mujeres mexicanas, cuyas medidas no concuerdan con aquéllas de las europeas, se clasifican como deformes o mal constituidos.

A raíz de estas afirmaciones, el discurso ginecológico y obstétrico resalta la función gestora del cuerpo de las mujeres relacionando la maternidad como destino inmutable e inherente de las mismas. Al considerarlas como reproductoras de la siguiente generación de nuevos mexicanos, se le otorga a las mujeres la responsabilidad de observar y atender su cuerpo siguiendo los parámetros científicos para así determinar su idoneidad tanto para ser madres, como para supervisar el correcto desarrollo de sus hijos. En colaboración con el Estado, el gremio médico impulsa la educación sanitaria hacia las mujeres, basada en los conocimientos científicos médicos de la época con el objetivo de convertirlas en madres científicamente preparadas a través de las campañas de Madre Consciente y Gota de Leche.

Ambas campañas tuvieron un papel crucial en la educación de las mujeres que, si bien tenía estaba orientada a una perspectiva científica, reforzaría el binomio de mujer madre. La madre consciente transformó la imagen de las mexicanas, implantando un nuevo ideal sobre lo que significaría ser mujer en el nuevo Estado mexicano.

NOTAS

1. Este artículo es resultado de la investigación de la tesis doctoral de la Mtra. Andrea García Hernández titulada “La concepción del cuerpo femenino en el discurso médico en México (1917-1953). [Sin publicar]”, en el programa de Doctorado en Ciencias, Campo de conocimiento: Humanidades en salud, UNAM, Facultad de Medicina.

2. La Gaceta Médica apareció con su primer número en 1864. En su creación participaron médicos extranjeros como fue Alberto Ehrmann quien fuera jefe de sanidad del ejército francés y destacados clínicos mexicanos como Miguel Jiménez y Manuel Carpio. La Gaceta Médica tendría desde su inicio la bandera científica. En Martínez Cortés, Fernando y Xóchitl Martínez Barbosa. *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General*. México, SmithKline Beecham, 2000. p. 154.
3. Facultad de Medicina, catálogo de las Tesis de Medicina del siglo XX, Departamento de Historia de la Medicina, UNAM.
4. De acuerdo con el Dr. Flores, se recomienda el uso de la pelvimetría interna en México por los errores cometidos con la pelvimetría externa.
5. El médicoobstetra, Juan María Rodríguez (1828-1894), miembro de la Academia Nacional de Medicina (1864) y autor de la Guía clínica de Partos (1870), buscando sistematizar las medidas de las “pelvis mexicanas” en 1869, llamó la atención de sus colegas cuando él llamo “el fatal secreto, la “pelvis acorazada”: “se entiende por pelvis acorazada aquella en que el pubis se aproxima al ángulo sacrovertebral, y más comúnmente aquella en que el pubis tiene mayor longitud de la ordinaria, de lo que resulta el acortamiento del diámetro coxipubiano. La palabra barré (acorazada) equivale en nuestro idioma patrio a barrear, atrancar, cerrar un paso, obstruirle, hacer dificultoso, etc.” Rodríguez, Juan María, Parto a término de una primípara con extracción de producto muerto hacia algún tiempo, GMM, 1872, 7, pp.,4755. p. 53.
6. En medicina, el término distocia se emplea cuando el parto o alumbramiento procede de manera anormal o difícil. El Dr. Florencio Flores, discípulo de Rodríguez señala que es necesario usar fórceps porque entre las mexicanas, de la pelvis abarrotada normal a la pelvis estrecha y viciosa, no hay más que un solo paso. Flores, Francisco, “Ligeros apuntes de pelvimetría comparada”, *Revista Mexicana de Medicina*, 1890, 2, 294-344. p. 295. También identificamos que en la tesis como la de Guillermo Vásquez Téllez, “Principales factores etiológicos que contribuyen a la mortalidad infantil en la Ciudad de México”, tesis para el examen profesional de medicina, Universidad Nacional de México, Facultad de Medicina, México, 1930, pp.

25, el uso de la palabra vicio para hacer referencia principalmente al alcoholismo, la ignorancia completa de las madres en principios más elementales de alimentación y la mala calidad de los alimentos.

7. La pelvis de la mujer mexicana se convirtió en objeto de estudio de médicos y especialistas obstetras y ginecólogos. De las particularidades de la anatomía genital femenina, su rotulación teórica de “viciosa”, en lo relativo a la preñez, se ocupó, entre otros célebres facultativos mexicanos, Juan María Rodríguez, quien tomó como parámetro de normalidad las medidas pelvimétricas extranjeras. González, Manuel T. y Ambrosio R. Olivares, “Las pelvis mexicanas”, en: El estudio, tomo I, núm., 17, 30/IX/1889, pp. 2662/2, p. 267.

8. Esta condición directamente proporcional entre la fecundidad y los partos de las madres con la mortandad de la descendencia, es enunciada por el estudiante de medicina Ignacio García en su trabajo de tesis titulado: “Relación entre la fecundidad de las mujeres y la mortalidad infantil”, tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México, 1933. p.,53.

9. En medicina se conoce como emuntorio a todo órgano, glándula o conducto que tiene como función, entre otras, la eliminación de residuos metabólicos del organismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostoni, Claudia, (2007). “Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la Ciudad de México durante la década de los 1920”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, enero-junio, pp. 89-120.

Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, (1926), *Fondo Salubridad Pública*, Sección Higiene Infantil, caja 1, exp. 7.

Aréchiga Córdoba, Ernesto, (2007). Educación, propaganda o “dictadura sanitaria”. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945. *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, (33), 57-88.

Aréchiga Córdoba, Ernesto, (2004). “Dictadura sanitaria”, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917 - 1934. *DYNAMIS Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 25, 117-143.

- Bustamante, Miguel, (1982). *La salud pública en México 1959-1982*. Secretaría de Salubridad y Asistencia: México. P. 163.
- Carrillo, Ana María, (2000). "La reglamentación sanitaria de la muerte", en: Cuadernos para la historia de la salud, SSA, México, pp. 158-159.
- Carrillo, Ana María, (1999). "Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México", *DYNAMIS, Acta. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, 19, pp. 167-190.
- Carrillo, Rafael, (1933). "Aspecto médico social de la maternidad consciente" en *Revista Mexicana de Puericultura. Órgano de la Sociedad Mexicana de Puericultura*, México, núm. 35, septiembre.
- Castañeda, Gonzalo, (1922), "Psicología de las Enfermas Ginecológicas", *Medicina*, tomo 11, núm. 20, México, febrero, p. 219.
- Chávez, Ignacio, (1993). *México en la cultura médica*. México. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Centro de Estudios sobre la Cultura Nicolaita.. p.93.
- Comisión de Estudios y Planeación del IMSS, (1952). *México y la Seguridad Social*, Tomo II, Vol I. Stylo: México. p. 12.
- de Esesarte, Manuel, (1883). Estudio etiológico estadístico sobre nacidos muertos formado con datos recogidos en la Casa de Maternidad, trabajo inaugural, Facultad de Medicina de México.
- Donzelot, Jacques, (2008). *La policía de las familias*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Escontria, Manuel, (1930). "La eugenesia y las limitaciones de la natalidad", *Gaceta Médica de México*, tomo LXI, núm 7, México, julio, p. 15.
- Escuela Nacional de Medicina, (1902). *Plan de Estudios*. México. Escuela Nacional de Medicina. México.
- Espinosa y de los Reyes, Isidro, (1925). "La mortalidad de la primera infancia en México: sus causas y remedios", *Gaceta Médica de México*, tomo LV núm. 3, *apéndice al núm 3*, Marzo de 1925, pp. 821-822.
- Espinosa de los Reyes Sánchez, Víctor Manuel; José de Jesús González Izquierdo y Gilberto Tena Alavez, (2013), "Historia de la ginecoobstetricia en el Instituto Mexicano del Seguro Social" en Tena Alavez, Gilberto, *Ginecología y Obstetricia*, Alfíl, México, D.F., pp. 1-12.

Facultad de Medicina, catálogo de las Tesis de Medicina del siglo XX, Departamento de Historia de la Medicina, UNAM.

Facultad de Medicina, "La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Pionera en América Latina y líder regional en la formación de recursos humanos para la salud.", Evolución histórica, <http://www.facmed.unam.mx/fm/historia/evolucion>, consultado el 15 de agosto de 2018.

Facultad de Medicina, (1994). *Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) en Ginecología y Obstetricia*, UNAM, México.

Fajardo-Ortiz, Guillermo, (2014). "Setenta años de medicina en el Instituto Mexicano del Seguro Social", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; Vol. 52 (2), pp. 228-231.

Fernández del Castillo, Francisco y Castañeda Velasco, Hermilo; (1986). "Planes de Estudio Siglo XX (hasta el año 1925)." En *Del Palacio de la Inquisición al Palacio de Medicina*. México. Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 159-170.

Flores y Troncoso, Francisco A.; (1885). *El himen en México*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.

Flores y Troncoso, Francisco A., (1888). "Historia de la Medicina en México desde la época de los indios hasta la presente", tomo III, tesis inaugural para el examen profesional de medicina, Facultad de Medicina.

Gudiño Cejudo, María Rosa; (2016). *Educación higiénica y cine de salud en México: 1925-1960. Ciudad de México*. México. El Colegio de México. pp.142 y 256.

Gudiño Cejudo, María Rosa; Laura Magaña Valladares y Mauricio Hernández Ávila (2013). "La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945". *Salud Pública de México*. Vol. 55, Núm.1, Enero-Febrero. México. pp. 81-91.

IMSS; (2014). "El IMSS y la Seguridad Social en México" en *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018*.

Martínez Cortés, Fernando y Xóchitl Martínez Barbosa; (2000). *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General*. México, SmithKline Beecham.

Mazón Ramírez, Juan José, Abel Delgado Fernández, Genaro Sánchez Romano y Alonso de Jesús Serret González. "El servicio social médico", *Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Coordinación del*

Servicio Social, s/f,

http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/El%20Servicio%20Social%20Medico.pdf, consultado el 31 de octubre de 2018.

- Mendoza Cornejo, Alfredo; (1992). *El servicio social universitario en México: su filosofía, historia, marco jurídico y vinculación con la sociedad*. México. Universidad de Guadalajara.
- Ontiveros Junco, Humberto Javier; (2014). "La asistencia social en México, una evolución histórica", *Sociedad, Medio Ambiente y Organizaciones*, UAM, México, 2014, pp. 21-29.
- Rábago, José; (1942). "Conducta del partero en las estenosis pélvicas", *Gaceta Médica de México*, Vol. 72, Núm. 6, pp. 598-609.
- Ramírez Ulloa, Eliseo; (1928). "El ritmo sexual vaginal en la mujer", *Rev. Mex. Biol.*, 8:1.
- Ramírez Ulloa, Eliseo; (1929). "El aparato genital Femenino", México, talleres Gráficos de la Nación, pp 38-50.
- Real Academia Española; (2014). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.). Madrid, España: Autor.
- Rodríguez, Juan María; (1885). *Guía clínica del arte de los partos*. Adoptada por la junta de catedráticos de la Escuela de Medicina como texto para uso de los alumnos de la Clínica de Partos. Tercera edición. México.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia y Martha Eugenia Rodríguez Pérez; (1998). "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX", *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, V(2): 293-310, jul-oct.
- Silva, Máximo; (1924). "Influencia de la educación higiénica en la formación del carácter del ser humano", *Medicina*, tomo V, núm., 50, México, agosto, pp. 49.
- Siurob, José; (1960), "Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública a favor de la infancia. Protección de mujeres y niños" (1936), en Álvarez Amézquita, José, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, v. II, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, p. 385.
- Suárez y López Guazo, Lara; (1999). "La influencia de la Sociedad Eugénica Mexicana en la educación y en la medicina social", *Asclepio*, Vol. LI, núm. 2, p. 51-84.
- Tena Alavez, Gilberto; (2013). *Ginecología y Obstetricia*, Alfil, México, D.F.

- Torres Torija, José; (1928). "Las formas más frecuentes de hímenes observadas durante un periodo de tres años en el servicio médico-legal del D.F.", *Gaceta Médica Mexicana*, tomo 59, pp. 476 - 479.
- Vásquez Téllez, Guillermo; (1930), "Principales factores etiológicos que contribuyen a la mortalidad infantil en la ciudad de México", tesis para el examen profesional de medicina, Universidad Nacional de México, Facultad de Medicina, México.
- Viesca Treviño, Carlos; (2008). "La Gota de Leche. De la mirada médica a la atención-social en el México posrevolucionario", Claudia Agostini (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, pp. 198-217.
- Villela Cortés, Fabiola y Jorge E. Linares Salgado; (2011). "Eugenesia. Un análisis histórico y una posible propuesta", *Acta Bioethica*, vol. 17 núm. 2, noviembre, pp. 189-197.
- Viniegra, Fermín; (1935). *Nociones de Obstetricia: Elementos de Puericultura. Tomo II*. México. Universidad Nacional de México.