

BURÓCRATAS Y MERCADERES DE LA SALUD
NOTAS SOBRE POLÍTICA GUBERNAMENTAL E INICIATIVAS
EMPRESARIALES EN TORNO AL EQUIPAMIENTO
Y LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS, 1880-1910

ANTONIO SANTOYO
Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa

Desde la consumación de la victoria liberal de 1867 —y especialmente desde la década de 1880—, la ciudad de México reunió un conjunto de condiciones que propiciaron la afinación de proyectos sociales de raíz ilustrada e impulsaron la realización material de éstos. Tales fenómenos estuvieron enmarcados por un espectacular avance del capitalismo en el mundo occidental durante la segunda mitad del siglo XIX y por la revolución tecnológica que lo acompañó.

Entre la materialización de proyectos dirigidos a la modernización y los cambios de concepciones, valores y comportamientos, que caracterizaron a la capital mexicana de la segunda mitad del siglo XIX, figuraron no pocas transformaciones vinculadas a las ideas y prácticas relativas al cuerpo humano y sus cuidados. Durante este periodo se modificaron nociones y comportamientos sobre la salud, las enfermedades, su prevención, transmisión y tratamiento; así como en torno a los espacios, funciones, organización y equipamiento de los establecimientos dedicados a la atención de los desvalidos corporalmente.

El apresurado crecimiento económico en México durante el último cuarto del siglo XIX impactó desigual y desordenadamente la organización socioeconómica, cultural y espacial urbana. Esas características, junto a las preexistentes y persistentes abismales diferencias económicas, sociales y educativas condicionaron la compleja y desigual relación establecida entre, por un lado, avances científicos, novedades técnicas y prácticas emergentes —asociadas a las nociones de progreso, individualización y secularización— y, por otro, valores de raíz colonial y hábitos de larguísimo arraigo.

En este contexto, se dio un proceso de transformación lento, pero irreversible —impulsado particularmente desde los grupos profesionales que iban ascendiendo mediante la valoración social

de sus conocimientos— en la sensibilidad y en los comportamientos relativos al cuerpo, de los habitantes de la ciudad de México con una posición socioeconómica elevada y media. Sus preocupaciones y prácticas referentes a la salud, la enfermedad, la limpieza y los cuidados corporales resultaron inseparables de una radical transformación material —dotada de elementos simbólicos— de los espacios públicos y domésticos, iniciada, igualmente, en los ambientes cotidianos de dichos estratos sociales.

Estos cambios fueron estimulados directamente por la influencia y prestigio de minorías extranjeras provenientes de países industrializados, así como por el aumento y la accesibilidad de la información generada fuera y dentro del país (derivada, entre otros factores, de la renovación cualitativa y cuantitativa de la prensa, el medio de comunicación más importante de la época; la circulación creciente de libros, y el desarrollo del ferrocarril y el telégrafo). También incidieron en tales cambios la consolidación y aspiraciones de preeminencia social de algunos gremios profesionales (especialmente médicos, ingenieros, abogados y arquitectos). De éstos, destacan sus ligas directas e indirectas con la reorganización y el fortalecimiento del Estado que caracterizaron al periodo.¹

Estos grupos profesionales —en franca expansión y fortalecimiento a partir de la reforma educativa promovida por el liberalismo de la restauración republicana— abanderaron el proyecto estatal de mejorar substancialmente la salud de la población y, con ello, garantizar el crecimiento de la producción, del comercio, del consumo y de la ciudadanización. Estas metas eran bases imprescindibles para la materialización de la sociedad diseñada por la ideología librecambista y democrático-burguesa que los definía.

En el clima de crecimiento material y estabilidad política importantes a lo largo del último cuarto del siglo XIX y los primeros años del XX, estos sectores estuvieron interesados y en condiciones de construir para sí mismos una libertad y un poder inéditos. Precisamente en este contexto —como en los demás ámbitos del mundo occidental y occidentalizado— en México tuvo lugar una fase acelerada y definitiva del desarrollo, profesionalización, legitimación y prestigio de los saberes médicos de carácter racionalista y científico. En el caso mexicano, este proceso fue convalidado y promovido por el Estado y por

¹ En este sentido fue crucial el impulso privilegiado que el Estado brindó a la educación superior desde los años de la restauración republicana (1867-1876) y a lo largo del porfiriato. Este apoyo tuvo como marco y estímulo el desarrollo definitivo, durante la misma época, de la especialización del conocimiento a través de disciplinas formalmente separadas, en Europa occidental y Estados Unidos.

el sistema educativo que éste estaba construyendo, y los saberes en cuestión les brindaron una relativa independencia y un poder especial a sus practicantes. Este prestigio y autonomía facilitaron el fortalecimiento y la sofisticación de la autoridad y los controles, aplicados en distintas formas e intensidad, sobre todos los sectores sociales carentes o alejados de tales saberes.

Hacia finales de siglo, las reflexiones más sofisticadas y la implantación de prácticas sistemáticas relativas a la higienización y el saneamiento físico —y moral— se concentraron, de manera especial, en las cárceles, los manicomios, los cuarteles, los hospitales, los asilos, las escuelas, los hoteles y los baños públicos. Las disposiciones oficiales, así como las propuestas y evaluaciones de grupos profesionales —de un fuerte impacto tanto sobre el medio gubernamental como sobre la población en general—, y la publicidad moralizadora que éstas suscitaban en textos especializados y en la prensa, decidieron el futuro de tales espacios. La sensibilidad, concepciones y comportamientos nuevos referentes a ellos resultaron ejemplares para ser aplicados en los restantes ámbitos, tanto públicos como privados.

La consolidación de los estados nacionales, así como los valores pragmáticos, individualistas, competitivos y empresariales, que se iban imponiendo en el mundo occidental, definieron en amplia medida, desde entonces, las formas y los contenidos concretos de las políticas públicas de salud. Los objetivos gubernamentales de mejoramiento y progreso colectivo se fueron elaborando y modelando en estrecha relación con las concepciones, propuestas e intereses gremiales y particulares de los profesionales de la medicina —aunque las ideas e intereses de algunos otros grupos, de ingenieros, abogados y arquitectos, también fueron decisivos. Estos individuos —como profesionistas independientes, como funcionarios gubernamentales o como empresarios— frecuentemente buscaron beneficiar su posición política y económica particular, así como impulsar su estatus y prestigio personal o gremial. Aunque sus propuestas y acciones siempre estuvieron teñidas, en algún grado, de una visión altruista, proveniente de concepciones religiosas, morales o sociopolíticas.

En aras de estos fines profesionales e individuales, fueron de su interés especial las políticas, organización y prácticas hospitalarias, así como el abastecimiento y características del mobiliario, instrumental e insumos de tales establecimientos, a lo largo del periodo de observación. A este interés se orientan estas páginas.

Abastecimiento hospitalario y miradas al extranjero

Llevada a cabo la reforma liberal y siendo ya el Estado el nuevo y principal responsable de la asistencia y beneficencia social —desde fines de la década de 1860 y de manera sobresaliente a partir de los años ochenta—, aparecieron las primeras manifestaciones drásticas de su respaldo al servicio y equipamiento hospitalario, sobre todo en la ciudad de México.² En ésta se experimentó una expansión y, especialmente, una transformación significativa del equipamiento hospitalario durante el porfiriato.³

El Ministerio de Gobernación, encargado de los asilos y hospitales de la capital, llevó a cabo en los primeros años ochenta una evaluación sistemática —aunque con deficiencias de planeación, claridad y homogeneización de criterios, y con relativa improvisación— de los avances realizados en otros países, a través de funcionarios diplomáticos o enviados especiales. Ellos transmitieron desde Alemania, Francia, España y Estados Unidos, a partir de 1882, información muy detallada referente al equipamiento y organización de hospitales públicos, privados o en manos del clero.

Esta información —muchas veces gráfica y cuantitativa, y en ocasiones acompañada de comentarios—, se ocupaba del mobiliario, la

² Para ello resultaron ser factores decisivos la estabilización política y el mejoramiento de la situación económica nacional, además de la trascendente y sistemática discusión desarrollada en torno a la salud pública. Muestras de ello son la labor legislativa y la serie de congresos que tendrían lugar desde entonces. El evento que dio su aliento inicial a este clima fue el Primer Congreso Higiénico-Pedagógico, celebrado en 1882 en la capital.

³ Al iniciarse el periodo estudiado, la ciudad de México contaba solamente con diez establecimientos hospitalarios, en general mal equipados y atendidos, de acuerdo a los cánones de los países ricos de la época. Eran los hospitales de Jesús, San Andrés, San Lázaro, San Pedro y Juárez (antes San Pablo), que ofrecían servicios generales; el Morelos (antes San Juan de Dios), para mujeres; la Casa de Maternidad; los de San Hipólito y El Divino Salvador, para enfermos mentales, y el de Terceros, de tipo privado. En 1877 había sido establecida la Dirección de Beneficencia Pública, que sustituyó al Ayuntamiento en el manejo de los hospitales —y el que a su vez había adoptado esta responsabilidad a partir de la reforma liberal, que arrebató a la Iglesia el control de la asistencia social. El interés en modernizar radicalmente los servicios, siguiendo los avances científicos y tecnológicos alcanzados en los países más desarrollados, llevó a la creación de la primera institución mexicana con esas características, el Hospital General, por iniciativa del Consejo Superior de Salubridad y, en particular, del célebre doctor Liceaga. Su construcción se inició en 1896 y terminó en 1905. Además de contar con el equipamiento más avanzado de la época, tuvo una escuela de enfermería y se establecieron en él diversos centros de investigación. También hacia fines del porfiriato la mayoría de los centros de atención hospitalaria se habían transformado en su estructura material y organizativa, se fundaron el manicomio general de La Castañeda y el Hospital de la Infancia, y se crearon o consolidaron diversos establecimientos sostenidos por las colonias de extranjeros, como la francesa, española, estadounidense e inglesa.

ropa individual y de cama y las telas utilizadas; de las dimensiones de espacios y objetos; de las formas de ventilación e iluminación de salas; del instrumental quirúrgico, así como de las formas de trato y alimentación a los pacientes, entre otros rubros.

Algunos aspectos que sobresalen de las descripciones enviadas a México por los mencionados funcionarios, y que son evidentes indicadores de las extendidas inquietudes y los cambios que respecto a la higienización y el saneamiento se estaban desarrollando en otros países, pueden mencionarse sucintamente:

En el caso del representante mexicano que transmitió información sobre los hospitales franceses, sobresale su descripción del mobiliario de las salas así como las características esenciales de uno y otras.

Por una parte, el cónsul estaba convencido de que el mueble principal en la cultura parisiense —para todas las clases sociales— lo constituía la cama. Señalaba que para el enfermo una buena cama era:

su único medio de reposo; es su cama uno de los más poderosos recursos terapéuticos de que el médico dispone; son las camas de los demás lo que forma la perspectiva de una sala, tanto más triste, tanto más aflictiva, cuanto más incorrecta es la forma, cuanto menos limpieza y arreglo hay en el conjunto. Son las malas camas el foco más terrible de infección, son el abrigo de todos los parásitos humanos y son uno de tantos medios de transmisión de los virus.⁴

El cónsul elogiaba como higiénico el hecho de que las camas, en los hospitales de París, fueran de fierro y tuvieran una altura elevada para facilitar la ventilación y limpieza permanentes. En cuanto a las salas hospitalarias, anotaba que en ellas “cada cama representa un hombre y éste necesita cierta cantidad de luz y aire respirable, pero esta cantidad, aun cuando en sí es absoluta, no está en relación con la capacidad de la sala, sino con el modo de renovación del aire en ésta”.⁵

En su comunicación destacaba la exaltación de “lo francés”, en general, y de sus avances científicos y técnicos, en particular. Por ello, proponía que en México se dotara de camas y salas, con las características galas, a todos los hospitales y cuarteles.

De los aspectos relatados por el cónsul de México en España sobresalía el tema de la ropa. En ese país, para la confección de ésta se adoptaban los modelos más sencillos, que solían elaborarse en los

⁴ Archivo General de la Nación (en adelante AGN), *Gobernación*, 4a. sección, año 1882 (1)1, exp. 18, f. 51-52.

⁵ AGN, *Gobernación*, 4a. sección, año 1882 (1)1, exp. 18, f. 50.

mismos establecimientos, especialmente en los talleres que tenían los hospicios.⁶

De los listados de los enseres de que estaban dotados suficientemente y en calidad los mejores hospitales españoles sobresalían: colchones, almohadas, fundas para éstas, sábanas, colchas, mantas, camisas para hombre y mujer, chambras, telas para elaborar sábanas, enaguas, corbatas, paños para limpiar, pantalones, vestidos, forros de traje de mujer, servilletas y manteles. También se incluían toallas, pañuelos para bolsillo, camisetas de punto, zapatos y camas.⁷

De los productos que se referían como suficientes y de alta calidad en los hospitales de Berlín, destacaban: pantalones, guantes, chaquetas, ropas de levantarse para el invierno, calcetines para el invierno y el verano, pañuelos, calzado, camas, mesas de noche, roperos y hasta librerías.⁸

Los reportes de los representantes diplomáticos sobre el equipamiento y la organización de los hospitales públicos en países como los señalados y sus observaciones elogiosas sobre la participación de sus internos en la elaboración de prendas y bienes de consumo cotidiano entusiasmaron a las autoridades mexicanas. Éstas manifestaron admiración por la novedad en las características de las prendas de vestir, ropa de cama y mobiliario que eran utilizados. Consecuentemente, la información recibida agudizó en ellas el anhelo de poner en práctica, al menos, algunas normas de cantidad y calidad en los artículos de uso cotidiano y personal de los internos en los centros de beneficencia pública de la capital.

Los logros de los países avanzados se asumieron como metas a alcanzar. Inmediatamente, en la ciudad de México las autoridades llevaron a cabo un censo, aunque parcial, de las necesidades concretas de cada establecimiento de asistencia. Asimismo, de las posibilidades económicas, técnicas y operativas para cubrir sus requerimientos de mobiliario, ropa de cama, vestimenta de internos, instrumental quirúrgico y productos medicinales.⁹

Se contemplaron desde entonces tres procedimientos dirigidos a la cuando menos relativa satisfacción de estos objetivos. Primero, la importación directa de bienes elaborados en Europa. En segundo lugar, la contratación de los servicios de empresas locales para la elaboración de algunos bienes, como ropa, muebles e instrumental quirúrgico.

⁶ AGN, *Gobernación*, 4a. sección, año 1882 (1)1, exp. 18, f. 114.

⁷ *Ibidem*, f. 116-118.

⁸ *Ibidem*, f. 32-38.

⁹ AGN, *Gobernación*, s/ sección, año 1886, exp. 1.

Y en tercer término, la fabricación, por parte de los internos de los centros de beneficencia, principalmente de ropa y mobiliario. Esta última manufactura podría cumplir dos funciones valiosas: una terapéutica y otra, más funcional, de abastecimiento.

Ropa para los establecimientos públicos

Entre 1882 y 1883 se dio una amplia y agitada discusión en el seno del Ministerio de Gobernación, responsable directo de los establecimientos de beneficencia pública, sobre la calidad, cantidad, tipos y durabilidad de la ropa utilizada por sus internos. Como parte del debate, en julio de 1882, el funcionario visitador de los asilos y hospitales, Miguel Alvarado, propuso al ministro de Gobernación, Carlos Díez, romper drásticamente con la forma tradicional de adquisición y manejo de prendas —llevada a cabo de manera particular y sin control por cada establecimiento—, que resultaban caras y de poca calidad, y eran manufacturadas normalmente con telas mexicanas. El visitador propuso “hacer venir de Europa periódicamente [las materias primas] para surtir a todos los establecimientos de la ropa que necesiten”. Sugirió que los agentes consulares mexicanos en España, Inglaterra, Alemania, Francia y Bélgica remitieran toda clase de tejidos de lino, algodón y lana, adquiriéndolos directamente en las fábricas. Al descuento que así se podría obtener se sumaría el proveniente de que la Beneficencia Pública no pagaría derechos de introducción ni comisión alguna.¹⁰

Como parte de su iniciativa, el visitador formuló una lista detallada de la ropa individual y de cama que cada interno debería recibir anualmente¹¹ —objetivo que distaría mucho de alcanzarse en los centros de asistencia pública, incluso bien entrado el siglo XX. También recomendó al ministro sugerirle al presidente de la República que los alumnos de las escuelas de artes y oficios participaran en la elaboración de tales prendas (objetivo que, como veremos adelante, fue considerado, con alguna variante, por ciertos empresarios dispuestos a

¹⁰ AGN, *Gobernación, Establecimientos de Beneficencia*, 4a. sección, año 1882 (1) 1, exp. 18, f. 1.

¹¹ Se debía dotar “a cada asilado, anualmente, de dos vestidos de lienzo [de algodón], uno de lana, cuatro mudas de ropa interior, seis sábanas y cuatro [fundas] de almohada, un cobertor de buena clase para el invierno, una colcha de algodón para las otras estaciones y tres pares de zapatos extranjeros”. Insistía el visitador en que la cantidad permanente de ropa de cama de los hospitales no debía ser menor de cuatro pares de sábanas, cuatro fundas de almohada y dos cobertores por cada cama. AGN, *Gobernación, Establecimientos de Beneficencia*, 4a. sección, exp. 18, año 1882 (1) 1, f. 2.

ponerse a la cabeza del proyecto). Con todo ello, según opinaba el visitador, se superarían “las condiciones tristísimas que hasta aquí han guardado” los asilos y hospitales.¹² El objetivo último era implantar definitivamente en ellos un saneamiento y limpieza efectivos, junto al orden, disciplina y verdadera economía, como principios de funcionamiento.¹³

La acumulación, valoración y sistematización de información en los rubros del equipamiento y menaje hospitalario de ninguna manera se tradujeron en una inmediata, completa y sostenida dotación y reposición de tales bienes a los hospitales y asilos mexicanos. Esto obedeció a la limitación de recursos, a la apatía frente a las novedades de no pocos funcionarios mayores y menores, así como a la corrupción, inercias y desorganización imperantes en los mismos establecimientos.

Sin embargo, la convicción del poder ejecutivo para satisfacer las necesidades en cuestión era indudablemente seria. Podemos constatarlo, por ejemplo, a través de las disposiciones presidenciales de agosto de 1883. Por ellas, el ejecutivo ordenó que la ropa necesaria para los establecimientos de la beneficencia se comprara al mayoreo, ya elaborada, a aquel o aquellos fabricantes locales que ofrecieran las mejores condiciones. Igualmente, que cada cuatro meses se hiciera una evaluación del desgaste y las necesidades de ropa nueva en cada establecimiento, además de que, periódicamente, se registraran noticias sobre la cantidad, calidad, precios, duración y ventajas del uso de determinadas prendas y útiles, en centros hospitalarios extranjeros. También dispusieron el presidente y el ministro de Gobernación que los directores de los hospitales de la ciudad de México informaran sobre las condiciones y cantidad de los enseres, útiles, instrumentos y ropa de que disponían entonces, y “que detallaran minuciosamente qué cantidad de ropa creían suficiente para un año”, teniendo como fin la satisfacción de “cuanto sea necesario al servicio y aseo” de cada interno.¹⁴

Se sumaban a lo anterior el conocimiento técnico —ampliado y sofisticado por la información recibida a través de revistas y libros extranjeros—, el entusiasmo y la ambición económica, así como la creatividad y los proyectos de los nuevos profesionales mexicanos

¹² AGN, *Gobernación, Establecimientos de Beneficencia*, 4a. sección, año 1882 (1) 1, exp. 18, f. 2.

¹³ Un paso que en el mismo sentido se había dado muy recientemente fue la creación del Almacén y Laboratorio Central, destinado a la elaboración y control de algunos de los medicamentos empleados en los establecimientos oficiales, aunque su producción era deficiente y limitada. *Idem*.

¹⁴ AGN, *Gobernación, Establecimientos de Beneficencia*, 4a. sección, año 1882 (1) 1, exp. 18, f. 3 y 4.

—sobre todo ingenieros y médicos. Éstos estaban plenamente impregnados del optimismo tecnológico de la época y eran fervientes creyentes en la magia del progreso.

Estos grupos profesionales —especialmente sus integrantes de mayor nivel socioeconómico— hicieron suya la meta de crear y garantizar un equipamiento hospitalario práctico, ergonómico y aseable, acorde con los requerimientos crecientes de asepsia e higiene. Asimismo, adoptaron el objetivo de establecer una organización y administración eficientes, ágiles, reguladas, disciplinadas y, de ser posible, generadoras de ganancias económicas, de los centros asistenciales.

Referimos aquí algunos casos significativos en este terreno. Ilustran la trascendencia de las iniciativas empresariales y los proyectos gubernamentales —así como la vinculación y cercanía de perspectivas entre ambos— con respecto a las aspiraciones anotadas. En este contexto sobresalieron dos condiciones importantes. Una de ellas fue el papel protagónico de los intereses e iniciativas profesionales y empresariales —así como sus vínculos con el Estado— de médicos, ingenieros y abogados. La otra condición residió en el alud, inédito, de invenciones y avances técnicos que buscaron recibir del gobierno patentes y privilegios de invención (de explotación productiva y comercial) al amparo de nuevas leyes. Éstas, desde mediados del siglo, pero fundamental y efectivamente a partir de la década de 1880, alentaron la industria y el comercio nacionales en un grado nunca antes visto.¹⁵

Lavado de ropa hospitalaria

Paralelamente a la cuestión del abastecimiento de ropa y otros enseres, desde la década de 1880, se convirtió en punto de atención el lavado de la ropa individual y de cama de los establecimientos de beneficencia. Frente al tradicional y económico lavado a mano, de las prendas de uso cotidiano en éstos, surgieron diversas ofertas de empresas particulares, especialmente de origen extranjero, interesadas en obtener la concesión oficial para establecer centros profesionales de lavado mecánico general, administrados por ellas. O bien, vender al gobierno máquinas lavadoras, secadoras y planchadoras, apropiadas para grandes volúmenes de ropa.¹⁶

¹⁵ Soberanis, *Catálogo de patentes de invención en México durante el siglo XIX (1840-1900)*, p. 222-232.

¹⁶ AGN, *Gobernación*, 4a. sección, año 1882 (1)1, exp. 21, f. 1-46 y folletos.

En 1882, un funcionario fue comisionado especialmente para evaluar las características, procedimientos, sustancias y costos de los sistemas tradicionales y nuevos de lavado. Después de un minucioso registro contable y comparativo de las condiciones y necesidades de los principales establecimientos asistenciales, así como de las máquinas y condiciones planteadas por las empresas ofertantes, concluyó que, en todos los casos, el costo de lavado a mano por prenda resultaba más económico. Sin embargo, encontró en las máquinas presentadas a licitación una serie de cualidades, seductoras para él y para el resto de los funcionarios inmiscuidos. Por ejemplo, el hecho de instalar un centro de lavado bajo una supervisión central permitiría una revisión y contabilidad de las prendas, de sus condiciones y de los recursos destinados a su mantenimiento. También, supuestamente, se desgastarían menos los tejidos, se evitarían los riesgos de transmisión de gérmenes debidos al descuido e ignorancia de las lavanderas en el manejo de las prendas. Además, como una cualidad superior, la temperatura elevada utilizada por las máquinas (en forma de agua hirviendo, vapor y aire caliente) representaba una garantía para la destrucción de los múltiples microbios alojados en las prendas.¹⁷

La justificación que también en aquel momento brindó, por su parte, el visitador de los establecimientos de beneficencia, para que se eligiera el lavado de ropa por medio de máquinas se resumió así:

La ventaja del lavado mecánico en este caso, no es la baratura, sino la perfección, la prontitud y la conservación de la ropa. [...] Tal como se lava ahora la ropa, se maltrata ésta de una manera sorprendente, el tiempo que en ello se emplea es demasiado y de ahí viene que se haga menos frecuentemente, percutiéndose la ropa y marchando a su destrucción [...] Con las máquinas se lava bien y pronto, lo que permitiría que con frecuencia se cambiara la ropa á los enfermos y asilados. [Esto] proporcionaría grandes bienes físicos y morales. [La ropa personal y de cama duraría] mayor tiempo si se [tuviera] aseada, con lo que se alcanzaría la economía.¹⁸

Fue promovida entonces la primera competencia abierta entre empresarios dispuestos a obtener un jugoso contrato con el Ministerio de Gobernación, para abastecerlo de la maquinaria y el servicio del lavado de ropa de los centros de asistencia. La licitación tuvo entre sus protagonistas más notables a las compañías De Wexel y De Gress, la de R. H. Natten, y la de Antonio S. Allen —todas de origen

¹⁷ AGN, *Gobernación*, 4a. sección, año 1882 (1)1, exp. 21, f. 34-39.

¹⁸ *Ibidem*, f. 39.

extranjero. Entre ellas se desató ante el ministerio en cuestión, entre 1882 y 1883, una campaña de desprestigio mutuo, saturada de abigarrada información técnica y contable, catálogos publicitarios ilustrados y acompañados de testimonios de satisfechos clientes estadounidenses (es decir de datos supuestos o reales sobre el inmenso éxito y consumo, en aquel país, de las respectivas máquinas que pretendían vender e instalar en la capital mexicana).¹⁹ En dicha confrontación medió, contribuyendo a una toma de decisiones más objetiva, la tarea de investigación que entonces se le solicitó al cónsul mexicano en Nueva York. Su informe amplio y cuidadoso llevó a poner en su sitio las desmesuradas ambiciones de los empresarios en competencia. A partir de este informe se eligió la oferta de Antonio S. Allen, reduciendo sus exigencias, para establecer plantas de lavado industrial en algunos de los mayores centros de asistencia pública.

Esta primera fase del lavado a gran escala (iniciada en los países ricos e introducida lentamente en México) en diversos centros de asistencia o reclusión, regidos en creciente grado por normas disciplinarias y criterios de economización de tiempo y recursos, abrió el camino para la subsecuente elaboración y oferta de novedosas máquinas de lavado y planchado, dirigidas al mercado familiar.

En la década de 1880, se registraron las primeras solicitudes de patentes y privilegios de explotación de este tipo de artefactos domésticos producidos tanto por ingenieros mexicanos como extranjeros. También apareció su publicidad en la prensa en expansión, sobre todo en aquella dirigida al mundo doméstico. En el país, la primera patente de privilegio de invención y explotación comercial de una lavadora doméstica se le concedió, en enero de 1886, al ingeniero mexicano José María Ruiz.²⁰

Empresarios, material quirúrgico y aparatos especializados para hospitales

Durante el periodo estudiado se dieron algunos casos notables de iniciativa empresarial por parte de profesionales vinculados a las nuevas concepciones y prácticas médicas, así como a las tareas gubernamentales. Un ejemplo notable fue el de la familia del médico Manuel Toussaint. Éste, quien sería durante las dos últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX uno de los personajes más prestigiados del

¹⁹ AGN, *Gobernación*, 4a. sección, año 1882 (1)1, exp. 21, f. 7-6, 24-26 y 45-46.

²⁰ AGN, *Patentes y Marcas, Libros Cafés*, caja 28, año 1885-1886, exp. 1257.

ámbito médico privado, académico y gubernamental, ocupó a lo largo de muchos años la dirección del Instituto Patológico Nacional y puestos elevados en otras instituciones.

Manuel Toussaint estuvo desde los años ochenta (incluso desde antes de graduarse como médico en 1884), junto con su hermano Jean, al frente de una serie de prósperos negocios dedicados a la elaboración de productos farmacéuticos y de limpieza (como jabones y sustancias desinfectantes). Otra empresa, con la que obtuvieron sus mayores ganancias, estuvo orientada a la elaboración de material quirúrgico y aparatos para hospitales, así como a la importación de estos productos desde Francia.²¹

En agosto de 1882, propusieron al poder ejecutivo la firma de un contrato exclusivo para abastecer de instrumental y aparatos a todos los hospitales públicos, ya fueran tales productos de importación o fabricados por ellos en el país. En las cláusulas del contrato que sugirieron a las autoridades destacaban las desorbitadas ganancias que su empresa obtendría del erario público, por la importación o fabricación local de tales instrumentos.

La compañía Andrade y Soriano hizo, paralelamente, otra propuesta de la misma naturaleza al gobierno. Aunque, al parecer, esta empresa contaba con mucho menor prestigio y un capital reducido.

Con prudencia obligada, Juan de Dios Peza, responsable de la Sección de Salud y Hospitales del Ministerio de Gobernación, propuso a los directores de los seis principales hospitales de la capital, así como al visitador general de éstos, que revisaran las propuestas de ambas empresas. Este grupo de directores médicos, entre los que destacaba Eduardo Liceaga, hicieron una crítica rigurosa de las dos propuestas y, en particular, de las pretensiones económicas de la familia Toussaint. A partir de ello, formularon un contrato con ésta, que implicaba un acuerdo económico razonable y justo para las partes, además de reducir al mínimo la importación de instrumental.²² Aunque por el tono de la

²¹ AGN, *Gobernación*, 4a. sección, año 1882 (1) 1, exp. 19, f. 26.

²² La respuesta que el Ministerio de Gobernación dio a las solicitudes de las empresas Toussaint & Cía. y Andrade y Soriano, después de revisar sus propuestas, fue rotunda: "Las proposiciones de ambas casas solicitantes han sido examinadas, estudiadas y discutidas minuciosamente, y a la verdad ni la una ni la otra son admisibles. Ambas son más ventajosas para los pretendientes que para el Ministerio, y el precio de los instrumentos sería poco menor que el corriente en plaza, teniendo los contratistas las ventajas de las compras por mayor, además del tanto por ciento de comisión. Creemos que la casa Toussaint puede, si se conforma con las condiciones que proponemos, cumplir con el contrato; y que a ella en igualdad de circunstancias se debe preferir, porque ya ha establecido una fábrica de instrumentos de cirugía regularmente montada, con buen surtido de instrumentos, buenos operarios [y porque] en su interés está acreditar y hacer prosperar esta nueva industria." AGN, *Gobernación*, 4a. sección, año 1882 (1) 1, exp. 19, f. 3-10.

documentación existente es probable que dicho contrato se haya puesto en marcha, no tenemos pruebas fehacientes de que así ocurriera.

Empresarios y “talleres nacionales”

El primer semestre de 1883 contempló otra de las representativas actitudes del empresariado mexicano, ligado al proyecto del progreso porfiriano, en la esfera de la salud pública. Se trató nuevamente de los señores Toussaint, quienes propusieron al ministro de Gobernación el montaje de talleres (que se denominarían “talleres nacionales”) en las cárceles, casas correccionales, hospitales y asilos. Dichos talleres, instalados a costa de cada centro, producirían instrumentos quirúrgicos, mobiliario hospitalario y todo tipo de enseres terapéuticos. Y, por supuesto, estarían bajo la supervisión y administración directas de la empresa Toussaint. Para poner a andar el proyecto, las autoridades tendrían que proporcionar a la compañía un vasto apoyo fiscal, logístico y, sobre todo, financiero —ya que los insumos con que debía contar la compañía para iniciar el trabajo no serían suficientes. A cambio del trabajo que proporcionarían los “presos, correccionales y asilados mexicanos”, éstos obtendrían el “aprendizaje especializado” que les transmitirían los maestros artesanos extranjeros, encargados de las diferentes áreas de producción, quienes, también con la aportación económica gubernamental, serían traídos desde Europa por la familia Toussaint.²³

Proyecto empresarial de “sanatorio modelo”

Por último, se presenta otro caso significativo que muestra la compleja relación existente entre el desarrollo del poder político y económico de ciertos grupos profesionales, las políticas predominantes de crecimiento e inversión, las mortificaciones higienistas y las nuevas formas y contenidos desarrollados en los campos de la organización y la distinción social. Se trata de las insistentes solicitudes presentadas entre 1904 y 1905 por el médico Óscar J. Mayer al ministro de Fomento, para poder instalar un “sanatorio modelo” en la ciudad de México.

Su petición, fincándose en la Ley de Industrias Nuevas, estaba dirigida a establecer tal centro hospitalario contando con todas las concesiones y beneficios (que comprendían, entre otros apoyos

²³ AGN, *Gobernación*, 4a. sección, año 1882 (1) 1, exp. 19, f. 18-23.

gubernamentales, la exclusividad de explotación del tipo de establecimiento en cuestión y la exención del pago de todo tipo de impuestos, por lo menos durante quince años). La empresa sería realizada por una sociedad anónima, cuyo núcleo lo formarían médicos y cirujanos de prestigio, residentes en la capital.²⁴

Éste sería un establecimiento de lujo, acorde con una mentalidad creciente entre las clases altas, que ya empezaban a dejar de ver a los hospitales como refugios exclusivos de pobres, y a contemplarlos como espacios cómodos y exclusivos, en los que podía recibirse una atención médica de calidad y personalizada. Efectivamente, el “sanatorio modelo” contaría con todos los adelantos técnicos y funcionales, y una atención caracterizada por “el esmero y la exquisitez”, pensando sobre todo en la comodidad de sus clientes de las clases altas. Sin embargo, también contaría con secciones separadas para enfermos de menor posición económica (otras dos categorías que no podrían disfrutar del mayor confort).²⁵

²⁴ AGN, *Industrias Nuevas*, v. 24, año 1905, exp. 6, f. 1-9.

²⁵ La concepción del hospital o sanatorio modelo de ninguna manera fue general u homogénea durante el periodo abordado, es decir, el concepto empresarial y elitista de Óscar J. Mayer no era generalizado. Por otra parte, la noción de un establecimiento “modelo” o “ejemplar” de asistencia tenía una larguísima historia y no precisamente ligada a una mentalidad empresarial. Por referirnos a algunos ejemplos en este sentido, podemos señalar ciertas concepciones relativamente cercanas temporalmente y otras contemporáneas al proyecto del médico Mayer. Unas las hallamos en el caso de un hospital definido como “modelo”, en funciones hacia fines de los años sesenta del siglo XIX. Se trataba del hospital de infancia a cargo de la beneficencia pública y cuya descripción se remite al año de 1869. En ésta se resalta el tipo de organización que privaba en el lugar, además de los beneficios del aseo y la limpieza de las instalaciones, y del cómodo mobiliario que redundaba en mayor bienestar para los niños que allí se alojaban. “El Hospital de Niños con sus diversos departamentos, dormitorios, refectorios, ropería, surtidos de instrumentos (que constan por inventario), baños, jardín, despensa, etc., es un modelo de establecimiento de beneficencia; por su aseo, organización y bienestar que disfrutaban allí los niños enfermos, cuidados tiernos prodigados por la administración y servidores de la casa [...] Cada enfermito tiene una cunita, o cama de fierro, conforme a su edad; estas camas están perfectamente dotadas, sin faltarles cortinas, tienen inmediatos sus burós, vasos de desahogo, etc.; hay una cama de movimiento, último modelo, para los casos precisos; los instrumentos y aparatos necesarios, la ropa bastante para cubrir económicamente las necesidades de los niños que indispensablemente han de mudarse con frecuencia...” Ayuntamiento de México, *Memoria del Ayuntamiento Popular de 1869*, p. 95-98.

Otro ejemplo de la noción de “hospital modelo” lo encontramos en el proyecto para crear un manicomio general, propuesto por Manuel Robleda en 1900. Ahí destacan concepciones rigurosas sobre la higiene, la amplitud de espacios y sobriedad de los mismos para el tratamiento de los enfermos mentales: “[...] los objetivos que deben perseguirse en un manicomio —decía Robleda— son: armonizar la seguridad con una libertad conveniente; ofrecer a los enfermos el mayor número de impresiones agradables; hacer una extensa aplicación de las leyes de la higiene, aumentando el número y capacidad de las salas; establecer por todas partes una ventilación conveniente; dar a los patios, salas, habitaciones o celdas espacio suficiente para que los enfermos puedan circular por ellos, moverse y respirar libremente con comodidad; construir galerías cubiertas, patios, habitaciones de recreo, otras

Otro objetivo de primer orden al que aspiraba esta empresa hospitalaria era contar con los servicios de las enfermeras que se formarían en el Hospital —en el número de ellas y en los horarios (de “doce horas”) que fueran necesarios—, “sin más remuneración que la del alimento, por parte del sanatorio”. A cambio, éste “serviría y ayudaría a su educación final”.²⁶ En el Hospital General, creado por el gobierno y que estaba a punto de inaugurarse, el doctor Eduardo Liceaga, su director, había establecido estudios profesionales de enfermería y, al parecer, daba su apoyo incondicional al proyecto de Mayer. Aunque no conocemos las relaciones de negocios precisas entre ellos, es bien sabido que el célebre Liceaga fue dueño y accionista de más de un establecimiento médico durante el periodo abordado aquí.

Consideraciones finales

Quisiéramos apuntar cinco consideraciones finales. En primer lugar, al abordar una problemática como ésta, es imprescindible recordar que muchas de las inquietudes y proyectos provenían de la segunda mitad del siglo XVIII, pero solamente hasta el último tercio del XIX se

de reclusión, jardines, baños, etc.; favorecer el aflujo y evacuación de las aguas, multiplicando las fuentes [y, de manera fundamental], renunciar a una amplitud y lujo que serán inútiles [...]”. Robleda, “Proyecto de un manicomio general”, p. 100-101.

También se manifestaron radicales ideas sobre lo deseable de un hospital modelo. Las encontramos en la tesis médica de Felipe Suárez, publicada en 1888. Éste plantea que “al ser un hospital foco de emanaciones morbosas para la población y la población motivo de insalubridad para el hospital”, éstos debían ser reubicados fuera del área central de la ciudad y así contar con bastante vegetación. El autor comparte la idea de Michael Levy sobre la existencia efímera que deberían tener los hospitales, sobre todo por concebir que en pocos años se impregnan de gérmenes, miasmas, virus y microbios. Por lo tanto, su periodo pertinente de existencia no debía ser mayor a diez años. Fundamenta la propuesta al contemplar la ubicación de los hospitales en la ciudad de México, ya sea frente a escuelas, cerca de las acequias (Hospital Juárez) o de lugares de abasto de carne o de mercados. En el mismo texto, Suárez recupera las disposiciones sanitarias dictadas por la Sociedad de Cirugía de París sobre la construcción y el buen funcionamiento de los hospitales. En ellas sustentaba sus propuestas de reubicación de los hospitales en la capital del país. Entre ellas sobresalían las siguientes: “I. Un hospital debe estar situado en un lugar descubierto. II. La atmósfera de un hospital será tanto más pura cuanto que está más distante de las aglomeraciones populares. Sólo se conservarán en el centro de las ciudades hospitales de urgencia y con carácter de provisionales. [...] VII. Los edificios deben estar completamente aislados, expuestos sin ningún obstáculo a los rayos del sol, a la acción de la lluvia y de los vientos, teniendo todos los departamentos la misma orientación. [...] XII. Todo estará dispuesto para que las materias de mal olor o que puedan ser causa de infección, como deyecciones, restos de curaciones, aguas de lavado, etc., puedan ser rápidamente distribuidas, o que, de ninguna manera permanezcan cerca de las salas ocupadas por los enfermos.” Suárez, *Algunas consideraciones sobre higiene pública*, p. 15-35.

²⁶ AGN, *Industrias Nuevas*, v. 24, año 1905, exp. 6, f. 8, 7 y 9.

hicieron realizables debido al cambio radical de condiciones, materiales e inmateriales, de este periodo. Gracias al crecimiento económico, al avance científico-tecnológico y a la estabilidad política pudieron incorporarse y adecuarse a la realidad mexicana viejos sueños y aspiraciones.

Así pues, la preocupación por el saneamiento y la limpieza de los ámbitos hospitalarios —por su ventilación, por su dotación de mobiliario, instrumental e insumos en general, además del interés por mejorar la calidad y cantidad de la ropa y los utensilios personales de los internos— no se inició durante la segunda mitad del siglo XIX sino antes. Las intenciones de transformar los espacios de la beneficencia (hospitales y asilos) en lugares ordenados, limpios y bien abastecidos de menaje y ropa tuvieron como base consistente e inicial las ideas ilustradas de la elite borbónica que dirigió la Nueva España hacia fines del periodo colonial. Aunque debe recordarse que las condiciones de desarrollo material y el predominio de nociones y valores “pre-científicos”, así como la concepción de los centros hospitalarios como “depósitos de pobres”, definieron las condiciones concretas en que se desarrolló el sentido y el quehacer cotidiano de dichos establecimientos hasta entrada la segunda mitad del siglo XIX.

A pesar de que hacia fines del periodo colonial las concepciones médicas y las políticas de salud pública estaban muy distantes aún de la “revolución microbiana”, dicho periodo constituyó el antecedente más firme y directo del proyecto de higienización y saneamiento que vio su materialización cuando las condiciones económicas, tecnológicas, políticas y culturales le fueron propicias.

Durante toda la primera mitad del siglo XIX no se dieron modificaciones significativas en este terreno, sino una prolongación de las condiciones y las concepciones dieciochescas. Éste podría ser considerado un periodo de “latencia” y preparación para el acelerado conjunto de transformaciones que, hacia el último tercio del siglo XIX, en Occidente y sus áreas de influencia, fueron creando y/o consolidando un mundo material e inmaterial especializado, ordenado, higienizado, aséptico y dirigido al control de los comportamientos individuales y colectivos. Control construido a través de la inoculación de reglas y normas disciplinarias. En este sentido, los hospitales desempeñaron un papel decisivo —independientemente de que la introducción de limpieza y orden higienizante, acompañados de una visión humanitaria muy arraigada desde el periodo colonial, impactó la lucha contra la enfermedad y la muerte hacia fines del siglo XIX y principios del XX.

En segundo término, si bien la relación estrecha entre el Estado mexicano en formación y empresarios ascendentes fue notoria y pro-

gresiva desde los primeros lustros de vida nacional independiente, no fue sino hasta los años de estabilidad y crecimiento sostenido, del último tercio del siglo XIX, cuando dicho vínculo maduró y se afianzó.

El ideario liberal y el optimismo fincado en las metas del progreso condujeron al Estado y a los empresarios a considerar su relación como natural y necesaria. Especialmente, hizo ver a los inversionistas como piezas fundamentales del crecimiento económico y la organización social. Por tanto, todo aquello que propusieran o hicieran para activar la economía fue considerado como una aportación al progreso y al bienestar colectivo.

Sin embargo, el Estado, como representante de sus propios intereses y de los del conjunto de la sociedad, tenía que proceder —como lo hizo en los casos observados— con imprescindible cautela. En este sentido, destacó la actitud de funcionarios como los visitantes de hospitales. Éstos, evidentemente, tuvieron interés en proteger al erario, en poner freno a los intereses económicos de los empresarios aspirantes a participar en el abastecimiento hospitalario, así como en beneficiar, de algún modo, a los internos de los establecimientos hospitalarios.

En tercer lugar, con la creación de la Escuela Nacional Preparatoria y la reestructuración de la educación superior profesional durante el periodo de la restauración republicana (1867-1876), se fincaron las bases de un sistema educativo que privilegiaría, en adelante, a las elites. Como contraparte, a pesar de las vastas discusiones y legislación impulsoras de la educación primaria gratuita y obligatoria —que tuvieron lugar al iniciarse la década de 1880—, ésta solamente presentó avances en el ámbito urbano, y atendió, sobre todo, a sectores sociales de recursos medianos y elevados.

Este modelo de escolarización incrementó en México la autoridad y el prestigio moral de los grupos profesionales tradicionales. Entre éstos, ocuparon un lugar especial los médicos —formados en la dominante cosmovisión hipocrática occidental— durante los últimos decenios del siglo XIX y los primeros del XX. Esto obedeció, por una parte, a la singular relación simbiótica que los médicos establecieron desde mediados del siglo XIX con el Estado en formación y, por la otra, al incremento de su legitimidad y prestigio ante todos los estratos sociales. Con éstos mantuvieron, desde siempre, un contacto estrecho y una comunicación peculiar estimulados por la naturaleza de su trabajo. Esta forma de relación facilitó su papel de divulgadores de valores y prácticas nuevos. En tal sentido, su alianza con el Estado y su autoridad social y moral facilitaron la participación de los mejor dotados entre ellos de relaciones de influencia (por medios políticos, de parentesco, de amis-

tad o familiares), en actividades y proyectos empresariales asociados a objetivos de higienización, saneamiento y modernización material.

El caso de los ingenieros es igualmente notable, pues los sectores gubernamentales interesados en la reorganización espacial de la urbe tuvieron en ellos fundamentales proyectistas y ejecutores. La actividad de los ingenieros como constructores, abastecedores, intermediarios y concesionarios coincidió muchas veces con su desempeño como funcionarios de alto nivel. Esta situación rara vez provocó escándalos o discusiones trascendentes. Para el objetivo del progreso los medios, en general, no resultaban cuestionables.

En cuarto lugar, los fenómenos observados aquí formaron parte de una amplia corriente que, desde la segunda mitad del siglo XVIII, tuvo sus puntas de lanza en Europa occidental y Estados Unidos. En estos ámbitos se desarrollaron a lo largo del siglo XIX sólidas propuestas y corrientes higienistas —de carácter académico, profesional y político— dirigidas a la transformación radical de los centros de atención a la salud. Al cambio sustantivo de sus características arquitectónicas, de equipamiento y organización.

Esta renovación de nociones y prácticas fue acompañada e impulsada por el intenso avance científico y técnico que tuvo lugar entonces en los países industrializados, así como por las apremiantes necesidades de inversión y expansión de mercados por parte del capital.

La afluencia de inversionistas y directivos de empresa, de empleados y de personal diplomático a México creció notablemente entre 1880 y 1910. Estas minorías jugaron un papel importante en la difusión, entre las elites y los grupos sociales en ascenso, de estilos de consumo y de vida cotidiana, novedosos incluso en sus países de origen. Este contexto impulsó el crecimiento agudo del interés y la admiración, entre los sectores sociales medios y elevados del país, hacia los modelos de comportamiento y consumo que se iban imponiendo en las sociedades industrializadas. De manera especial se prestó atención a la organización y principios de las ideas y prácticas médicas, terapéuticas, hospitalarias, y de higienización en general, adoptadas por los gobiernos y elites de los países ricos y asumidas por sus colonos en México.

El avance científico y tecnológico de los países industrializados y, de manera particular, sus nuevas e intensas formas de consumo cotidiano se convirtieron, para la elite y la clase media mexicanas, en metas de inmenso valor, en glamorosas y gratificantes actitudes dirigidas a la satisfacción individual y a la distinción social, dignas de ser adoptadas.

En esta modificación de valores, actitudes y expectativas encontró una base muy sólida el cambio en los modelos de organización,

los enfoques, las técnicas, el equipamiento y los servicios aplicados a los centros hospitalarios. Asimismo, fue un impulso decisivo a la intervención empresarial en el abastecimiento y explotación de hospitales públicos, así como en la creación y operación de establecimientos privados.

Finalmente, podemos constatar que la transformación radical de las concepciones y los patrones de organización de los servicios hospitalarios —tanto públicos como privados— observada durante el periodo, definió el patrón básico de la evolución que tendría a lo largo del siglo XX. El Estado postrevolucionario no creó nada nuevo en este terreno, en lo esencial solamente dio impulso —con una tónica social— a las concepciones higienistas y sanitarias, así como al esquema de relaciones entre el aparato gubernamental y los servicios de salud pública establecidos durante el porfiriato.

En cuanto atañe a los servicios hospitalarios estrictamente privados, encontramos que el modelo básico aplicado a lo largo del siglo XX fue concebido también antes de la Revolución. Su formulación y desarrollo fueron secuela “natural” de la institucionalización de las ideas y prácticas médicas, ligada a su vez a la preeminencia de la lógica mercantil y empresarial.

FUENTES

ROBLEDA, Manuel, “Proyecto de un manicomio general para la ciudad de México”, presentado para su examen profesional por el alumno de la Escuela Nacional de Bellas Artes..., en *El Arte y la Ciencia*, v. II, n. 7, octubre de 1900, p. 97-101.

SOBERANIS, Juan, *Catálogo de patentes de invención en México durante el siglo XIX (1840-1900)*, México, tesis de Licenciatura en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 1989.

SUÁREZ, Felipe, *Algunas consideraciones sobre higiene pública. Peligrosa influencia que ejercen sobre la salud pública los cuarteles, hospitales y el Canal de la Viga*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1888.