



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

La construcción sociocultural del cocoliztli en la epidemia de 1545 a 1548 en la Nueva España

Sandra Elena Guevara Flores

Tesis doctoral

Programa de Doctorat d' Història de la Ciència

Centre d' Història de la Ciència (CEHIC)

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

Director:

Dr. José Pardo Tomás

Institució Milà i Fontanals (IMF)

Consell Superior d' Investigacions Científiques (CSIC), Barcelona

Tutor:

Dr. Jorge Molero Mesa

Centre d' Història de la Ciència (CEHIC)

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

Barcelona, 2017

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecerle al director de esta tesis, el Dr. José Pardo-Tomás, por su guía académica, enseñanzas, comprensión y ánimos para llevar a cabo y concluir esta investigación. Ha sido todo un honor tener como director de tesis a uno de los mejores investigadores en historia de la medicina.

Quiero también agradecerle al director del doctorado, y tutor de este trabajo, el Dr. Jorge Molero, por el apoyo incondicional que me brindó para terminar este proyecto. Extiendo mi agradecimiento al Dr. Jon Arrizabalaga por su apoyo académico y personal a lo largo de estos cuatro años. Igualmente estoy agradecida con los doctores Oscar Montero y Mariagrazia Proietto, así como los doctorandos Marcelo Valenzuela y Patricia Hernández, quienes no solo me brindaron su amistad, también su apoyo, compañía y consejos a lo largo de esta tesis.

Especialmente quiero dedicar este trabajo a dos personas que han fungido como coautores, directores de tesis, psicólogos, y ante todo, de padres. Papás, José Luis Guevara y Sandra Flores, éste es mi más grande agradecimiento por todo lo que han hecho por mi, y por hacerme quien soy, ¡ya somos doctores!

Aprovecho para agradecerle a mis hermanos José Luis, Antonieta y Gerardo por su infinita confianza; y sobre todo le agradezco a mi hermano Edmundo por el apoyo brindado para que continuara viviendo.

Por último, quisiera agradecerle a esos ojos que me acompañaron en la última etapa de esta tesis. Víctor Merino, gracias por estar ahí en los momentos más caóticos e incomprensibles.

Índice

	Pág.
Introducción	2
Capítulo 1. Antecedentes de investigación y marco teórico	5
1.1 Antecedentes de Investigación	5
1.1.1 Cocoliztli, el nombre	5
1.1.2 Origen e impacto poblacional del cocoliztli	7
1.1.3 Factores de dispersión	10
1.1.4 Identificando al cocoliztli: etiologías propuestas	13
1.2 Marco teórico	17
1.2.1 Historia Social de la medicina y Constructivismo Social	17
1.2.2 Sociedad y sistemas médicos	18
1.2.3 Padecimiento, relación médico-paciente, enfermedad	19
1.2.4 Diagnóstico	21
Conclusión	23
Capítulo 2. Objetivos, metodología y fuentes	24
2.1 Problema de investigación, objetivos y preguntas de investigación	24
2.2 Metodología	30
2.2.1 Giro retórico y semiótica	30
2.2.2 Microhistoria y los “excepcional normal”	31
2.2.3 Clasificación de las fuentes de información	34
2.2.3.1 Códices nahuas	35
2.2.3.2 Crónicas novohispanas o Crónicas de Indias (s. XVI-XVII)	38
2.2.3.3 Crónicas religiosas	41
2.2.3.4 Relaciones Geográficas de Indias	43
2.2.3.5 Obras Médicas de la Nueva España en el siglo XVI	45
2.3.4 Fuentes de información	46
Conclusión	50
Capítulo 3. La sociedad y sistemas médicos en la Nueva España durante la época de contacto (siglo XVI)	51
3.1 Contexto	52
3.1.1 La conquista de México y sus implicaciones	52
3.1.1.1 “Yo y el otro”. La alteridad en la sociedad novohispana	58
3.1.1.2 Interacción del yo y el otro en la época de contacto	61
3.1.1.3 El otro en el imaginario religioso	63
3.1.2 Reconstruyendo a la Nueva España	65

3.1.2.1 Gobierno	65
3.1.2.2 La ciudad del reino	68
3.1.2.3 El campo novohispano	70
3.1.2.4 La enfermedad del otro en la sociedad fractal	75
3.2 Medicina en la época de contacto. Encuentro médico	77
3.2.1 Epidemiología en la época de contacto	78
3.2.2 Sistemas médicos precontacto	80
3.2.2.1 Medicina española en el Renacimiento (siglos XV-XVI)	80
3.2.2.2 Ticiotl, medicina náhuatl prehispánica	90
3.2.3 Encuentro de Sistemas médicos	100
3.2.3.1 ¿Mestizaje o apropiación médica?	102
3.2.3.2 Americanización de la medicina española	105
3.2.3.3 Hispanización de Ticiotl	113
3.2.3.4 Un escenario médico destacado: los hospitales	118
Conclusión	125
Capítulo 4. Análisis de la Información	126
4.1 Glifo y Canción. El estudio de los Códices prehispánicos y su complemento en las Crónicas de Indias	127
4.2 Los Códices novohispanos y el cocoliztli de 1545	129
4.2.1 El Códice en Cruz	130
4.2.2 El Códice Aubin o Códice de 1576	132
4.2.3 La Tira de Tepechpan	132
4.2.4 El Códice Telleriano-Remensis	134
4.2.5 El Codex Mexicanus	136
4.2.6 El Análisis del Glifo	137
IV.3 La voz de los Códices. Crónicas de Indias novohispanas, Relaciones geográficas y Libros médicos novohispanos	139
IV.3.a) Crónicas mestizas o ladinas	142
IV.3.b) Crónicas gubernamentales	148
IV.3.c) Crónicas Religiosas	151
IV.3.d) Obras médicas (siglos XVI y XVII)	159
IV.3.e) El canto de las Crónicas	165
Conclusión	168
Capítulo 5. Conclusiones. Códices y Crónicas, glifos y canciones para la reconstrucción del cocoliztli de 1545 en la Nueva España	169
Bibliografía	174

Índice de Tablas y Cuadros

Cuadro 3.1 Epidemias en el siglo XVI	78
Cuadro 3.2 Terapéutica indígena prehispánica y novohispana	115
Tabla 4.1 Elementos de los códices	138
Tabla 4.2 Crónicas indígenas y ladinas	147
Tabla 4.3 Relaciones gubernamentales	150
Tabla 4.4 Crónicas religiosas	158
Tabla 4.5 Crónicas Novohispanas	166
Tabla 5.1 Elementos de Códices indígenas y Crónicas	170

Índice de imágenes

Imagen 1. Códice en Cruz	131
Imagen 2. Códice Aubín	132
Imagen 3. Códice de Tepechpan	133
Imagen 4. Códice Telleriano-Remensis	135
Imagen 5. Codex Mexicanos	137

Introducción

*Picante enemistad odio, caribe,
El cocolistle en nuestro idioma suena,
Que Átropos tiene allí con lo que vive:
No en la ciudad de Pica viva almena
O muralla dejó que no derribe
La más fuerte salud playa de arena...
(Robelo en Ocaranza, 2011: 59).*

El siglo XVI para América representó el primer contacto entre personas con culturas transoceánicas distintas, así como la interacción entre enfermedades y patógenos de varias regiones del globo. Con los primeros viajes de navegación europea a finales del siglo XV, los habitantes de las “cuatro partes del mundo” (Gruzinski, 2014) propiciaron “la unificación del planeta por medio de la enfermedad” (Le Roy Ladurie en Arnold, 2001: 74). Este proceso tuvo para las poblaciones nativas efectos epidémicos de gran magnitud, que ocasionaron una ingente mortalidad, aunque acabaran por desarrollar una barrera inmunológica en un lapso relativamente corto de tiempo (Aguirre, 1994: 60; Arnold, 2001: 74).

Del encuentro bacteriológico que hubo en América, particularizando en el Virreinato de la Nueva España, la historiografía médica señala, para el siglo XVI, una serie de epidemias ocasionadas por nuevas enfermedades (Malvido y Viesca 1985; Viesca 1990; Cook y Lovell 1991; Prem 1991; Dobyns 1993; Cook 1999; Olagüe 2012). Para comprender la situación tanto epidemiológica como médica presente en la colonia, se ha propuesto dividir su estudio en una primera “Época de Contacto”, que iría desde 1520 a 1560, y una segunda “Época Colonial”, desde 1561 al final del período colonial, en 1815 (Malvido, 1992).

Esta primera “Época de Contacto” estuvo marcada por tres grandes eventos epidémicos. El primero se presentó en 1520 y se debió a la viruela, que fue conocida por los indígenas nahuas como *hueyzahtli*, o gran lepra (Mandujano et al 2003: 14; Ocaranza 2011: 100). Hacia el año de 1531, los naturales nombraron a la epidemia *záhuahtl tepiton* o lepra chica para referir a lo que los historiadores y epidemiólogos identificaron posteriormente como sarampión. El tercer evento del periodo, a la cual los registros históricos refieren como “grande y general”, ocurrió en 1545 y fue nombrada como *cocoliztli*. Esta epidemia fue diagnosticada y tratada por los médicos indígenas y tuvo como síntomas principales “el pujamiento de sangre y juntamente calenturas y era tanta la sangre, que les reventaba por las narices” (Ocaranza 2011: 100; Mandujano et al., 2013:14).

Si bien las epidemias de la época de contacto han sido estudiadas, la tercera de las que hemos nombrado sigue siendo un enigma para los historiadores. Las investigaciones que se han centrado en el cocoliztli de 1545 a 1548 no han podido conocer a la enfermedad en su totalidad, como tampoco se han aproximado al grupo que diagnosticó al cocoliztli o a la sociedad que se estaba formando pocos años después de la conquista de México-Tenochtitlan. Esto se debe a que los investigadores se han enfocado a conocer el cocoliztli desde una visión biomédica, dejando a un lado la mentalidad de las personas que conceptualizaron el evento biológico. Debido a que las enfermedades son un constructo social, el cual solo es entendible y comprendido al conocer el pensamiento de la sociedad en la que se presentó, los estudios históricos sobre el cocoliztli solo se han quedado en preguntar “¿qué era cocoliztli?”, en lugar de preguntar “¿cómo se entendió-construyó el cocoliztli?”.

Esto nos llevó a plantear esta investigación, que tiene como objetivo una aproximación al proceso de construcción sociocultural de esta enfermedad epidémica, a través del diagnóstico que los médicos indígenas hicieron de lo que ellos bautizaron como cocoliztli, en 1545 en el contexto social específico de las primeras décadas de la colonia denominada Nueva España. Cabe señalar que por “diagnóstico” se hace referencia al diálogo entre cuerpo médico y sociedad, con el que los médicos o practicantes proponen una entidad de una enfermedad, basada en el sistema de creencias del grupo social de pertenencia. Con esto, nuestra hipótesis de partida refiere a la posibilidad de conocer el cocoliztli no desde el ámbito médico (algo que resultaría anacrónico e incluso ahistórico), sino desde una perspectiva sociocultural dentro de un contexto colonial determinado (es decir, dotando de plena historicidad al fenómeno estudiado).

La investigación que aquí desarrollamos consta de cinco capítulos. En el capítulo primero abordamos los antecedentes de la investigación y el marco teórico, por lo que hacemos referencia a los estudios previos que se han realizado sobre el cocoliztli, y que abarcan desde el significado del vocablo con el que se nombró a la enfermedad, cuestiones sobre si fue una enfermedad del Viejo Mundo o propia de América, sus posibles factores de dispersión en la Nueva España, las etiologías propuestas para la enfermedad. El segundo capítulo expone la metodología y las fuentes a emplear para cumplir el objetivo de nuestra investigación. Como toda enfermedad es particular de un tiempo y espacio determinado, el tercer capítulo explora la sociedad de la Nueva España en la época de contacto, así como las medicinas que se practicaban en México prehispánico y España antes y después de la conquista de México-

Tenochtitlan, además de poner especial énfasis en el rol de los médicos indígenas en el periodo y hacer una mención especial de los espacios en los que interactuaron las medicinas y sus practicantes en el nuevo territorio. En el cuarto capítulo presentamos la información recuperada de las fuentes históricas mencionadas en el segundo capítulo, y que nos podrían ayudar a reconstruir la concepción del cocoliztli. Para un mayor entendimiento, este capítulo está dividido en documentos indígenas novohispanos y documentos españoles producidos durante los siglos XVI y XVII en la Nueva España. Por último, el quinto capítulo expone el análisis de la información que nos permitirá conocer al cocoliztli como fue concebido por los médicos indígenas; igualmente presentamos algunas consideraciones sobre el estudio de enfermedades desde un enfoque sociocultural. Cierran la tesis la bibliografía, el índice general y los índices de cuadros y tablas, y de imágenes.

Es momento de empezar a adentrarnos en nuestra investigación, por lo que comenzaremos por repasar lo que estudios anteriores han mencionado sobre el cocoliztli de 1545 en la Nueva España.

Capítulo 1

Antecedentes de investigación y marco teórico

1.1 Antecedentes de investigación

Varias han sido las investigaciones, desde los ámbitos médicos e históricos, que desde finales del siglo XIX y durante todo el siglo XX se dieron a la tarea de investigar el origen del vocablo con el que se nombró al evento, su origen en la Nueva España, su posible agente causal, y los factores que propiciaron su carácter epidémico. En mi tesis de licenciatura (Guevara, 2011) recopilé los estudios realizados ya que cocoliztli es un evento que ha despertado el interés de cuanto investigador ha llegado a conocerla. A continuación presentamos la historiografía de cocoliztli por sus aspectos más estudiados.

1.1.1 Cocoliztli, el nombre

Parece fuera de duda que tanto el nombre como la identificación de la enfermedad se debió a los médicos mexicas que la diagnosticaron por encargo de los gobernantes españoles (Viesca, 1990; Somolinos, 1982b). Para el periodo de contacto, medicina y médicos indígenas, los llamados “titici” o “ticitl” (plural y singular, respectivamente), continuaban en plena práctica, por dos razones. La primera, porque los médicos peninsulares eran pocos y claramente insuficientes para atender las necesidades tanto de la población indígena como de la española (Fresquet, 2002: 266, Somolinos, 1979). El planteamiento médico europeo del siglo XVI, basado en la teoría hipocrática, da sustento a la segunda razón. Según esta teoría, la constitución de los cuerpos, así como el clima y geografía de las zonas, hacía que las enfermedades fueran diferentes entre las poblaciones. Por lo tanto, los médicos indígenas eran los adecuados para atender las necesidades de la población local, ya que conocían tanto la naturaleza de las personas como la del ambiente (Viesca, 2000: 49, 72-73; Viesca, 1990b: 95).

El nombre de cocoliztli (o cocolisclle), que deriva del verbo “cocoa”, o “enfermarse, doler alguna parte del cuerpo”, fue acuñado por los titici para referir a “enfermedad, pestilencia o epidemia” (Robelo, 1912: 363). Se cree que la designación se debió a que en el sistema médico mexica no había una enfermedad similar, por lo que decidieron llamarla simplemente por un genérico “enfermedad”.

El cocoliztli se presentó tanto en la época de contacto como en los primeros años de la época colonial en dos formas. La primera fue solo por nombre y en plural, ya que los registros históricos nos señalan *cocoliztlis* o *cocoliztles*, vocablos adoptados y utilizados por la población nativa para cualquier “epidemia y/o enfermedad” durante toda la época colonial, pero que no guardan una relación de identidad con la epidemia de 1545 (Cuenya 1997; Malvido y Viesca 1985; Viesca 1990). La segunda forma en la que cocoliztli siguió presente fue como enfermedad, ya que el evento ocurrido entre 1576 y 1578 también fue nombrado cocoliztli. La relación entre este segundo evento y el primero fue formulada claramente por el Virrey Don Enrique Martín en una carta al rey Felipe II fechada el 31 de Octubre de 1576 en la que se lee

el año de 44 anduuo esta mesma pestilencia y murieron grandisima suma de indios, según la relación que tengo...y siempre mediado agosto y setiembre, suele auer entrellos trauajo... Dizen algunos indios viejos que estas mortandades de tantos á tantos años, siempre las huuo entrellos (Enriquez, 2008: 331).

La presencia del vocablo parece desvanecerse de los registros al cambiar de siglo XVI a siglo XVII. Varios investigadores señalan que este hecho se debió a que, las enfermedades con sintomatología parecida a la enfermedad de 1545 fueron designadas con el vocablo *matlazahuatl*, que significa “erupción azul oscura en forma de red” (Malvido 1992; Malvido y Viesca 1985; Cuenya 1997; Guevara 2011). Cuenya (1997) sostiene que el cambio de vocablos esta relacionado con las modificaciones en el pensamiento científico y médico de la época. Sin embargo, Viesca (1990b) y Guevara (2011) señalan que *matlazahuatl* y *cocoliztli* refieren a enfermedades diferentes, y que ambas enfermedades continuaron designando brotes de la enfermedad durante los siglos XVII y XVIII. Además, *cocoliztli* siguió apareciendo en los registros, ya que se empleaba como adjetivo de las enfermedades para indicar “gran epidemia”, en náhuatl “huey cocoliztli”.

Al tener noción del significado y origen del vocablo utilizado para llamar a la nueva enfermedad, conoceremos los estudios que se han enfocado en identificar su origen, al igual que el impacto que tuvo en la población novohispana.

1.1.2 Origen e impacto poblacional del cocoliztli.

Otro punto que se trata en las investigaciones realizadas sobre el cocoliztli es la determinación de su procedencia, y que han derivado en dos corrientes principales.

La primera, propuesta por Cook (1999), menciona que la enfermedad llegó a la Nueva España junto a varios dominicos provenientes de Salamanca. El autor se basaba en el testimonio que localizó en el *Diario de Viaje de Salamanca a Chiapa* (1545) de Fray Tomás de la Torre, quien hace mención de varios padecimientos entre los frailes dominicos que hacían con él la travesía atlántica y el viaje hasta Chiapas. Pese a que Cook (1999) ha sido frecuentemente utilizado como referencia para conocer la situación epidemiológica en América, específicamente en la Nueva España, la referencia que hace sobre fray de la Torre no fue considerada en esta investigación. La razón a lo anterior se debe a que la obra del religioso, si bien contiene detalles impresionantes sobre los padecimientos y calamidades sufridos por un grupo de religiosos desde antes de la salida de Salamanca hasta llegar a la Ciudad Real de Chiapa, éstos refieren a problemas estomacales, dolores osteoarticulares y otras dolencias, pero ninguna identificable con lo que las otras fuentes refieren para el cocoliztli. De hecho, la propuesta de Cook no tuvo muchos partidarios en su momento.

Otro grupo de investigadores ha propuesto considerar al cocoliztli como tifo exantemático¹, para así conocer su origen. Esta propuesta sigue contando con diversos partidarios, entre los que se encuentra Olagüe (2012: 117). El investigador señala que el cocoliztli se presentó por primera vez en América en el año de 1496 durante un brote en la isla de Santo Domingo y que, a partir de 1502, se presentaría sucesivamente en el Caribe. En la Nueva España, Olagüe menciona que se registró la enfermedad por primera vez en el año de 1526, después de ingresar por Veracruz en una nao proveniente de Sevilla. El evento es de gran relevancia política, ya que en dicho navío viajaba el visitador Don Juan Ponce de León, quien falleció a los pocos días de haber llegado a la capital de la Nueva España, supuestamente debido a la enfermedad² (Olagüe,

¹ El tifo exantemático es una enfermedad producida por la bacteria *Rickettsia prowazekii*, caracterizada por exantema de color violeta y hemorragias.

² La muerte del visitador don Juan Ponce de León ha sido considerada como el primer caso fatal por cocoliztli o tifo exantemático en México. Varios son los documentos que relatan el evento, siendo estos la carta de Hernán Cortés (1526) al rey Carlos V, la obra *Historia verdadera de la conquista de Nueva España* (1632) del conquistador Bernal Díaz del Castillo, y la *Historia de México* (1803) del jesuita Andrés Cavo. Bernal del Castillo y Cavo presentan más datos sobre el padecimiento de Ponce de León. Bernal refiere que el visitador enfermó de modorra, y Cavo describe que padeció vómitos, cámaras y escalofríos. Pese a la creencia de la muerte del visitador por envenenamiento o cocoliztli, sus síntomas parecieran concordar con fiebre amarilla o vómito prieto, enfermedad conocida por los

2012: 177). La segunda noticia que se tiene sobre la enfermedad en la Nueva España es en el año de 1530 por un brote en el Reino de Nueva Galicia (actualmente parte del estado de Jalisco). Éste es el brote que se extendería hasta la capital del virreinato, ocasionando la epidemia de 1545 (Cordero, 2001: 606; Netel, 2007: 1; Sánchez y Guerra, 1986: 54).

El brote de 1545, si bien se originó en la zona centro, afectó desde el norte (de Nayarit a Sinaloa, especialmente Michoacán y Jalisco), el centro de los valles altos de México (Tlaxcala y Cholula, entre otras poblaciones), llegando hasta Chiapas y Guatemala (Acuña-Soto et al., 2000: 733; Netel, 2007: 1; Cook, 1999). Ha de señalarse que su duración varió dependiendo de las regiones, ya que, por ejemplo, se conoce que en Michoacán duró seis meses, mientras que en Nueva Galicia (Jalisco) se prolongó durante tres años (Netel 2007: 1).

Pese a que cocoliztli estuvo presente en casi toda la Nueva España, las planicies bajas y cálidas del Golfo de México y el Pacífico no se vieron afectadas (Acuña-Soto et al., 2002). Prem (1991) menciona que la no aparición de la enfermedad se debió a los hábitos de las personas, como el cambio constante de ropas y el baño. Lo anterior contrasta con los modos de vida de ciudades en el centro, norte y sur de la Nueva España, en los que el cambio de hábitos higiénicos, debido a la ideología impuesta por los nuevos gobernantes, propició no solo la aparición del cocoliztli, sino también su diseminación. El cronista Juan Bautista de Pomar (1535-post 1601) parece confirmar lo anterior, en alguna medida, al relatar que no había terapéutica alguna que detuviera la enfermedad, y que aquellos que menos la padecían o se salvaban de padecerla eran “los ricos, bien vestidos, bien cubiertos, y bien alimentados, y aquellos que vivían en las tierras cálidas” (citado en Cook, 1999: 102).

Pese a que Prem (1991) ha sido uno de los autores claves para estudiar el cocoliztli de 1545, podemos discutir sus conclusiones. El primero punto a discutir es su narrativa del evento, la cual no se diferencia de la de autores anteriores o posteriores a él, como Cook (1999), Crosby (2009) y Diamond, (2004), ya que se dedica a señalar que la enfermedad tuvo un alto impacto poblacional, que en base a los autores de la época se sabe que fue la peor epidemia del siglo XVI, y los factores que facilitaron la dispersión de la enfermedad. El mayor aporte de Prem (1991) es la cantidad de fuentes que menciona referentes al evento de 1545. No solo habla de tres de los códices más representativos sobre la enfermedad, también señala autores coloniales

indígenas prehispánicos y padecida por los españoles asentados en el puerto veracruzano durante la época colonial (Aguirre Beltrán, 1994).

que describen sus impresiones sobre el suceso. Sin embargo, el autor se puede incluir en la serie de autores que solo describen el evento, y que hacen mención a otros autores u obras que sobre cocoliztli, pero no incluye los pasajes que confirman su hipótesis, o pasa de señalar la referencia de éstos.

Las investigaciones sobre cocoliztli también se han centrado en el impacto poblacional que tuvo. Fray Antonio Tello, en su *Crónica miscelánea de la sancta provincia de Xalisco*, escrita hacia 1650, escribió que la gran peste de 1545 fue general y murieron gran cantidad de indios (citado en Netel 2007: 4). Igualmente señala que los indígenas gozaron de la caridad de misioneros y médicos, los cuales andaban perplejos porque no acabaron de entender la causa y procedencia de la enfermedad. De las crónicas religiosas que señalan defunciones, contamos con la de Fray Toribio de Benavente (escrita hacia 1541), mejor conocido como Motolinia, y la de Juan de Torquemada (publicada en 1723). El primero hace mención de una mortandad de entre el 60% y 90% de la población indígena, mientras que Torquemada estima en 800 000 las muertes de indios, el grupo de población más afectado (Prem, 1991: 32-33).

Los testimonios de los observadores más directos del evento han propiciado que investigadores actuales, en base a los testimonios, infieran el sector poblacional más afectado por la enfermedad. Malvido (1992) y Márquez (1993) son dos de los investigadores a las que referimos. En sus trabajos, enfatizan que cocoliztli afectó a todos los sectores poblacionales de la Nueva España, pero no se hace mención de las muertes tanto de españoles como de otros grupos no nativos debido a que solo representaban el 1% de la población, y el contabilizar las defunciones no arrojaría datos comparables con el grupo indígena.

Entre los autores contemporáneos que se han dado a la tarea de contabilizar las muertes, Acuña-Soto y su equipo (2005: 406) proponen que el cocoliztli causó once millones de muertos lo que equivaldría al 84.6% de la población, con lo que sólo sobrevivieron 4 millones de nativos de los que conformaban la población indígena al momento de la conquista de México, siempre según sus cálculos.

1.1.3 Factores de dispersión

En los estudios sobre la historia de la medicina en la Nueva España se ha mantenido que las epidemias ocurridas, como el cocoliztli de 1545, fueron ocasionadas por la llegada de nuevas enfermedades provenientes de Europa (Crosby, 2009; Cook, 2005; Diamond, 2004). Dicha idea es conocida como paradigma “virgin soil” (Livi, 2003), y está en vías de revisión. Livi (2003) menciona que no se duda del primer impacto biológico que tuvo el encuentro entre hombres europeos y americanos en cuanto a enfermedades. Sin embargo, este impacto fue solo en un inicio, ya que pasada las primeras epidemias, los sobrevivientes desarrollaron cambios que les permitieron adaptarse y sobrevivir. Por lo tanto, otros fueron los factores que propiciaron la presencia de epidemias en la Nueva España.

Las razones o causas que permitieron tanto la propagación de enfermedades entre la población nativa americana, como el decrecimiento de la misma, han sido explicados en base a una red de factores, los cuales abarcan aspectos biológicos, socioculturales y ambientales. Pese a tener información sobre aspectos que exaltaron las epidemias en las poblaciones, no debe olvidarse que éstos han sido considerados en base a los conocimientos actuales. Aquellos que estuvieron presentes al momento de que ocurrieran las enfermedades en el pasado, tuvieron un diferente concepto de las razones o causas por las cuales la población enfermaba. Hernández (1982: 222), al estudiar la situación sanitaria de la Nueva España, nos permite conocer las explicaciones que el presbítero Cayetano de Cabrera y Quintero presenta en su obra *Escudo de Armas de México* (1746) y que justifican, en base a los conocimientos médicos y científicos que se consideraban en el siglo XVIII, el porqué los indígenas de la Nueva España sucumbían ante las epidemias, tomando como ejemplo la epidemia de matlazahuatl ocurrida en 1736. Parfraseando a Cabrera y Quintero, Hernández (1982: 222) señala como causas:

...el abuso de aguardientes y bebidas fermentadas; el poco alimento que consumían (los indígenas), basado únicamente en dieta de maíz cocido, chile y pulque, que acorde a los conocimientos españoles de la época, hacían que no tuvieran suficiente sangre y linfa; el clima de contraste de la Ciudad de México (mucho calor durante el día y frío en la noche), aunado a la poca vestimenta de los aborígenes y a las condiciones de sus casas pues dormían en el suelo con humedad y frío; el abuso del pulque y del baño frío, y finalmente, la actitud mental del indio ante las enfermedades.

Enfatizamos que Hernández hace referencia a las creencias del siglo XVIII propuestas por un religioso que explica el cese de la epidemia en base a la presencia de la Virgen de Guadalupe. Sin embargo, no concordamos con la autora en cuanto a la “actitud mental del indio ante las enfermedades”, ya que el indígena novohispano tenía una idea muy distinta de explicar las enfermedades, y que, desde el siglo XVI, como lo veremos en capítulos adelante, se trató de erradicar y reemplazar con la de la medicina galénica hipocrática del siglo XVI. Pese a lo anterior, la cita nos habla de factores de orden biológico, socioculturales y ambientales que propiciaban la diseminación de las enfermedades.

Antes de adentrarnos en los testimonios sobre las explicaciones de los observadores directos del cocoliztli de 1545, retomemos lo mencionado por diversos investigadores como causas de dispersión para la epidemia de interés.

Livi (2003) menciona los efectos de “sustracción” y “de desplazamiento”, factores propios del nuevo sistema administrativo impuesto por los primeros gobernadores de la Nueva España. Mencionemos que a los españoles entre los que se repartió el nuevo territorio se les encomendó un número de indígenas a los que debían adoctrinar en la religión cristiana a cambio de trabajos; dicha repartición fue conocida como encomienda. En cuanto a los efectos de la encomienda, el primero refiere a que, al haber llegado a la Nueva España un bajo número de mujeres, los españoles entablaron relaciones con mujeres nativas, con lo que sustrajeron el patrimonio reproductivo de los indígenas. El desplazamiento produjo en el indígena la pérdida de identidad, pues se vio forzado a establecerse en zonas y con personas desconocidas, permitiendo el contagio de enfermedades entre aquellos que antes estaban geográficamente distantes y tenían resistencia ante las enfermedades locales (Livi, 2003: 42). Junto con el desplazamiento, se modificó la vivienda indígena, la cual hizo que los grupos desfavorecidos, entre ellos indígenas, negros y castas, vivieran en condiciones de hacinamiento, sin ventilación y expuestos a todo tipo de inmundicias tanto humanas como animales (Mandujano et al, 2003).

Sin saberlo, los gobernantes de la Nueva España diezmaron a la población a través de la instauración de sistemas administrativos (Sauer en Arnold, 2001). Además, los indígenas sufrieron trastornos en su dieta y en el derrumbe de su estructura sociocultural, propiciando así la pérdida de la voluntad de vivir y reproducirse (Arnold, 2001: 82). Es importante tener en cuenta estos factores derivados del derrumbe de la sociedad prehispánica para entender la idea siguiente. Ya consumada la conquista de México-Tenochtitlan, el indígena se vio obligado a

abrazar la religión cristiana y a suprimir varios de sus comportamientos y hábitos. Ante la imposición de una nueva cosmogonía, los naturales perdieron todo sustento para explicar su existencia y presencia en este mundo, con lo cual, abandonaron las ganas de vivir (Mandujano et al., 2003). El abandono de identidad cultural no solo produjo un gran número de suicidios y una fuerte inhibición en la tarea reproductiva, sino que además tuvo un impacto a nivel biológico al deprimir el sistema inmune de la población, haciendo que estuvieran más expuestos a las enfermedades.

Por lo que respecta a los cambios que los indígenas experimentaron en su dieta, señalemos que la población prehispánica basaba su alimentación en el maíz y alimentos semejantes, como el amaranto, el frijol, la calabaza y el chile (Marr & Kiracofe, 2000: 353). Al establecerse los españoles en la Nueva España, los campos de cultivo de los indígenas se vieron modificados por la introducción de nuevos productos, entre ellos, el trigo, que empezaron a cosechar en las tierras de cultivo de los indígenas. A la par, las tierras fueron usadas en la crianza de los animales llevados de Europa a América, con lo que el natural, según Dobyns (1993) y Marr y Kiracofe (2000) cambió su dieta por productos del conquistador. Pese a las modificaciones en la dieta indígena, no podemos afirmar que hubo un cambio total entre productos americanos por españoles, ya que varios historiadores de la comida mexicana (Long, 2003; Curiel, 2007; Juárez, 2005; Buenrostro & Barrios, 2001; Flores, 2003) señalan que, pese a la demanda de tierras indígenas para el cultivo de productos europeos, los españoles adaptaron los productos nativos, y el indígena siguió consumiendo su alimento como en la época prehispánica.

Con la introducción de la ganadería en la Nueva España, el ambiente también se vio seriamente modificado. Los grandes ganados de animales como caballos, vacas u ovejas produjeron la reducción de infiltraciones de las lluvias y la erosión de los suelos, modificando los ciclos de producción agrícola y fomentando las hambrunas (Livi, 2003: 46-47).

Otro de los factores de dispersión corresponde al ambiente. Posterior a la conquista española, se planeó erigir una ciudad peninsular que requirió la modificación del medio americano. Solo en la antigua capital mexicana, los bosques aledaños a la Cuenca de México fueron talados y la zona sufrió de deforestación, haciendo que la laguna se secase y produciendo tormentas de arena, las cuales pudieron contribuir a la expansión de las enfermedades por vía aérea (Marr & Kiracofe, 2000: 353-354). Relacionado con el ambiente, Acuña-Soto et al. (2000, 2002, 2005, 2008) mencionan que la epidemia de cocoliztli de 1545 fue el resultado de eventos climáticos

periódicos de sequía y lluvias en la zona que produjeron serias hambrunas. Estas afectan a la sociedad de manera distinta, ya que propician el movimiento de las personas que buscan alimento, y con ellos viajan las enfermedades causantes de brotes epidémicos (Le Roy, 1981: 18-19).

En mayor o menor medida, dependiendo de los autores y de sus enfoques metodológicos o de las fuentes utilizadas para sus análisis, parece claro que el cocoliztli no fue solo el resultado de factores biológicos, sino que también influyeron de modo muy notable factores socioculturales y ambientales.

1.1.4 Identificando al cocoliztli: etiologías propuestas

Otro aspecto que ha sido tradicionalmente abordado por aquellos que han estudiado al cocoliztli, es el de su etiología, establecida por lo general a partir del diagnóstico retrospectivo. Si bien el método ha sido fuertemente criticado por considerar que las leyes de la biología y de la medicina son estáticas, éste ha seguido siendo utilizado por quienes defienden que este proceder permite conocer las enfermedades ocurridas en la historia de México.

Los investigadores que se han dedicado al estudio del cocoliztli de 1545 a 1548 en la Nueva España han tenido que sortear un problema mayúsculo: la escasez de fuentes históricas que narren el evento. Ante dicho problema, la solución que han empleado para conocer tanto los factores de dispersión, como número de población afectada, o para proponer la etiología de la enfermedad, ha sido recurrir a las fuentes que narran la segunda epidemia de cocoliztli, ocurrida entre 1576 y 1578, así como de epidemias posteriores en las que el nombre de la enfermedad cambió por el de matlazahuatl. Siguiendo esta metodología, los que han propuesto una etiología para cocoliztli han sido Malvido y Viesca (1985), Acuña-Soto y su equipo (2000, 2002, 2005, 2008), Mark y Kiracofe (2000), Cordero (2001), y Guevara (2011).

Malvido y Viesca (1985) ya habían propuesto una etiología para el cocoliztli de 1576, que trasladaron a la enfermedad de 1545, la cual fue considerar al cocoliztli como peste. Sin embargo, años después, Viesca (conversación personal 2010) rectificó su postura al señalar que la epidemia de 1576 se debió a fiebres hemorrágicas. Este cambio de idea se debe a las similitudes observadas por el investigador entre las fiebres hemorrágicas presentes en la guerra

de Vietnam, y el cocoliztli. Con este giro a su investigación, Viesca invitó a la realización de un estudio sobre el cocoliztli de 1545 sin llevar a cabo comparaciones con la epidemia de 1576, debido a que, en su opinión, las enfermedades no guardaban relación alguna.

Acuña-Soto et al (2000, 2002, 2005, 2008) proponen una etiología para los cocoliztli de 1545 y 1576 al estudiar cambios climáticos contemporáneos. Su estudio observó que durante los años de 1993 y 1994, virus pertenecientes al grupo de las fiebres hemorrágicas, principalmente Bynyaviridae y/o Hantavirus, causaron estragos en la población de Estados Unidos. Para el equipo de investigadores, los síntomas por fiebres hemorrágicas concordaban con los descritos por el protomédico Francisco Hernández para la epidemia de 1576, los cuales les permitió proponer la etiología de cocoliztli como perteneciente al grupo de fiebres hemorrágicas³.

Marr y Kiracofe (2000) parecen compartir la etiología propuesta por Acuña-Soto y su equipo, quizá porque analizaron la misma fuente histórica: el documento redactado por Francisco Hernández derivado de su experiencia directa en la epidemia de 1576, desde el cual extrapolan conclusiones para el cocoliztli de 1545. En su artículo, el huey cocoliztli (gran enfermedad) mantiene similitudes precisas con las fiebres hemorrágicas. Aunado a la etiología propuesta, los autores presentan a detalle cifras para la mortalidad indígena que recuperaron gracias a su extensa revisión historiográfica para las epidemias de 1545 y 1576.

Cordero (2001) había ya considerado que la epidemia de 1545 se debió a tifo exantemático, enfermedad no conocida por europeos e indígenas. Incluso hace mención de que el brote de 1545 inicio en la Nueva Galicia (Jalisco), y se propagó a la capital de la Nueva España. El investigador basa su propuesta en la descripción de Bernardino de Sahagún, en la que se señala el inicio de la enfermedad como “aparecer con unas pintas como de cardenillo” (Sahagún, 1987 en Cordero, 2001: 606), y que asimila con el exantema del tifo. Como comentario diremos que a lo largo de la obra de Sahagún, titulada *Historia general de las cosas de Nueva España*, no se haya referencia alguna a dicho síntoma, incluso en la edición consultada por Cordero.

³ Acuña-Soto et al. (2008:189; 2005: 406), tomaron de Hernández y su obra *De la enfermedad de la Nueva España del año 1576 llamada por los indios cocoliztli (1576)* los síntomas, los cuales reescribieron acorde a la nosología médica actual de la siguiente forma: “empieza con fiebre alta, dolor de cabeza severo, sed insaciable, pulso débil, e ictericia. Posterior al inicio, los pacientes se tornaban dementes y sin descanso. Nódulos duros y dolorosos aparecían detrás de una o ambas orejas; algunas veces tan largos que ocupaban todo el cuello y mitad de la cara. Esto se acompañaba de intenso dolor de pecho y abdomen, y disentería. La sangre emanaba de la nariz, ano, vagina, boca y orejas. Las recaídas eran comunes y los pocos sobrevivientes quedaban demacrados y extremadamente débiles. Las autopsias revelaron agrandamiento y endurecimiento de hígado. Se encontró también esplenomegalia y hemorragias pulmonares”.

Hace unos años, en nuestra tesis de licenciatura (Guevara, 2011) consideramos que matlazahuatl, conocido en el siglo XVI como cocoliztli, fue en realidad tifo exantemático. Nuestro estudio remarcaba la erupción cutánea a la que incluso se hace referencia en el término de matlazahuatl (del náhuatl “erupción cutánea de color azul violeta en forma de red”). En aquella investigación se compararon los síntomas médicos de cada epidemia de matlazahuatl y cocoliztli durante los siglos XVI al XIX, con lo que se pudo observar similitudes entre matlazahuatl y tifo exantemático, dengue hemorrágico y leptospirosis. Sin embargo, ya entonces concluíamos que las condiciones ambientales y los vectores para las dos últimas enfermedades no se encontraban presentes durante los tres siglos que duró la época virreinal. Al finalizar aquella investigación, invitábamos a una revisión de la primera epidemia de este grupo ocurrida en 1545, para conocer realmente el agente causal, aunado a las condiciones sociales, ambientales, culturales, y ecológicas de la época. Un propósito que es el que nos ha acabado conduciendo hasta la tesis que aquí presentamos.

En el año 2017, investigadores alemanes y mexicanos, en base al análisis genético de restos óseos procedentes de un cementerio en el actual estado de Oaxaca, propusieron que el cocoliztli se debió a una epidemia de salmonella⁴. El estudio es admirable pues cuenta con una técnica genética de última generación que les permitió secuenciar el ADN de la bacteria *Salmonella* entérica. Pero, pese al procedimiento empleado, el estudio se basa en documentos históricos que no refieren al cocoliztli de 1545, como fueron códices oaxaqueños que narran los cuidados de indios enfermos para un evento ocurrido en la década de 1550, además de basarse en los síntomas descritos por Francisco Hernández en 1576, los que, como ya hemos venido señalando, no pueden trasladarse al evento que estudiamos. Otros puntos que deben considerarse en lo que se refiere a esta investigación son los síntomas que produce la salmonella, que son las afecciones en intestino y que no se han encontrado ni en la descripción de Francisco Hernández ni en ningún otro documento que haga referencia al cocoliztli de 1545. Por último, señalemos que los autores pasaron por alto que en la zona de Oaxaca, la salmonella es endémica, y se cuenta con registros prehispánicos que describen los síntomas propios de una infección por salmonelosis.

⁴ El estudio al que referimos es el siguiente: Vagene, Ashild J.; Campana, Michael G.; Robles García, Nelly, M.; Warinner, Christina; Spyrou, Maria; Andrades Valtueña, Aida; Huson, Daniel; Tuross, Noreen; Herbig, Alexander; Bos, Kirsten I., y Johannes Krause (2017). “Salmonella entérica genomes recovered from victims of a major 16th century epidemic in Mexico”. bioRxiv 106740; doi: <http://doi.org/10.1101/106740>

En las páginas anteriores se presentaron los estudios que han tenido como objetivo el conocer al cocoliztli de 1545 en la Nueva España. Pese a los grandes esfuerzos realizados, los investigadores no han podido conocer a la enfermedad en su totalidad, como tampoco se han aproximado al grupo que diagnosticó al cocoliztli ni a la sociedad que se estaba formando pocos años después de la conquista de México-Tenochtitlan. Esto se debe a que los investigadores se han enfocado en conocer el cocoliztli desde una visión biomédica, dejando a un lado la mentalidad de las personas que conceptualizaron el evento biológico. Para poder aproximarse a la parte social de las enfermedades, hemos de necesitar un marco teórico que provea los elementos necesarios para entender a las enfermedades como constructos socioculturales.

1.2 Marco teórico

La historia de un proceso biológico, cual es la evolución de la enfermedad, no corre aislada del contexto social y cultural en cuyo espacio y tiempo surge, crece y madura (Aguirre, 1994: 89).

Al estudiar enfermedades ocurridas en el pasado, ¿cómo deberíamos considerarlas? ¿Acaso las enfermedades pueden ser más que simples entidades categorizadas por la biomedicina? Ningún investigador rechazaría el que algunas enfermedades tienen un mecanismo biopatológico. Lo que se llega a pasar por alto es que las enfermedades no existen como tales hasta que el sistema médico las nombra. Dicho de otro modo, la medicina, tanto en su parte teórica como práctica, es un sistema social configurado por los miembros de un grupo (Rosenberg, 1997: XIV), por lo tanto, las enfermedades -más allá de su categorización biológica- son construcciones socioculturales.

1.2.1 Historia Social de la Medicina y Constructivismo Social

Considerando que las enfermedades son tanto biológicas como socioculturales, su estudio corresponde a la Historia Social de la Medicina. En este campo, a las enfermedades se les sitúa y entiende en un contexto particular donde interactúan actores diversos, personificados por médicos/sanadores/chamanes, pacientes y familiares. Los dos primeros actores representan al cuerpo médico y social entre los que se establece una relación dialéctica que le permitirá al médico, en base a la narración del paciente y sus conocimientos médicos que fueron previamente avalados por la sociedad, presentar a la enfermedad como un constructo sociocultural (Walzer, 1990: 1471; Harley, 1995: 185). No continuaremos mencionando que las enfermedades son construcciones socioculturales, porque igualmente lo es el ser humano y el/los sistema/s médico/s que concibe y practica en cada contexto histórico (Rosenberg, 1997: XIV). De hecho, lo que habría de enfatizarse desde el punto de vista histórico es el hecho de que estas construcciones dependen del lugar y tiempo en el que aparecen y se construyen. Si bien la historia social de la medicina señala la relación entre médico y paciente como un objeto privilegiado de estudio, al apoyarse en el constructivismo social, se sitúa a las enfermedades en espacio y tiempo específicos, con lo que es posible aproximarse a la mentalidad de aquellos que construyeron a la enfermedad (Arrizabalaga, 2002: 53; Rosenberg, 1997: XV; Conrad & Barker, 2010: 67).

El constructivismo social es un acercamiento que se inició fuertemente a partir de 1960 con propuestas tales como la contextualización de las enfermedades (condiciones biológicas), la distinción entre las anteriores y los padecimientos (condiciones sociales), y la consideración de que ambos conceptos son mentalizados y descritos acorde a los sistemas sociales y culturales de los grupos humanos (Conrad & Barker, 2010: 67-68; Arrizabalaga, 2002: 53). A partir de estos planteamientos, las enfermedades ocurridas en el pasado se replantearon como padecimientos al considerar que los sistemas médicos se basan prioritariamente en las expresiones del paciente, generadas en un contexto social y médico que para el investigador actual, se encuentran considerablemente alejados de su realidad y mapas mentales (Arrizabalaga, 2002: 56, 57).

Si tanto la historia social de la medicina como el constructivismo social remarcan la importancia de contextualizar el objeto de estudio, hablemos de éste y su relación con el sistema médico de la sociedad que vivió y construyó a la enfermedad.

1.2.2 Sociedad y sistemas médicos

Para entender a cualquier enfermedad ocurrida en el pasado, pese a la ardua labor que implica, el investigador debe situarse en el contexto (tiempo, espacio y sociedad) en el que sucedió (Grmek, 1969: 1483; Ocaranza, 1999; Mayer, 1994, 1996). La insistencia en la reconstrucción del espacio no es meramente sociocultural, también lo es biológica, como hemos ya sostenido anteriormente. Para comprender la idea, recurramos a May (1954 en Mayer, 1994) cuando afirma:

...from the waters people get their food, also their cholera, their dysenteries, their typhoid fevers, their malaria; from the earth they get their hookworm, from the crowded villages they get their tuberculosis and their yaws; from the type of housing they have been forced to adopt they get their plague and typhus; and from the food which earth, temperatura, and rain produce, their protein deficiencies, their beri beri.

May, en la cita anterior, nos presenta el contexto como la interacción de factores biológicos, ambientales y socioculturales que ponen en contacto al hombre con las enfermedades (Mayer, 1996: 442). Además, los factores no solo son propicios para enfermar, ya que también actúan como influencia al momento de que el hombre y su grupo se explican los fenómenos que están

observando y padeciendo. El entendimiento que se genera en base a lo observado en el contexto, será el sustento de las prácticas médicas del grupo, también conocido como sistema médico (Rivers, 1924 en Aguirre, 1994: 23). Éste se formula en base a creencias y prácticas sobre las causas de las enfermedades, y es una parte de la cultura que conlleva un fin pragmático en cuanto a las medidas que se deben tomar para conceptualizar y construir la enfermedad, y así poder combatirla mediante un tratamiento (Hofmann, 2001: 225; Fabrega, 1975: 970).

Como ya hemos dicho, las enfermedades existen hasta que el sistema médico que practica el grupo afectado las crea. Este grupo humano ha estado situado en un espacio determinado, donde han desarrollado creencias y comportamientos que les permiten entender el mundo y subsistir, así como enfermarse. Por lo tanto, es menester identificar ese espacio físico y mental del grupo humano para conocer las enfermedades; aunque, como lo señala Arrizabalaga (1999: 259), es prácticamente imposible conocer el contexto completo del evento a estudiar. Le Roy (1981: 2), consciente de dicho inconveniente, plantea como solución el reconstruir un escenario "ficticio" donde ocurra la enfermedad. La propuesta del autor refiere a crear una secuencia cronológica con los eventos políticos, económicos, religiosos, sociales, ambientales, etcétera, que vivió la sociedad durante el periodo en el que la enfermedad ocurrió. Con lo anterior se podrá conocer tanto el contexto como el sistema médico de aquellos que construyeron el evento o enfermedad.

Pese a la propuesta de cómo reconstruir el contexto de la enfermedad a estudiar, el estudio estaría incompleto si antes no entendemos que es "enfermedad" y "padecimiento" a través de un concepto amplio, al igual que el considerar al hombre como ser físico y cultural (Fabrega, 1975: 971).

1.2.3 Padecimiento, relación médico-paciente, enfermedad

Para presentar qué es la enfermedad, debemos considerar qué es el padecimiento. Se señaló ya que uno de los aportes del constructivismo fue la distinción entre enfermedad y padecimiento. El último es construido por el enfermo tomando como base su experiencia y las ideas del grupo de pertenencia, y que le permiten expresar los signos de alteraciones biológicas que vive y modifican su relación con los otros y consigo mismo (Conrad & Barker, 2010: 67, 68; Staiano,

1992: 174). En otras palabras, lo que expresa el enfermo son símbolos que utiliza para entender su realidad (Coulehan, 1991: 112). Estos símbolos provienen del contexto del individuo, los cuales no tendrían sentido si se le ignorara, ya que eso no permitiría conocer su significado, su relación con otros símbolos, su posición en la secuencia, su negociación para generar nueva información y nuevos símbolos, así como la posibilidad de generar estrategias de diagnóstico y tratamientos (Banks, 1992: 868; Staiano, 1992: 174).

El diagnóstico y los tratamientos son generados por los practicantes médicos del grupo mediante la relación que establecen con los enfermos y/o aquellos cercanos a ellos. El proceso se inicia cuando el médico establece una conexión narrativa en la que interpreta la historia del padecimiento expresada por el paciente dentro de sus marcos culturales de referencia, y brinda al enfermo una narración que le sea entendible y aceptable, para después presentar a la sociedad, junto al grupo médico, la construcción de una enfermedad y eventualmente su curación (Coulehan 1991; 116-117). En este punto, el compromiso retórico tiene un gran valor, ya que las historias, tanto del médico como del paciente, deben estar conectadas a través de un proceso de ajuste y negociación (Harley, 1999: 423).

La enfermedad se construye entonces no como una clase natural (*natural kind*), sino como entidad morbosita (*disease entity*). Esta entidad es más bien una construcción mental integrada por vivencias de dolor, sufrimientos y debilidad, por los fenómenos visibles externos que acompañan a estas vivencias, por la sucesión de todas ellas en el tiempo, junto con el resultado (recuperación, invalidez, muerte) y los cambios que el observador (sea patólogo, chaman, médico u otro sanador) puede encontrar en las diferentes partes del cuerpo, así como por las ideas de la gente sobre el origen y las razones de lo que está sucediendo y de por qué concluye de un modo determinando (Cunningham, 1991: 31; Grmek, 1995: 17; Mayer, 1994: 104, 105).

Se habla de entidad morbosita como concepto, refiriendo a un fenómeno en la forma de algo definido, clases naturales o tipos de enfermedad que facilita la comunicación entre personas (Huckelenbroich , 2014: 211; Pérez, 1998: 30). Las enfermedades están de este modo acomodadas en un orden, en una nosología, por lo que cualquier entidad es una entidad teórica dentro de cada uno de los sistemas médicos. El concepto y su ubicación nosológica permiten generar interpretaciones teóricas y explicaciones de casos individuales de enfermos con fines prácticos para un diagnóstico, ya que lo que realmente existe, son individuos enfermos (Huckelenbroich, 2014: 213; Pérez, 1998: 30). Es por esto que la tarea principal de la búsqueda

médica o de cualquier sistema médico, consiste en el descubrimiento, definición y caracterización de todas las entidades morbosas que ocurren en una realidad empírica determinada, y construir con ello un sistema comprensible que refleje todas sus similitudes y diferencias. Este sistema, o nosología médica, será la base para los diagnósticos diferenciales y, eventualmente, para los tratamientos (Huckelenbroich, 2014: 212).

Los diagnósticos siempre proceden operativamente u operacionalmente, por gente que pregunta y responde una o más preguntas específicas sobre el paciente y su afección. Estas secuencias de operaciones difieren de un sistema médico a otro y son las que le dan a la enfermedad su identidad en todos los tiempos y en todas las culturas (Cunningham, 2002: 16; Pérez, 1998: 163).

1.2.4 Diagnóstico.

Cuando un médico diagnostica una condición humana como padecimiento, él cambia el comportamiento del hombre por diagnóstico; un estado social es añadido al estado biopsicosocial al asignar el significado del padecimiento a la enfermedad. Es en este sentido que el médico crea el padecimiento...y ese padecimiento es...distinto analítica y empíricamente de la mera enfermedad

(Freidson 1970: 233 en Conrad & Barker 2010: 68).

La relación que entabla el practicante con el paciente, en donde el primero toma la narración del segundo, resultará en el diagnóstico de la enfermedad (Harley, 1999: 422). A partir de dicho relato, el proceso terapéutico se construye como una narrativa en el tiempo que incorpora cambios, orden y significado. Con ésta, los médicos emplean la causalidad para conectar casos y principios generadores. De manera concreta, el diagnóstico es el significado que se le da a un evento a partir de la relación entre categorías clasificatorias y las enfermedades que se designan (Good, 1977: 26).

El diagnóstico de las entidades morbosas nos permite apreciar las acciones de los practicantes, y las teorías médicas de su contexto que dan soporte a su sistema médico. El diagnóstico, junto con la relación médico-paciente, son construcciones semióticas, rituales y actos discursivos, los cuales solo son efectivos en relación a circunstancias simbólico-culturales en un tiempo y espacio específicos (Harley, 1999: 433). Por lo tanto, una de las opciones para acercarse a la

construcción que los practicantes y médicos realizaron de enfermedades antiguas, será el enfocarse en el diagnóstico (Cunningham 2002: 16).

El acercamiento al diagnóstico puede realizarse de dos formas. La primera corresponde al naturalista-realista y consiste en trasladar los conceptos y teorías de la biomedicina al momento en que sucedió la enfermedad (Wilson, 2000: 276). Pese a que en algunos casos el diagnóstico retrospectivo puede decirnos mucho sobre la historia de las enfermedades, ha sido duramente criticado por anacrónico y por romper las reglas de la medicina y la biología. La segunda forma es plantear un acercamiento histórico-conceptual, el cual comulga con las premisas de la historia social de la medicina y el constructivismo social al enfocarse en como se construyen los conceptos de enfermedad en el tiempo y espacio en que ocurrió (Wilson, 2000).

Al centrarse en los conceptos de la enfermedad, es posible aproximarse a lo que los practicantes observaron y que les sirvió para definir lo que era su medicina, ya que es posible adentrarse a la historia de las ideas, o historia médica distintiva por la preocupación sobre un evento especial. Habrá de añadirse que el acercamiento llevará al investigador a conectar lo cognitivo con las dimensiones sociales de la medicina debido a que los conceptos enlazan las perspectivas tanto de practicantes como de pacientes, además de señalar la de cada uno (Wilson, 2000: 303-305). En resumen, el acercamiento histórico-conceptual permite conocer cómo los diagnósticos fueron propuestos en cualquier tiempo y sociedad (Cunningham, 2002: 16).

Ahora bien, para conocer el diagnóstico, deberíamos buscar la narrativa de los que observaron y construyeron el evento o enfermedad (Cunningham, 2002: 16). En el caso de enfermedades pasadas, se recurre a documentos históricos que se leerán como enunciados transparentes, considerando al mismo tiempo el acto y las circunstancias de su enunciado (Todorov, 1991: 60). Sin embargo, las narraciones presentan un problema de división, ya que se separó el significado de las palabras y las modalidades de su arreglo, y que lo antiguo (semántica) fue subordinado a lo posterior (sintaxis). Es decir, los significados y signos del practicante y paciente no se presentan como la información primordial por parte del escribano, quien se enfocó en narrar una historia desde la terapéutica hacia el diagnóstico, y no viceversa (Wilson, 2000: 279).

Para superar el problema anterior, habrá que enfocarse en los símbolos que se encuentran en los documentos. A través del análisis semántico, se identificarán los símbolos que reúnen su poder y significado, y habrán de compararse con un grupo de símbolos dispares, logrando así un

nexo de asociación simbólica (Good, 1977: 38). En otras palabras, lo que el análisis propone es buscar elementos potenciales en el lenguaje de la interacción social y explorar las palabras asociadas, situaciones y formas de experiencia que conjuntan. El resultado será la entrada al paisaje interno de las personas, una realidad distinta a la médica, que lleva al investigador a las estructuras más significativas de la realidad social, y le permiten conocer la construcción que la sociedad realizó sobre la enfermedad ocurrida (Good, 1977: 39).

Conclusión

El recurrir a la historia social de la medicina y al constructivismo social para estudiar el cocoliztli de 1545 en la Nueva España, se debe a que permitiría que esta investigación se centre en cómo la sociedad que la padeció construyó a la enfermedad. Como bien lo mencionan Good (1977), Harley (1999) y Cunningham (2002), el diagnóstico no es determinar qué causó a la enfermedad en cuanto a una visión biopatológica; sino, el aproximarse a lo que socialmente se pensaba de ésta, conocer las razones o explicaciones que la sociedad y los practicantes que la diagnosticaron tuvieron sobre ella, e identificar cómo se encontraba la sociedad de ese momento histórico y cuál fue la influencia que ejercieron los distintos grupos sociales en la construcción de la enfermedad.

En resumen, al enfocarnos en el diagnóstico, consideramos que se podrá conocer al cocoliztli ocurrido en una sociedad tan heterogénea como la novohispana, si consideramos a la enfermedad como un constructo de individuos forzados a actuar bajo la cultura del conquistador, al mismo tiempo que se esforzaban por mantener su cultura, la cultura del conquistado. Anterior a tratar de reconstruir el diagnóstico de cocoliztli, en el siguiente capítulo presentamos las preguntas que nos guiarán, así como la metodología a desarrollar.

Capítulo 2

Objetivos, metodología y fuentes

2.1 Problema de Investigación, objetivos y preguntas de investigación.

Como ya hemos visto, entre los años de 1545 a 1548, la población indígena de la Nueva España se vio afectada por una enfermedad con carácter epidémico. Los gobernantes decidieron que los médicos indígenas, llamados “titici” (pl.) diagnosticaran a la enfermedad y trataran a los enfermos (Viesca, 1990; Somolinos, 1982b; Aguirre, 1963). Los titici, al observar el evento y recurrir a su sistema médico, decidieron nombrarlo “cocoliztli”, vocablo náhuatl para “enfermedad, mal, pestilencia, epidemia” (Molina, 1944; Siméon, 1991; Viesca, 2000). Por primera vez, en las nuevas tierras de la corona española, se presentó una enfermedad que desconcertó tanto a médicos peninsulares como indígenas debido a que no guardaba relación con enfermedad conocida hasta ese momento (Viesca, 1990). Ante tal desconcierto, el cuerpo médico novohispano la construyó como nueva enfermedad al darle un nombre, observar y registrar unos síntomas, y tratar de establecer unas estrategias para combatirla. Con el paso del tiempo, el cocoliztli continuó asolando a la sociedad novohispana, y desconcertando tanto a quienes la observaron como a los que se dedicaron a estudiarla.

A partir de la década de 1980, el cocoliztli se replanteó como objeto de estudio para la Historia de la Medicina, y varios fueron los trabajos que se llevaron a cabo tratando de conocer la enfermedad. Las investigaciones se centraron- como hemos expuesto en el apartado anterior- en conocer la causa biológica del evento o diagnóstico como es entendido en la actualidad (clasificación de la enfermedad en base a los síntomas que expresa el paciente y que son parte de la nosología médica); para ello, se usó generalmente la estrategia metodológica de acudir al uso de fuentes pertenecientes a la segunda epidemia de cocoliztli, ocurrida entre 1576 y 1578, ya que se argumentaba que eran muy pocas las fuentes primarias que narraban el episodio de 1545. De estos trabajos, los investigadores concluyeron que ambos cocoliztli se podían identificar con alguna de las siguientes enfermedades, en nomenclatura y clasificación actuales: peste hepatoneumónica, tifo exantemático o fiebres hemorrágicas (Malvido & Viesca, 1985; Sánchez y Guerra, 1986; Prem, 1991; Cook, 1999; Marr & Kiracofe, 2000; Acuña-Soto et al., 2000; Cordero, 2001; Guevara, 2011; Olagüe, 2012).

Estos estudios han recibido dos tipos de críticas principalmente. La primera se enfoca en el método empleado para el estudio, el cual es el diagnóstico retrospectivo. El método es cuestionado debido a que asume que la ciencia médica no cambia a través del tiempo, que la biología es estática y no se modifica por factores socioculturales, ambientales y biológicos (Cunningham, 1991; Wilson, 2000; Arrizabalaga, 1988, 2002). El segundo tipo de crítica se refiere al uso de información de una epidemia que no corresponde temporal y espacialmente al cocoliztli de 1545 (Viesca, 2000; Guevara, 2011). Al cuestionar dos de los pilares sobre los que se han sostenido estos estudios de la enfermedad, sigue sin ser respondida la pregunta “¿qué fue el cocoliztli de 1545 a 1548?”.

Para tratar de responder a lo referido al cocoliztli, sin embargo, será necesario cambiar no solo el enfoque sino también la pregunta inicial de la que parte todo el planteamiento de la investigación, para así, dejar de buscar la causa biológica y enfocarse en tratar de conocer el diagnóstico de la enfermedad. La historia social de la medicina aboga por este cambio de enfoque, ya que señala que las enfermedades son tanto entidades biológicas como entidades creadas a partir de la retórica que se establece entre el cuerpo médico y la sociedad donde se presentó (Walser, 1990; Harley, 1995; Huckelenbroich, 2014; Cunningham, 2002; Krause, 1992; Gonzalez et al., 2010). Del diálogo entre los practicantes y los pacientes se concibe el diagnóstico de la enfermedad, el cual refiere al significado que los humanos de un grupo le dan a un evento a partir del sistema sociocultural y biológico en el que se desenvuelven, y que en la actualidad entendemos sólo como la nosología biológica propuesta por la ciencia médica, sin considerar sus aspectos sociales (Good, 1977; Cunningham, 2002). Todas las sociedades necesitan diagnosticar a la enfermedad para así proponer medidas terapéuticas; y tanto diagnóstico como terapéutica se basan en leyes y reglas que rigen en ese grupo social. Este diagnóstico, entendido como el significado dado a un evento en base al sistema social y médico del enfermo y practicante, y que implica desde las ideas que las personas tienen sobre la enfermedad hasta las explicaciones sociales y científicas del cuerpo médico, es el que permite al investigador adentrarse a la sociedad que observó, vivió y creó a la enfermedad, pudiendo así conocer la cosmovisión, tiempo y espacio del fenómeno de interés. Por lo tanto, si lo que se pretende es conocer al cocoliztli como fue entendido en su momento, se cambiará el enfoque de estudio hacia la reconstrucción del diagnóstico de la enfermedad por aquellos que lo construyeron (Wilson, 2000; Huckelenbroich, 2014).

Con este nuevo objeto de estudio, retomaremos tres aspectos mencionados comúnmente en las investigaciones sobre el cocoliztli, aunque ignorados, y que permitirán situar al evento como único, sin consentir comparaciones. Los aspectos a retomar serán la presencia de la enfermedad en la época de contacto, su diagnóstico y tratamiento por parte de los médicos indígenas, y hacer frente a la escasez de fuentes primarias que narren el evento, tratando de ampliarlas, en la medida de lo posible, tomando en consideración algunas más de las que se han considerado hasta el momento (Malvido, 1985, 1992; Viesca, 2000; Olagüe, 2000) y sometiéndolas a un análisis nuevo, que parta de las nuevas preguntas y del nuevo planteamiento de la investigación, tal como estamos exponiéndolo.

En base a estos tres aspectos, el estudio del cocoliztli nos debería permitir conocer la enfermedad en sus aspectos social y cultural, además de adentrarnos en la sociedad virreinal y la medicina de la colonia de la Nueva España. Entendemos conseguir tal objetivo implementando una metodología que combine textos y documentos indígenas con textos y documentos de autoría española a través del análisis de sus signos y símbolos, como veremos en el capítulo correspondiente. Pero antes, vayamos por partes, comenzando por explicar con más extensión este planteamiento.

Empecemos por considerar que si se sigue desconociendo al cocoliztli es en buena medida porque se desconoce en un considerable grado el contexto y la medicina de la época de contacto. La importancia del contexto radica en que sin éste, la enfermedad a estudiar estará en una especie de limbo, pues no hay bases que expliquen su construcción (Ocaranza, 1999; Grmek, 1963). Por lo tanto, para conocer una enfermedad en el pasado, hay que conocer la sociedad que la padeció. En cuanto a la sociedad de la época de contacto, Gruzinski (1994) ha descrito cómo la Nueva España presentó un panorama “colorido”, debido a la clara identificación de elementos culturales propios de españoles, indígenas y negros, los cuales solamente se mezclaron después de la instauración de la colonia. Esta primera sociedad, denominada “sociedad fractal”, pudiera entenderse como el paso de una sociedad prehispánica a una colonial, que tuvo un marcado carácter caótico, inestable y heterogéneo debido, principalmente, a los enfrentamientos entre los conquistadores y conquistados (Gruzinski, 1994: 151).

Ahora bien, a partir de la construcción de hechos y sucesos en orden cronológico, o invención de la sociedad fractal, tendremos un escenario cultural específico que permitirá obtener una visión de la medicina que permeaba entre los diversos agentes sociales, además de intentar

comprender las razones de los gobernantes para que los titici diagnosticaran al cocoliztli (Le Roy, 1981).

Se ha mencionado que el estudio del cocoliztli de 1545 presenta dificultades debido a la escasez de fuentes primarias, pero al cambiar el concepto de la enfermedad es posible entablar un diálogo diferente con esos documentos, por escasos que sean (Pérez, 1998). Así que tendremos que considerar que las enfermedades son explicaciones de la realidad que están construidas en una red de signos y símbolos, los cuales solo tienen sentido para el grupo en que se presentan (Harley, 1999). Acorde a Harley (1999), las enfermedades de tiempos pasados pueden estudiarse a partir del giro retórico y la semiótica. Con el primero se adentra al diálogo que se establece entre practicantes y pacientes, que da como resultado el diagnóstico de la enfermedad. El uso de la semiótica en el estudio permite conocer cómo los diversos grupos generaron signos y símbolos para proponer interpretaciones, descripciones o diagnósticos, con lo cual el investigador se sumerge en el contexto o cosmogonía del grupo humano en el que la enfermedad ocurrió (Good, 1994; Staiano, 1992).

Si las enfermedades son constructos de signos y símbolos, habrá de buscarlos en documentos médicos y crónicas novohispanas de los siglos XVI y XVII, e igualmente en los códices indígenas. Estos últimos son documentos pictográficos propios de las culturas indígenas de México, pero solo han sido empleados para, literalmente, ilustrar a la enfermedad: colocar imágenes simplemente como decoración de la enfermedad, expresión pintada de una entidad que definían otros textos, mayoritariamente escritos por los médicos, los cronistas y los frailes españoles. Sin embargo, los glifos de los códices son también texto y contienen significado, que si bien no hablan el mismo idioma que el investigador, le permiten ligarlos con sus versiones escritas que se encuentran en los documentos coloniales, sean médicos y/o crónicas (León-Portilla, 1997; Calnek, 1978). Es así como con la unión de ambos tipos de documentos, y utilizando los instrumentos epistemológicos procedentes de los planteamientos del llamado giro retórico y de la semiótica, será posible conocer aspectos faltantes para la re-construcción del cocoliztli, principalmente los aspectos socioculturales propios de aquellos que observaron y construyeron el diagnóstico de la enfermedad.

En base a lo hasta aquí mencionado, el objetivo principal de esta investigación es la aproximación al diagnóstico que elaboraron los titici para el cocoliztli de 1545 a 1548 en la Nueva España a partir de códices y crónicas novohispanas de los siglos XVI y XVII. Creemos que al

cumplir el objetivo, será posible conocer a la enfermedad tal y cómo la concibieron las mentes de aquellos que la observaron (y, en algunos casos, la experimentaron) directamente. Sin embargo, esto nos lleva a considerar que pese a que los titici la diagnosticaron y trataron, al encontrarse en la condición de “conquistados”, además de la implementación de sistemas españoles en América, la construcción de la enfermedad pudo no haber sido enteramente indígena, sino que recibió influencia de los otros agentes que conformaban la sociedad. Considerando lo anterior, el objetivo secundario de este trabajo es el conocer la influencia de los agentes sociales que conformaban la sociedad fractal de la Nueva España en el diagnóstico del cocoliztli.

Al querer aproximarse al diagnóstico de los titici, habrá que adentrarse en su cosmovisión, y para lograrlo, las preguntas que guiarán la investigación serán formuladas en base a los sabios mexicas. La función del sabio, depositario del saber, como revelador del porvenir del individuo era parte de la cosmovisión nahua. Para los nahuas, la persona era un elemento constitutivo de la colectividad y no una totalidad social, por lo que se hacía esencial conocer lo que le esperaba a la persona para así mantener el orden social que ya había sido establecido por el pasado colectivo. Los calendarios, augurios y presagios ayudaban al sabio en el arte adivinatorio, quien los interpretaba después de preguntar “¿cómo saber?”, cuestión de orden epistémico. Por lo tanto, los hechos que se le revelaban al sabio eran interpretados en función del orden establecido, que se debería restablecer en función de la armonía universal (Todorov, 1991: 73-76).

El uso de la pregunta de los sabios nahuas en esta investigación se basa en que estos personajes también eran titici y, en algunos casos, los titici eran sabios, por lo que aquellos que construyeron la entidad de cocoliztli buscaban restablecer la armonía entre la sociedad y el universo. Para lograr la armonía, suponemos que los titici pudieron, en su carácter de sabios, preguntarse “¿cómo saber qué aqueja a los nuestros?”. Por lo tanto, las preguntas de esta investigación, las cuales se basan en la cuestión anterior, serán:

- ❖ ¿Cómo fue construido (es decir, observado, descrito, diagnosticado y conceptualizado) por los titici el cocoliztli de 1545 a 1548 en una sociedad fractal que sería nombrada como Virreinato de la Nueva España?
- ❖ ¿Cómo fue la influencia que los diversos agentes sociales (indígenas, conquistadores, gobernantes y frailes españoles), tuvieron en la construcción y diagnóstico de cocoliztli por los titici?

Las interrogantes anteriores, enfocadas en el objeto principal de este trabajo, se apoyarán en las siguientes preguntas secundarias:

- ❖ ¿Cómo estaba organizada la sociedad de la Nueva España en la época de contacto?
- ❖ ¿Es posible conocer el sistema médico mexicana, en cuanto a la forma en que los titici realizaban sus diagnósticos, durante la época de contacto?
- ❖ ¿Cuál fue la situación sociocultural y práctica de la medicina indígena y de los titici en la sociedad fractal de la Nueva España?
- ❖ ¿Por qué los médicos españoles que se encontraban en la Nueva España durante la epidemia de cocoliztli no diagnosticaron ni trataron a la enfermedad y a los pacientes?
- ❖ Durante la época de contacto, ¿hubo intercambio o apropiación de elementos terapéuticos entre los sistemas médicos indígena y español? Si lo hubo, ¿quién/quienes estuvo/estuvieron a cargo?
- ❖ La construcción del cocoliztli por los titici, ¿cruzó fronteras de conocimiento y fue asimilada por los españoles? Si esto se presentó, ¿cómo fue incorporado el cocoliztli en el sistema médico español?
- ❖ Si el cocoliztli de 1545 a 1548 sigue intrigando a los investigadores, ¿por qué no se le había estudiado individualmente, en lugar de compararla o asimilarla con la epidemia del mismo nombre ocurrida entre 1576 y 1578?

Aclaremos que al tener como objetivo la construcción sociocultural del cocoliztli, no se demeritan los estudios que se han enfocado en la causa biológica de la enfermedad. Al contrario, este trabajo es un soporte a dichos estudios, ya que para conocer a las enfermedades pasadas, es menester contemplarlas desde los aspectos biológico, ambiental y sociocultural (Mol & Lettingam 1992; Mayer, 1996). Es así que el aporte de esta investigación será el conocer una enfermedad concebida por un sector de la población en un momento de transición. Además, como lo menciona Wilson (2000: 283), esta investigación pretende “demostrar que la enfermedad tuvo una historia que puede ser escrita”. Sin embargo, antes de escribir una historia, necesitamos una metodología y las fuentes que nos permitan construirla.

2.2 Metodología

Antes de exponer la metodología a emplear en esta investigación, debemos recordar que, tal y como hemos sostenido en el apartado anterior, la entidad morbosa se conforma mediante símbolos en una red de palabras, situaciones, síntomas, sentimientos y experiencias típicas que se relación con el padecimiento y la enfermedad, además de acompañar a los miembros de la sociedad, y no es solo la agrupación de síntomas definidos (Good, 1977: 27, 30; Rosenberg, 1997: XXI). Este cúmulo de significados y símbolos de un grupo conlleva cambios retóricos para su construcción y aceptación; y ante todo, refleja la forma de pensar y concebir el mundo de las personas (Harley, 1999: 418).

Ahora bien, si lo que se pretende es aproximarse a la construcción del diagnóstico de la entidad morbosa, deberíamos enfocarnos en los símbolos de ésta. Es por lo anterior que la metodología a seguir para reconstruir el diagnóstico de la entidad del cocoliztli de 1545 en la Nueva España será la que se deriva del llamado giro retórico (Harley, 1999). A partir de ésta, podremos acercarnos al arte de sanar de las sociedades a través de sus marcos de referencia retóricos y semióticos.

2.2.1 Giro retórico y semiótica

Harley (1999) propuso el giro retórico en base al giro lingüístico y la retórica. El primero nos lleva a considerar que las enfermedades pasadas no pueden ser entendidas en base al corpus teórico del investigador contemporáneo. Para poder estudiarlas, habrá que considerarlas como sistemas semióticos en conflicto y concebir a las entidades morbosas en términos epistémicos (Harley, 1999: 409, 410). Ya que los símbolos y su creación son específicos de una sociedad, el giro lingüístico refiere más a un giro contextual que nos sitúa en el dónde, cómo y cuándo se construyó el discurso que se presentó y avaló ante y por la sociedad para la entidad morbosa (Good, 1994: 112; Staiano, 1992: 99).

Al contextualizar, será posible aplicar la retórica para presentar y conectar el conocimiento del cuerpo médico y social que generó la enfermedad, integrando así todos los aspectos, signos y símbolos que la construyeron y rodearon (Harley, 1999: 408, 411, 420, 433). Sin embargo, en la historia social de la medicina, es mas frecuente hacer uso de la hermenéutica retórica, ya que

señala que los padecimientos pertenecen al campo de la semántica debido a su construcción en base a significados con los que el enfermo entiende su realidad. Así mismo, se menciona que el diálogo del practicante, al momento de construir la entidad de la enfermedad, es hermenéutico o interpretativo, ya que la interpretación del padecimiento es un rasgo esencial de la medicina (Coulehan, 1991: 112). Resumiendo, la hermenéutica retórica permite identificar las ideas tanto de pacientes como practicantes, junto con las ideas que permeaban la sociedad en la que vivieron (Anrubia, 2003: 98).

Pese a que el giro lingüístico y la hermenéutica se apoyan en la semántica, Harley (1999: 435) propone emplear la semiótica con la finalidad de revelar los sistemas sociales y conceptuales del pluralismo médico que creó a las enfermedades, y que nos permite llegar a un re-diagnóstico y re-configuración social. En otras palabras, con la semiótica podremos explorar los métodos que generaron símbolos, signos, técnicas de diagnóstico y las tecnologías, elementos que formularon las entidades de enfermedades y nos revelan la episteme del grupo social (Staiano, 1992: 179).

Ahora bien, para reconstruir el diagnóstico de cocoliztli, buscaremos sus signos y símbolos en los documentos de la época, los cuales nos narrarán las experiencias tanto del cuerpo médico como de la sociedad. Sin embargo, nos centraremos en la investigación de un evento considerado como “minúsculo” comparado con los cambios y adaptaciones que ocurrían en la época de contacto, los cuales llenan los folios de los documentos. Es por lo anterior que las referencias que lleguemos a encontrar las tendremos que entender bajo los conceptos de la “Microhistoria” y como “excepciones normales”.

2.2.2) Microhistoria y lo “excepcional normal”

En la década de 1970, el historiador Edoardo Grendi tomó del antropólogo Clifford Geertz la idea del análisis de lo microscópico. Para el antropólogo, los megaconceptos pueden ser estudiados si se parte del saber extraordinariamente abundante que se tiene de cuestiones extremadamente pequeñas, o microhistóricas (Serna & Pons, 2002: 199).

Aplicando lo microscópico a la historia, Grendi (1977 en Serna & Pons, 2002: 206) proponía un modelo de análisis llamado microhistoria, en el que se redujeran los objetos de investigación al ligar el contexto con el análisis circunstancial. Esto se podría practicar en campos que por sus

pequeñas dimensiones, permiten el análisis con resultados significativos (Serna & Pons, 2002: 199). La microhistoria trabaja con documentos “excepcionales normales”, testimonios indirectos o documentos excepcionales que resultan “normales” por su relevancia. En otras palabras, debido a la escasez de testigos explícitos, lo excepcional da en negativo lo que se podría definir como normal. Grendi, con su metodología, intentó adentrarse a documentos que requerían una alfabetización cultural y una sofisticación hermenéutica, e interrogarse por unos hechos humanos que parecían menores, pero que al observarse desde un ángulo distinto, se presentaban como parte de la vida diaria de la gente del pasado (Serna & Pons, 2002: 206, 213).

Al hacer microhistoria, se tendrían tres significados o hallazgos si se parte de lo excepcional normal. El primero hace referencia a las fuentes, el segundo a los objetos de investigación, y el tercero al método de conocimiento y a las inferencias a aplicar. El primer hallazgo refiere a que una cosa se torna excepcional normal si el documento es significativo por ser revelador. Si al buscar un objeto de investigación que, por su condición extraña, descubra un negativo, o por fragmentos, hechos o procesos históricos normales y/o colectivos, se tiene el segundo significado. Por último, el indicio como mecanismo de creación de un paradigma cognoscitivo, o la huella escasa pero igualmente reveladora a la que se le da un significado si se llega a ella con audacia refiere al último de los hallazgos de Grendi (Serna & Pons, 2002: 208).

Dos documentos de las crónicas estudiadas en esta investigación nos permitirán ejemplificar los hallazgos de la microhistoria. El primer documento se trata de la carta de Fray Domingo de Betanzos, testigo directo que, sin pretenderlo, menciona el impacto demográfico de cocoliztli junto con los meses de inicio de la enfermedad. Otro ejemplo lo tenemos en los Anales de San Gregorio Acapulco. En éstos se leen, en náhuatl, los síntomas de la enfermedad y su nombre. Ambos son fuentes que se volvieron significativos por la información contenida, y de dicha información se desprenden datos (mortalidad, descripción de la enfermedad, inicio de la epidemia) que permitirán cumplir los objetos de investigación. Por último, con el análisis de la información proveniente de las fuentes, nos aproximaremos a la construcción sociocultural del cocoliztli.

Los tres hallazgos de la microhistoria llevan a aceptar que la historia y el trabajo del historiador es revelar el pasado que ya no existe a través de la reconstrucción indirecta y oblicua por medio de indicios, confirmando que se tiene un método de abducción, con la que se “sugiere que algo puede ser” (Serna & Pons, 2002: 209). Al utilizar dicho método, habrá que relacionar un hecho al

que solo se accede mediante pruebas, con testimonios o indicios, y así verificar la inferencia. La abducción es la confirmación de que los historiadores no pueden reconstruir y conocer una realidad inexistente por situarse en el pasado. Con la finalidad de tener una aproximación al evento de estudio, se usan materiales o fuentes históricas, las cuales casi siempre son indirectas; esto hace que se trabaje con escasa información para encontrar las uniones significativas en materiales simples y escasos (Serna & Pons, 2002: 209). Los documentos históricos, acorde a Ginzburg, expresan las relaciones entre las clases de una sociedad determinada, además de tomar las voces de las víctimas o los sujetos que presenciaron el evento, mediante la voz cortada que da una percepción del mundo. Para que los documentos sean relevantes y se vuelvan verídicos, el historiador debe hacer uso de la retórica, para así presentar y dar coherencia a una narrativa que haga convincente el hallazgo. En otras palabras, el historiador depende de su cualidad personal para llevar al lector al momento del evento y revelarle el pasado (Serna & Pons, 2002: 211-212).

Habremos también de considerar que para llevar a cabo cualquier estudio histórico que implique el ingreso en las fuentes y/o crónicas de los siglos XVI y XVII, primero debemos resolverse el problema de la evaluación de los testimonios plasmados, que por lo general resultan ser dispares. El proceso metodológico para obtener información de dichos documentos proviene de evaluarlos en base a dos críticas, una externa y otra interna. La primera hace referencia a la autenticidad de la fuente, lo que refiere a su fecha y lugar de procedencia. La crítica interna trata de verificar el valor del testimonio en cuanto a su fidelidad al narrar o hacer referencia a los hechos (Aranibar, 1963: 104).

Después de evaluar las fuentes, es momento de sumergirse en los documentos y realizar la construcción histórica del evento que se desea investigar (Aranibar, 1963: 104). Habría que agregar que a los documentos se debe llegar desde una posición plenamente dialógica. Navarrete (1997: 173) menciona que hay que realizar el mayor esfuerzo, por parte del investigador para poder escuchar las voces que se ocultan entre los documentos, y así entenderlas en su propio contexto, y comprender las complejas realidades (políticas, religiosas y culturales) en las que se desarrollaron.

Empleando el giro retórico, la microhistoria y el concepto de "excepcional normal" a este estudio, se justifica el considerar como fuentes primarias a los códices mexicanos del siglo XVI, las crónicas religiosas, políticas y mestizas de los siglos XVI y XVII producidas en la Nueva España, junto con

las Relaciones Geográficas y textos médicos. A continuación diremos unas palabras sobre los documentos que se consultarán en esta investigación, posteriormente se hará mención de los mismos, y en capítulos posteriores, nos adentraremos en la información que contienen y que es relevante para el estudio del cocoliztli de 1545.

2.2.3 Clasificación de las fuentes de información

Algunos de los personajes que participaron en la construcción de la enfermedad nos permiten aproximarnos a ella a través de las narraciones que elaboraron. Los documentos no solo relatan lo ocurrido, también representan la experiencia en la que los eventos tienen un orden significativo y coherente, que describen tanto el evento como las actividades y experiencias asociadas, y la significancia dada por parte de las personas involucradas (Good, 1994: 144). En otras palabras, las narraciones de la época nos presentan, a través de historias yuxtapuestas, la visión del agente que plasmó el evento, y los encuentros entre el cuerpo médico y social, de donde se concibe la enfermedad (Harley, 1999: 421; Good, 1994: 153).

Para aproximarse al cocoliztli de 1545, habremos de recurrir a códices, textos en forma de cartas gubernamentales, crónicas religiosas, laicas y mestizas, así como obras médicas. Los documentos fueron producidos en los siglos XVI y XVII por escribanos peninsulares, indígenas, criollos y mestizos. Si queremos adentrarnos aún más en la sociedad y cosmovisión, las narraciones serán entendidas en términos de discursos “emic” y “etic”, conceptos provenientes de la antropología y que nos permiten diferenciar los discursos de conquistados y conquistadores. A partir de los discursos, “...la idea de que el lenguaje etic es aquél que narra, describe y explica...en términos científicos la realidad social emic, y que el lenguaje emic son los términos de narración, descripción, o explicación de los propios oriundos” (Anrubia 2003: 96). Ambos discursos permiten al investigador convertirse en un dialéctico al integrar un giro contextual del estilo “cuándo, cómo y donde” para aplicarlo al evento epidémico, ya que si el agente emic, representante de los indígenas y titici, queda a la deriva, aun así puede hablar de sí mismo. Por último, distinguir lo emic y lo etic en las narrativas permite al investigador validar si un discurso narra, describe o explica bien al otro, el cual carece de consentimiento epistémico por parte del nativo, por la constitución cultural (valores y creencias) del otro en, con y desde el agente emic (Anrubia, 2003: 98). Aplicando esta propuesta metodológica de Anrubia al cocoliztli, podremos conocer la concepción de los titici sobre la enfermedad, que aunque se encuentra en

los documentos, especialmente los códices, fue silenciada por el discurso ético de los españoles. El discurso del último nos permitirá escuchar los aspectos faltantes de la voz indígena, siempre y cuando logremos diferenciar la parte indígena de la española.

Regresando a los textos, estos se pueden diferenciar en pictográficos –códices- y escritos de carácter crónico y médico. Aunque suene repetitivo, estas fuentes nos permitirán analizar qué es lo que dicen sobre la enfermedad, si es que lo dicen, así como construir el escenario o vida sociopolítica en el que el cocoliztli se presentó. El escenario se presenta (principalmente), a través de las narrativas tanto de conquistadores como religiosos que vieron el proceso de diseño de la Nueva España como empresa sociopolítica, establecida en una región espacio-ambiental distinta a la conocida en la península Ibérica.

A continuación presentaremos de manera sistemática los documentos de la época que constituyen el grupo de fuentes que serán analizadas para descubrir entre sus folios, los signos y símbolos que nos permitan reconstruir o aproximarnos al cocoliztli de 1545.

2.2.3.1 Códices nahuas

Entre los nahuas prehispánicos, hubo un interés particular por preservar el recuerdo de su pasado y sus elementos socioculturales. Esto se debió a una finalidad didáctica, la cual era el estructurar la identidad cultural-nacional del grupo poblacional (Baudot, 2004: 307-308). León-Portilla (1980: 78), al contextualizar la historiografía de los nahuas, resalta que entre ellos había palabras que hacían referencia a dicho esfuerzo por preservar y conservar, las cuales eran *tlatóllotl* (conjunto de palabras), e *itolloca* (lo que acerca de algo queda dicho). Ésta última fue la forma más antigua de preservar la memoria histórica entre los nahuas (León-Portilla, 1983: 54).

La *itolloca* se relacionaba y confiaba a los *amoxtli*, especialmente para preservar los recuerdos por medios de la escritura jeroglífica (León-Portilla, 1980: 78). Los *amoxtli* eran el equivalente a los libros en la cultura occidental, aunque no podemos estar completamente seguros de que hubieran sido entendidos de esa forma por los mesoamericanos. La palabra, derivada de *ama(tl)* y *oxitl*, literalmente significa “hojas pegadas de papel”. En esos pedazos de papel pegado, hechos de la corteza del árbol de amate, fueron dibujadas pinturas y glifos (León-Portilla, 2000: 15; Boone, 2000: 23; Mignolo, 1994: 258-262; Zavala, 1992: 199). Estas hojas pegadas se

relacionaban con los *xiuhámatl* (anales o códigos de años), donde se consignaba lo ocurrido cada año (León-Portilla, 1980, 1983).

Retomando la escritura de los códigos, los nahuas pasaron de la etapa meramente pictográfica a la de los glifos ideográficos, que representan simbólicamente ideas. Los glifos poseían ideogramas adecuados con los que referir a conceptos metafísicos, además, constituían una forma de escritura en extremo rica y expresiva, incluso desde el punto meramente estético (León-Portilla, 1983: 61). La estructura de los códigos se conformó principalmente de dos elementos: el pictográfico y el oral. Refiriendo al último, en el México prehispánico se encontraba la figura de los hombres *tlatimini*, o “sabedores de cosas”, y que a su vez, recibían el título de *amoxhuaque*, “poseedores de códigos” (León-Portilla, 1983: 51). Estos personajes eran los encargados no solo de velar por los códigos, también de cantar o dejar oír lo plasmado en el papel amate dentro del calmecac, centros de enseñanza a la que asistían los indígenas (León-Portilla, 1983: 66).

Si bien los códigos y *tlatimini* eran parte de la sociedad mexicana prehispánica, después de la conquista militar y la consecuente conquista espiritual a manos de los religiosos cristianos, la gran mayoría de los *amoxtlí*, que fueron nombrados por los españoles como “libro pintado, libro de caracteres, libro de los jeroglíficos, etc.”, sufrieron una quema masiva, mientras que los sabios fueron cazados y desposeídos de sus antiguos roles sociales (Baudot, 2004, Batalla, 2005). Pasado el ánimo por suprimir lo prehispánico bajo la sospecha de que estaba permeado de tintes mágico-religioso, los frailes franciscanos se dieron a la tarea de encomendar a los *tlatiminime* o *tlacuiloque* (artistas), incluso a los hijos de la élite indígena que educaban ellos mismos en los pocos colegios religiosos, creados junto a los conventos urbanos principales, la re-reproducción de sus libros de amate (Baudot, 2004: 306-307; Batalla, 2005: 14). Como cabe suponer, la re-reproducción de los códigos no fue exactamente como en los tiempos prehispánicos, ya que se vieron envueltos en la aculturación propia del fenómeno de la colonización y cristianización, resultando en el cambio de destinatario y formato de presentación, y la adición de ciertos contenidos al igual que la supresión de otros sospechosos de superstición (Batalla, 2005: 14). Sin embargo, se puede rescatar de los documentos una cierta autenticidad prehispánica siempre que el investigador se centre en comprender el riguroso trabajo de recuperación y reconversión realizado por los primeros frailes, especialmente los franciscanos (Baudot, 2004: 307-308). De dicho intento por conservar los libros amates, y pese a que actualmente se han catalogado más de 500 códigos, solo catorce o veinte de ellos son de origen

prehispánico dependiendo el investigador que los catalogue, resultando por lo tanto, muy escasa la información sobre la memoria histórica de la sociedad náhuatl mesoamericana (Baudot, 2004: 303-304; Batalla, 2005: 17).

La labor de los religiosos se centró en recuperar no solo el arte de amoxtli, también la memoria histórica de los indígenas americanos, debidamente expurgada de contenidos problemáticos desde el punto de vista de la cosmovisión cristiana. Fue tal la impresión que dejaron los códices en los frailes, que como parte de los trabajos etnográficos que realizaron, incluyeron las clasificaciones de dichos documentos. Un ejemplo de lo anterior se encuentra en Fray Toribio de Benavente, quien consigna cinco categorías de escritos, identificados tiempo después por el padre Garibay, y que son el “xiuhtonalmatl” “que habla de los años y tiempos”, el “illhuimatl”: “de los días y fiestas que tenían todo el año”, el “temicamatl” o “tetzauhamatl”: “de los sueños, embaimientos, vanidades y agüeros en que creían”, el “tocaamatl”: “del bautismo y nombres que daban a los niños” y “tenamicamatl”: “de los ritos, ceremonias y agüeros que tenían en los matrimonios” (Baudot, 2004: 305). Pareciera que los anteriores no eran los únicos temas o apartados que se retrataban en los códices, pero si son, en todo caso, los temas que más llamaron la atención de Benavente.

Actualmente, varios son los géneros o categorías de los códices nahuas. El historiador León-Portilla (1980, 1983) se ha dado a la tarea de clasificar los documentos tanto por su contenido como por sus glifos. Para nuestro trabajo, se dará lógica preferencia a los códices que narran los eventos históricos de la sociedad mediante una secuencia cronológica, también llamados históricos. Entre los códices históricos que más abundan, se encuentran los del centro de México, que han sido llamados “anales”, puesto que narran año por año los sucesos, narración que, en ocasiones, se entrelaza con genealogías de la élite mexicana (Batalla, 2005: 17-18). Pese a la aculturación que sufrieron estos anaes, en cuanto a los glifos utilizados, y sobre todo en cuanto a la incorporación de la escritura en alfabeto latino, éstos son los documentos más relacionados con la forma de plasmar el pasado histórico acorde al modelo prehispánico. Así, por ejemplo, encontramos que las fechas se presentaban acordes al calendario indígena pese a tener un ordenamiento lineal, así como el uso de frases paralelas, ciertas metáforas y modos de decir característicos del mundo precolonial (León-Portilla, 1980: 94; Batalla, 2005: 18).

Para finalizar este apartado, se puede concluir que los libros amate, realizados con la finalidad de plasmar la historia de la sociedad, son de gran utilidad para el investigador al momento de sumergirse en un mundo que, por cuestiones temporales, ya no existe.

2.2.3.2 Crónicas novohispanas o Crónicas de Indias (s. XVI-XVII)

Después de la llegada de los españoles al continente americano, se generaron una gran cantidad de documentos que han recibido el título genérico de “Crónicas de Indias”, las cuales son obras fuertemente ligadas al proceso de conquista e instauración de la colonia española en América. Como en su momento ya señaló Esteve Barba (en Jeffers, 2011: 40) y más recientemente ha articulado de modo más sistemático Arndt Brendecke (2012), para poder controlar y explotar tanto los recursos como a los habitantes de los nuevos territorios se hizo necesario conocer ampliamente ambos aspectos, para lo cual fue necesario generar diversos sistemas de recogida y elaboración de la información. Uno de los soportes en donde quedó más tempranamente plasmada toda esta información fue precisamente en estos documentos llamados Crónicas de Indias. Las Crónicas agrupan una gran variedad de obras y de géneros, que engloban desde las cartas –empezando por las del propio Cristóbal Colón– hasta textos escritos por los mismos conquistadores y soldados, obras “etnológicas” elaboradas por los frailes evangelizadores, crónicas propiamente dichas escritas por cronistas oficiales o las crónicas e historias de las poblaciones mesoamericanas, redactadas por indígenas mestizos o por frailes (León-Portilla, 1980: 82, 87; Jeffers, 2011: 13-14).

Debido a su compleja clasificación, las crónicas han sido consideradas por unos especialistas como literatura y por otros como historiografía. Lo anterior se debe a que son obras innovadoras, híbridas desde el punto de vista del género literario o textual; son a un tiempo obras de historia, de etnografía, de geografía, e incluso autobiográficas (Jeffers, 2011: 14). Lamar (2006: 386) propone, además o más allá de clasificar a las crónicas como parte de la literatura, entenderlas como una manifestación cultural en las que el autor transmite a las siguientes generaciones sus “...juicios, su forma de vida, y sobre todo, sus experiencias...”.

Una característica sobresaliente de las crónicas es el vocabulario empleado, el cual ha sido considerado como un elemento que refleja la transculturación. Lo anterior se debe a que tanto colonizadores como colonizados se dieron a la tarea de crear nuevos vocablos que refirieran a lo

que se observaba por primera vez, o a lo que fue renombrado después de la conquista de México. Dentro de los nuevos vocablos, se observan los rasgos típicos de la cultura europea e indígena americana, que tomaron un nuevo significado y ayudaron a definir la sociedad novohispana (López, 1968; Aguilar, 2009).

Si bien se ha aceptado que las crónicas de Indias son parte de la literatura, Lamar (2006) propone clasificar las crónicas acorde al título con el que se dieron a conocer. La tipología más común entre los siglos XVI y XVII, periodo de interés para esta investigación, fueron “Historia”, “Tratado”, “Libro” y “Carta”, términos con los que se evocan distintas concepciones genéricas de la época. Otro título que se encuentra con frecuencia es el de “Relación”, que entrelaza la vida propia del autor con la historia general, y donde se plasman las hazañas y hechos particulares que se presentaban, por lo general, a la Corona española, con finalidades distintas, pero con el denominador común de informar sobre los territorios y sus habitantes, bajo la creencia de que debía de ser conocido por el poder real. Cabe señalar que las “Relaciones” de este tipo fueron muy comunes a principios del siglo XVI y que, con el paso de la centuria, hasta llegar al siglo XVII, fueron desplazadas por las “Historias” (Lamar, 2006: 389-390).

En los siglos XVI y XVII, es frecuente encontrar escritos con el título de “Historia”, que agrupan o comprenden textos muy diversos, que, alejados parcial o completamente de los cánones de la retórica tradicional, completan esa designación con términos adyacentes tales como “sumaria”, “de las cosas” o “verdadera” (Lamar, 2006: 389). Este deslizamiento del campo semántico hace que el concepto de “Historia” sea entendido como narración y exposición de los acontecimientos pasados y dignos de ser recordados. Es aquí cuando la historia, concebida teleológicamente, es decir dotada de una causa final, como en la historia clásica, evoluciona y pasa a referirse más a una comprensión de un mundo que se revela nuevo. En este sentido es en el que hay que entender la creciente aceptación de la denominación “Nuevo mundo” a partir de este tipo de crónicas o historias, que pretenden comprender o interpretar todo lo descrito narrativamente (Lamar, 2006: 389-390).

Con la finalidad de entender lo que las Crónicas de Indias implican para la investigación histórica, puede resultar útil dividir su producción en dos periodos. El primer periodo ha sido llamado “fundacional o de formación”, y engloba las crónicas redactadas durante la primera mitad del siglo XVI. Los temas que tratan son “la extrañeza del foráneo, del individuo sorprendido ante la realidad que se presenta a sus ojos”, y la formación-consolidación de la colonia española.

Las crónicas realizadas a partir de la segunda mitad del siglo XVI hasta el siglo XVII corresponder al segundo periodo. En estas, los temas se centran en la lejanía de la Península, así como la realidad americana, y el trato diferencial con respecto a los peninsulares. Pareciera que se dejan a un lado los territorios míticos que se mencionaban en las primeras obras, debido, posiblemente, a la exploración y colonización de otras regiones americanas. Sin embargo, en este segundo período hay además dos variaciones en las Crónicas de Indias que deben señalarse. La primera se refiere al origen diverso de los autores, que fueron principalmente criollos que tenían en sus mentes a América como referencia contrastiva inicial. La segunda se vincula a la anterior, al surgir obras de la pluma de mestizos o indígenas aculturados, que presentan a la corona los méritos de su familia o comunidad (Lamar, 2006: 386, 388-389).

Haciendo mención especial a los autores mestizos, los indígenas que aprendieron español y las tradiciones europeas, fueron llamadas "ladinos". El periodo que cubrieron estos escritores va desde la mitad del siglo XVI hasta mediados del siglo XVII, desde la edad del primer nativo y las generaciones mestizas que nacieron después de la conquista, hasta que maduraron aquellos que sus abuelos experimentaron la invasión española. Los más notables fueron Hernando Alvarado Tezozómoc (activo desde 1598 hasta principios del siglo XVII), Fernando de Alva Ixtlilxóchitl (1578-1548), Domingo Francisco de San Antón Muñón Chimalpahin Quauhtlehuanitzin (nacido en 1579), Diego Muñoz Camargo (1529-1599), y Juan Bautista de Pomar (activo en 1582) (Aguilar, 2009: 172). El propósito de su narrativa no fue solo el preservar el pasado, también el mantener el presente vivo, mediante la escritura de la historia de sus pueblos desde tiempos ancestrales hasta el presente de cada autor (Adorno, 1994: 401 en Aguilar, 2009: 174).

Estos indígenas ladinos y su formación estuvieron relacionados con las prácticas de conversión de los misioneros, quienes se dieron a la tarea de enseñarles a leer, escribir y contar, para así esparcir la religión cristiana entre los naturales americanos. Igualmente, los ladinos fueron empleados en la escuela de San José de los Naturales, fundada en la ciudad de México en 1527, por el franciscano Pedro de Gante. Esta institución fungió como base para, posteriormente, crear el Colegio Imperial de Santa Cruz de Tlatelolco en 1536, donde se intentó instruir a los hijos de la élite náhuatl acorde al modelo franciscano. Desde el punto de vista médico, Tlatelolco destacó poderosamente por ser el lugar donde se elaboró el *Libellus de medicinalibus Indorum herbis* más conocido como *Códice de la Cruz-Badiano*, por ser el nombre de sus dos autores indígenas Martín de la Cruz y Juan Badiano. Regresando a la escuela de los Naturales, hay que revalorizarla ya que no solo formó ladinos, sino que tuvo su éxito por contar

con una librería y “sciptorium”, donde se copiaban los libros clásicos europeos y los mesoamericanos; entiéndase, por lo tanto, que en dicha institución se produjeron copias y reproducciones de los antiguos códices prehispánicos (Aguilar, 2009: 154, 156).

Como se observa, los religiosos novohispanos tuvieron un rol preponderante en la formación de los escritores indígenas, además de ser ellos mismos los que se dieron a la tarea de redactar crónicas, ya fuera para preservar y resaltar la labor misionera, o para conocer a los individuos que podrían ser cristianizados y formar así el nuevo reino de Dios en la tierra, un especial misionismo que cundió especialmente entre los franciscanos (Phelan, 1972; Vivanco, 2013). Por lo anterior, será necesario hacer menciones puntuales a las crónicas religiosas, puesto que son documentos que, dada su especial atención a aspectos del mundo cultural y mental indígena, nos ayudan a conocer la concepción que los titici tuvieron sobre el cocoliztli de 1545.

2.2.3.3 Crónicas religiosas

Al proceso de conquista militar del siglo XVI en la Nueva España, le siguió la llamada “conquista espiritual” (Ricard, 1986). Los representantes del poder colonial español, tanto los civiles como los religiosos, consideraron las prácticas indígenas como una invención del demonio, por lo cual se dedicaron a erradicarlas e imponer a la población nativa su fe, la religión cristiana (León-Portilla, 1976). Una cristianización que los colonizadores presentaron como inevitable, tanto por la presencia del demonio en las tierras americanas como porque era la coartada jurídico-canónica que les permitía otorgarse el poder sobre esas tierras y sobre sus pobladores (Cañizares, 2008).

Desde los primeros tiempos, varios religiosos se dieron a la tarea de recopilar información sobre la historia y vida cotidiana de los grupos indígenas, principalmente de los del centro de México, deteniendo así la extinción de la cultura indígena mexicana que ellos mismos, paradójicamente, habían iniciado. Varias han sido las teorías propuestas para explicar esta dedicación de los frailes a la labor “etnográfica” de preservación de tradiciones, lenguas y vidas de los indígenas; por ejemplo, la propuesta por León-Portilla (1976) que menciona que se hizo para acercarse a los vencidos y esparcir de modo más eficaz la religión cristiana. Otra interpretación fue mencionada por Baudot (1997), al señalar que la tarea de los frailes estuvo más relacionada con la ideología milenarista que trajeron consigo al Nuevo Mundo, principalmente los franciscanos,

como ya se ha apuntado. Se hará mención a mayor detalle de esta última propuesta, debido a que sus fundamentos encajan con el estudio aquí propuesto.

Baudot (1997), para desarrollar su propuesta, retrocedió en el tiempo hasta el siglo XIII, a casi los inicios de la orden de San Francisco para explicar la razón de las características de las crónicas religiosas elaboradas por ellos. En el siglo mencionado, las exploraciones de las rutas hacia el Extremo-Oriente no solo llevaron hasta allá a comerciantes y militares, también fueron franciscanos, que se dedicaron a elaborar crónicas con un trasfondo espiritual y político específicos. Los documentos de esas empresas muestran indagaciones meticulosas de sociedades que se entendía podían ser convertidas al cristianismo. La misión se dio por perdida en cuanto las sociedades asiáticas se convirtieron al Islam, y los religiosos empezaron a mirar hacia otros horizontes buscando reestructurar sociedades, culturas y en sí misma, a toda la humanidad, a la que se pensaba transformar de raíz al evangelizarla y crear cristianos de acuerdo con los principios de las comunidades cristianas primitivas interpretadas por el fundador de la Orden. Es lo que se ha dado en denominar la teoría milenarista en la peculiar encarnación de los franciscanos (Baudot, 1997: 278, 284).

Después de la llegada de los “primeros doce” evangelizadores franciscanos a México en 1524, los frailes se dieron a la tarea de crear esa sociedad milenaria que tanto habían añorado. Los religiosos sustentaron su idea al ver la situación de los indígenas mexicanos en la sociedad prehispánica y hacerlos depositarios de las características providenciales de pobreza, víctimas de maltrato, explotación y desamparo, así como la supuesta creencia de que su humildad corría junto a su inocencia. Con esta población, a la cual se habían adjudicado determinados adjetivos religiosos, se emprendió la cristianización, partiendo del principio de evitar a toda costa hispanizarlos, de modo que perdieran esas virtudes religiosas anteriores (Baudot, 2004: 274, 285).

Pero los frailes conocían que para lograr la sociedad milenaria que anhelaban, debían conocer a la población, por lo que empezaron su labor de “etnógrafos” al indagar la vida y costumbres de los habitantes naturales. Varios fueron los frailes que dejaron escritos sobre su ardua inmersión en las sociedades indias, entre los que se encuentran fray Andrés de Olmos, fray Toribio de Benavente, llamado Motolinía, fray Martín de La Coruña, fray Francisco de las Navas y fray Bernardino de Sahagún. Sobre el primero, Baudot (1997: 275) señala que prácticamente inventó los métodos y técnicas para el proceso de investigación indiana, al desarrollar una metodología

que permitiera conocer lo que ocultaban los informantes por dos razones: preservar su identidad o por desconfianza ante los religiosos.

Los frailes seráficos no solo se quedaron en la indagación y trabajos etnográficos, ya que a partir de 1532, como se ha apuntado, fundaron el Colegio de Santiago Tlatelolco, así como la primera República de Indias creada también por el obispo fray Juan de Zumárraga. El colegio nació con la firme intención de educar a los hijos de la élite indígena y formar informantes y traductores en lengua náhuatl que ayudaran a los frailes a explorar y conocer los mecanismos de la sociedad y del discurso prehispánico para dotar de mayor eficacia y rendimiento la labor evangelizadora (León-Portilla, 1976: 114; Baudot, 1997: 291). El ya mencionado proyecto de Zumárraga, el cual fue compartido por Sahagún y Mendieta, tuvo el propósito de alejar a los indígenas de la influencia peninsular mediante la creación de pueblos indígenas o “Repúblicas de indios” (León-Portilla, 1976: 114). En estos espacios controlados, en realidad auténticos guetos, los indígenas continuaban con sus prácticas siempre y cuando hubieran pasado por la revisión de los seráficos y fueran aceptadas. Las Repúblicas se mantuvieron casi hasta finales del siglo XVI, cuando el rey Felipe II mandó en 1577 no solo prohibirlas y forzar la inclusión del indígena en la sociedad colonial, sino que también confiscó la obra de Sahagún y prohibió la publicación de los trabajos etnográficos realizados por los religiosos (Baudot, 1997: 306). Pese a la censura y represión de los frailes, en la actualidad, las primeras crónicas de estos personajes siguen siendo una de las mayores claves para entender los procesos y sucesos que ocurrieron en los años inmediatos a la conquista y la instauración de la colonia de la Nueva España.

Persiguiendo una misma finalidad, vamos a presentar también un tipo de documento oficial de especial importancia en la recopilación de la información a partir de fuentes indígenas, como fueron las llamadas *Relaciones Geográficas de Indias*; así como algunas de las obras médicas impresas en la colonia durante el período objeto de nuestro interés. A continuación, se detallará el origen y función de dichos documentos.

2.2.3.4 Relaciones Geográficas de Indias

Entre los documentos que están al alcance de la utilización del historiador para conocer la forma de vida (social, cultural, gubernamental, médica, etc.) de la Nueva España en el siglo XVI, se encuentran los documentos gubernamentales que refieren a la historia política de la colonia. A

partir de la conquista de México en 1521, la Corona española creó en 1524 un cuerpo consultivo gubernamental, el Consejo de Indias, que estuvo a cargo de centralizar, controlar y vigilar las políticas de las Indias españolas (Schafer, 1947; Poole, 2004; Pardo, 2014: 42). Además, el Consejo pedía información a todos los que viajaban desde las Américas hacia España, pese a que las preguntas se enfocaban más en aspectos de la naturaleza y no tanto en las cuestiones socioculturales.

Es en la década de 1570 cuando el poder colonial español se plantea una reorganización y una nueva elaboración de lo que habían sido hasta ese momento las principales políticas en el Nuevo Mundo, pues se considera la situación de las colonias como caótica, llegando al diagnóstico de que los problemas de éstas se debían al desconocimiento que reinaba en la corte peninsular (Álvarez, 1992: 119; Brendecke, 2012). Formando parte de estos planes para la nueva reestructuración del poder colonial, el Consejo mandó imprimir y distribuir en las colonias americanas la *Instrucción y memoria de las relaciones que se han de hacer para la descripción de las Indias*, texto que contenía 50 preguntas que abarcaban temas demográficos, ecológicos, sanitarios, económicos, etnográficos, históricos, religiosos, sociológicos, urbanistas y de asentamientos humanos, además de las costumbres de alimentación y vestimenta de los habitantes, tanto europeos como indígenas (Acuña, 1984; Pardo, 2014).

Con dicho cuestionario, la monarquía española quería obtener información sistematizada sobre el territorio de sus colonias. Pese a ser documentos de un gran valor historiográfico, se presentaron ciertos problemas al momento de recopilar la información, el cual abarcó el periodo entre 1578 y 1585. Entre estos percances se encuentran el sesgo de los informantes, ya que aquellos que eran entrevistados pertenecían a la clase regente, y eran acompañados por indígenas viejos, traductores y escribanos. Si bien los informantes señalaban lo interrogado, cambiaban la información por no querer compartirla con el conquistador, o escondían los rasgos que denotaran sus viejas costumbres y usanzas. Además, la lengua de las distintas sociedades representó un gran inconveniente, debido a que, pese a la labor de los frailes etnógrafos, aun había un gran desconocimiento sobre las lenguas de los pobladores. Por último, otro problema que se presentó fue el que los escribanos y españoles informantes asimilaban el saber indígena y lo transformaron acorde a su visión y mentalidad, o incluso cometieron continuos malentendidos, derivados de los errores de interpretación (Álvarez, 1992: 123-125; Lockhart, 1992).

Más allá de estos inconvenientes y de los problemas heurísticos derivados de la propia fuente, las *Relaciones Geográficas de Indias*, nombre con el que actualmente se conocen las respuestas dadas a la *Instrucción y memoria...*, siguen siendo de gran utilidad para conocer la historia temprana de la colonia de la Nueva España⁵.

2.2.3.5 Obras Médicas de la Nueva España en el siglo XVI

Si el objeto de interés de la investigación es una enfermedad, indudablemente deberían considerarse todas aquellas obras de carácter médico que se produjeron en el momento en que el fenómeno ocurrió. Debido a esto, habrá que abordar la producción de los médicos que ejercieron en la Nueva España durante el siglo XVI y dejaron sus observaciones en libros.

La presencia de los galenos peninsulares en México data desde 1520, y ya consumada la conquista fue haciéndose más fuerte (Somolinos 1987: 83; Anzures, 1983). La ideología de estos personajes fue, como no podía ser de otro modo, la del galenismo⁶ que se impartía en las principales escuelas universitarias castellanas (Salamanca, Alcalá y Valladolid) donde la mayor parte de los médicos se habían formado. Así pues, podemos encontrar en ellos rasgos del galenismo arabizado, junto a otros lineamientos más acordes con el galenismo humanista o el hipocratismo de nuevo cuño, aunque también con rasgos de lo que tradicionalmente se denominó “galenismo contrarreformista”, ya hacia finales del siglo XVI (López, 1979; Somolinos 1993: 34, 83).

Varios de los médicos que ejercieron en la Nueva España recogieron sus saberes en obras que han permitido a los investigadores conocer el panorama médico del momento, al menos el que se plasmó en las obras médicas impresas. Las obras, en las que profundizaremos con mayor detalle en el capítulo tercero y cuarto, tuvieron como característica el haber sido redactados para el vulgo debido a la escasez de médicos peninsulares durante todo el siglo XVI. Igualmente, los documentos muestran el cambio que se dio en la teoría y práctica médica europeas iniciado ya

⁵ Las Relaciones Geográficas de los diversos obispados que formaban la Nueva España fueron recopiladas por el historiador René Acuña. El corpus de estas relaciones consta de 10 volúmenes distribuidos como se muestra a continuación: Volumen primero (1982) dos relaciones de Guatemala, Volumen segundo y tercero (1984) treinta y cuatro relaciones de Antequera o Oaxaca, Volumen cuarto y quinto (1984^a, 1985) dieciséis relaciones de Tlaxcala y Veracruz; Volumen sexto a octavo (1986) treinta y tres relaciones de México, Volumen noveno (1987) diecisiete relaciones de Michoacán, y Volumen décimo (1988) doce relaciones de la Nueva Galicia (Acuña, 1988: 11).

⁶ Tanto el galenismo y sus variantes, junto con el hipocratismo y la medicina de la contrarreforma, serán explicados con mayor detalle en el capítulo tercero.

desde finales del siglo XV derivado principalmente de las innovaciones anatómicas (Somolinos 1993: 33-34; Viesca 1990: 219; Martínez, 2014; Laín, 1963: 41; López, 1992: 77).

El elenco de producciones impresas, de las que puede colegirse el estado de la investigación médica del primer siglo después de la conquista de México-Tenochtitlan es el siguiente: Arias de Benavides (1567), Francisco Bravo (1570), Francisco Hernández (1577), Alonso López de Hinojosa (1578), y Pedro García Farfán (1579), entre otros (Anzures, 1983: 57; López Piñero, 2007: 223). Las obras y galenos mencionados serán presentados con mayor detalle en el apartado sobre la Medicina en la Época Colonial. Por el momento, solo mencionaremos que tanto los autores como sus obras nos permiten conocer la mentalidad médica, los padecimientos y anécdotas médicas de la población novohispana del siglo dieciséis.

2.2.4 Fuentes de Información

Después de la descripción de las fuentes que utilizaremos para conocer la concepción del cocoliztli, pasemos a mencionarlas.

Los primeros documentos son los códices, libros que nos permitirán conocer de manera más directa al cocoliztli y su construcción por los titici.

Códices

- *Códice Telleriano-Remensis* (1198-1557)
- *Tira de Tepechpan* (1298-1596)
- *Códice de Chimalpopoca: Anales de Cuauhtitlan y leyenda de los soles* (1558-1579)
- *Códice Vergara* (1540)
- *Códice Mendoza* (1542)
- *Códice de Santa María de Asunción* (1545-1557)
- *Codice de Yanhuitlan* (1550)
- *Códice Sierra* (1551-1564)
- *Codice de Santiago Tlacotepec* (1565)
- *Códice Aubin* (1576)
- *Códice de Tlatelolco* (1621)

- *Códice Techialoyan de San Pedro Tototepec (1999)*
- *Códice Ramírez (1585)*

Señalemos que los documentos de la época de contacto y colonial a consultar, para tener una mejor noción del pensamiento de los agentes sociales, serán divididos en:

Cartas varias

- *Cartas de relación (1866)* de Hernán Cortez
- *Cartas de Indias (1980)* Varios
- *Crónicas de Indias (2013)* Mercedes Serna

Crónicas y documentos de la administración colonial

- *Relaciones sumaria (1554)* de Lebrón de Quiñones
- *Relaciones geográficas de México (1579-1582)*
- *Historia general de los hechos de los castellanos en las islas y tierra firme del mar océano, en cuatro décadas desde el año de 1492 hasta el año de 1531 (1601)* de Antonio de Herrera
- *Verdadera relación de la obra que se hacia para desaguar esta laguna de México (1628)* de Enrico Martínez
- *Breve y sumaria relación de los señores de la Nueva España (1865)* de Alonso de Zurita
- *Suma de visitas de pueblos por orden alfabético: Manuscrito 2800 de la Biblioteca Nacional de Madrid, Anónimo de la mitad del siglo XVI (1905)*
- *Documentos inéditos del siglo XVI para la historia de México (1914)* de Mariano Cuevas y Genaro García.
- *Historia general y natural de las Indias (1535, 1552)* de Gonzalo Fernández de Oviedo
- *Historia verdadera de la conquista de la Nueva España (1568; primera impresión 1632)* de Bernal Díaz del Castillo
- *Historia del Nuevo Reino de Granada (1589)* de Juan de Castellanos

Relaciones Geográficas

- *Relaciones geográficas de México (1579-1585)*, de Real y Supremo Consejo de Indias

Crónicas de órdenes religiosas

- *Diario de viaje de Salamanca a Chiapa* (1545) de Fray Tomas de la Torre
- *Hispania Victrix. Historia General de las Indias* (1552) de Francisco López de Gomara
- *Tratado de la destrucción de las Indias* (1552) de Fray Bartolomé de las Casas
- *Breve relación de la destrucción de las Indias* (1552) de Fray Bartolomé de las Casas
- *Relaciones acerca de las antigüedades de los Indios* (1571) de Fray Ramón Pané
- *Descripción de la ciudad y provincia de Tlaxcala de las Indias y del Mar Oceano* (1576) de Diego Muñoz Camargo
- *Historia General de las Cosas de la Nueva España* (1577) de Fray Bernardino de Sahagún
- *Historia eclesiástica indiana* (1585) de Fray Jerónimo de Mendieta
- *Historia natural y moral de las Indias* (1591) de José de Acosta
- *Crónica de la orden de N.P.S. Agustín en las provincias de la Nueva España* (1624) de Juan de Grijalba
- *Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales de esta Nueva España* (1629) de Hernando Ruiz de Alarcón
- *Crónica miscelánea* (1643) de Fray Antonio Tello
- *Historia de la provincia de San Vicente de Chiapa y Guatemala* (1721-1722) de Francisco Jiménez
- *Primera parte de los veintiun libros rituales y monarquía indígena, con el origen de las guerras, de los indios occidentales, de sus poblaciones, descubrimiento, conquista, conversión y otras cosas maravillosas de la misma tierra* (1723) de Fray Juan de Torquemada
- *Historia de los Indios de Nueva España* (1800) de Fray Toribio de Benavente de Motolinía
- *Historia antigua de México* (1826) de Francisco Javier Clavijero
- *Historia de México* (1836) de Andrés Cavo
- *Memoriales* (1903) de Fray Toribio de Motolinía
- *Historia de la fundación y discurso de la provincia de Santiago de México, de la orden de Predicadores* (1955) de Fray Agustín Dávila Padilla
- *Crónica de la Compañía de Jesús en la Nueva España* (1957) de Francisco Gonzalez
- *Obras de Padre Juan de Mariana*

Crónicas ladinas

- *Relaciones de Texcoco y de la Nueva España* (1582) de Juan Bautista Pomar y Zurita
- *Relaciones originales de Chalco Amequemecan* de Don Francisco Muñon Chimalpahin
- *Crónica mexicayotl* (1598) de Fernando Alvarado Tezozomoc
- *Crónica y Obras completas* (1600-1640) Fernando de Alva Ixtlilxóchitl

Vocabulario

- *Vocabulario. Manual de las lenguas* (1611) de Pedro de Arenas

No pasemos por alto que las enfermedades y su diagnóstico también dejaron una huella social representada por los literatos de la época. Por lo anterior, se revisaran los documentos:

Literatos

- *Tres diálogos latinos* (1554) de Francisco Cervantes de Salazar
- *Crónica de la Nueva España* (1575) de Francisco Cervantes de Salazar
- *Coloquios espirituales y Sacramentales* (1610) de Fernan Gonzalez de Eslava

Al estudiar enfermedades antiguas, es inminente la búsqueda de su construcción en obras médicas. Se revisaran documentos impresos tanto en España como en la Nueva España. Si bien se ha mencionado que la enfermedad fue nueva para españoles e indígenas, los documentos peninsulares serán analizados en caso de que se encuentren referencias al evento.

Obras médicas españolas

- *Sevillana medicina* (1545) de Juan de Aviñon
- *Libro del ejercicio corporal y de sus provechos* (1553) de Cristobal Mendez
- *Primera y segunda y tercera partes de la historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en medicina* (1574) de Nicolas Monardes
- *Cirugía universal y particular del cuerpo humano* (1598) de Juan Calvo
- *Milicia y descripción de las indias* (1599) de Bernardo de Vargas Machuca
- *Epidemiología española* (1802) de Joaquín de Villalba

Obras médicas novohispanas

- *Secretos de Cirugía* (1567) de Pedro Arias de Benavides

- *Opera medicinalia* (1570) de Francisco Bravo
- *De la enfermedad de la Nueva España en el año de 1576, llamada por los indios cocoliztli* (1576) de Francisco Hernández
- *Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias* (1591) de Juan Cárdenas
- *Suma y recopilación de cirugía, con un arte para sangrar muy útil y provechoso* (1578, 1595) de Alonso Lopez de Hinojosos
- *Tractado breve de medicina* (1579, 1610) de Agustín Farfán
- *Repertorio de los tiempos e historia natural de la Nueva España* (1606) de Henrico Martínez
- *Verdadera medicina, cirugía y astrología, en tres tomos divididos* (1608) de Juan Barrios
- *Sítio, naturaleza y propiedades de la ciudad de México. Aguas y vientos a que ésta sujeta, y tiempos del año. Necesidad de su conocimiento para el ejercicio de la medicina, su incertidumbre y dificultad sin el de la astrología así para curación como para los prognósticos* (1618) de Diego Cisneros
- *Tesoro de la medicina para diversas enfermedades* (1674) de Gregorio López

Un lugar especial en este estudio se le da al primer libro que muestra el mestizaje médico y terapéutico producido en la Nueva España. Su análisis podría señalarnos la terapéutica empleada para el cocoliztli por parte de los titici. La obra que se analizará es:

- *Libellus de medicinalibus indorum herbis* (1552) de Martín de la Cruz con traducción latina de Juan Badiano

Conclusión

Para el caso del cocoliztli, el giro retórico complementado con la semiótica hermenéutica, aplicada a las narraciones del evento y que serán consideradas como excepcional normal, nos permiten conocer lo que los titici y la sociedad fractal de la Nueva España construyeron como “cocoliztli”. Pero los más sustanciosos resultados de esta investigación sobre los textos han de proceder de un inteligente intento de colocar el problema en el más amplio contexto de la información y de las ideas, para así narrar una historia sobre la enfermedad a partir de aquellos que la observaron y construyeron (Elliot, 2011: 23).

Capítulo 3

La sociedad y sistemas médicos en la Nueva España durante la época de contacto (siglo XVI)

Una nueva forma de vida, una nueva visión del mundo nunca bien entendida, una transformación –quizá deformación– de la naturaleza humana constituyen el marco de una de las más grandes calamidades de los tiempos modernos.

(Viesca, 1990)

El diagnóstico de la entidad de enfermedad, como lo mantiene la historia social de la medicina y el constructivismo social, no puede ser reconstruido si antes no se transporta el investigador al espacio y tiempo, o contexto, en el que fue construida (Harley, 1999; Arrizabalaga, 2002; Mayer, 1996; Hofman, 2001). Sabemos que hay demasiados problemas para transportarnos al momento en que el evento ocurrió, aunque, como lo propone Le Roy (1981), habrá que reconstruirlo, para así entender la entidad en relación a sus circunstancias espacio-temporales (Ocaranza, 2011).

En este capítulo se tratará de recrear el espacio físico y sociopolítico de la Nueva España durante la época de contacto, además de conocer los sistemas médicos español e indígena, especialmente el azteca, antes de la conquista de México y su interacción en la época de contacto. Este no es solo un apartado faltante en las investigaciones sobre el cocoliztli, también es esencial para diferenciar la razón de que las enfermedades y sus diagnósticos no fueran tan similares con los desarrollados durante la época colonial. Antes de adentrarnos al espacio, haremos una breve mención de lo que implicó y fue la conquista de México-Tenochtitlan tanto para españoles como para indígenas, y sus consecuencias entendidas en base a la alteridad y otredad, con lo cual, podremos acercarnos de mejor forma a la reconstrucción del mecanismo por el cual la sociedad novohispana apenas naciente llegó al diagnóstico de cocoliztli.

3.1 Contexto

3.1.1 La conquista de México-Tenochtitlan y sus implicaciones

*¿Qué es lo que ahora podemos decir?
Aunque obramos como señores
Somos madres y padres de la gente,
¿acaso aquí, delante de vosotros,
debemos destruir la antigua regla de vida?
¿La que en mucho tuvieron
nuestros abuelos, nuestras abuelas,
la que mucho ponderaron,
la que mantuvieron con admiración,
los señores, los gobernantes?*

(Sahagún, *Coloquios y Doctrina Cristiana*, citado de Viesca, 1990c: 132)

La epidemia de cocoliztli que aquí nos atañe, tuvo lugar veinte años después de la conquista de México-Tenochtitlan. El llamarle al periodo que abarca de 1521 a 1560 como “época de contacto” no es mera casualidad, sino que permite darnos una idea de lo caótica que estaba en sus inicios la nueva colonia española, ya que tanto conquistados como conquistadores tuvieron que adaptarse a su nueva situación, junto al espacio que habitaban, para así dar paso a una sociedad regulada al momento de instaurarse la colonia de la Nueva España. Incluso, podríamos mencionar que la época de contacto es una época liminal, ya que fue el periodo de transición entre una sociedad prehispánica a una mestiza-novohispana. Detengámonos un momento y detallemos la mentalidad e implicaciones que tuvieron para españoles e indígenas, conquistadores y conquistados, la derrota de México-Tenochtitlan y la conquista del territorio bajo su dominio, para así poder entender un poco más la sociedad en la que el cocoliztli de 1545 se presentó.

La “Conquista” de México-Tenochtitlan no fue solo la invasión y dominación territorial por parte de españoles. Representó un complejo fenómeno sociocultural de choque entre dos sociedades distintas, donde se dio la fusión, el desplazamiento o la incorporación de objetos y mundos tanto físicos como mentales (Cárdenas, 1992: 283; Somolinos, 1987: 80; Gruzinski, 1994: 148). Somolinos (1987: 81) consideró que la conquista fue la primera etapa del fenómeno de fusión, y fue seguido por la etapa de absorción de un grupo por el otro, imponiendo sus costumbres. En el caso novohispano, los españoles representan un caso típico de imposición cultural con destrucción y aniquilamiento, ya que impusieron a los indígenas mexicanos su forma y concepción de vida, básicamente a través de la imposición del cristianismo. Hay que señalar que en el ideal español de la época, la imposición de los modos de vida era inseparable de la de la

religión, ambas tenían el propósito de igualar al hombre indígena con ellos para poder disponer de la justificación imprescindible para el despliegamiento del poder colonial. Sin embargo, al imponerse al otro, implícitamente, se le desconoce su naturaleza humana y se le dota con el rasgo de civilización inferior (Somolinos 1990: 127-128; Todorov, 1991: 192).

La consecuencia primera de la imposición española para la población indígena fue la privación de su calidad de seres humanos. Ante la destrucción del antiguo orden social, los indígenas pusieron en duda su capacidad de pensar racionalmente, así como la cosmovisión que daba sentido a su vida, quedando en el vacío (Viesca, 1990c: 132). Para ejemplificar lo anterior, recurramos a Fray Bernardino de Sahagún, quien en los *Coloquios y doctrina cristiana*, escritos hacia 1524, documentó las palabras de los antiguos sacerdotes indígenas que representan el vacío que dejó el nuevo orden sociocultural impuesto por los conquistadores españoles:

... nuestros progenitores,/los que vinieron a ser, a vivir en la Tierra/ no hablaban así. En verdad ellos nos dieron/ su norma de vida, tenían por verdaderos,/servían,/ reverenciaban a los dioses./ Ellos nos enseñaron,/ todas sus formas de culto,/ sus modos de reverencia (a los dioses) Decían/ que ellos, los dioses, son por quien se vive,/ que ellos nos merecieron.../ y que decían/ que ellos nos dan/ nuestro sustento, nuestro alimento,/ todo cuanto se bebe, se come,/ lo que es nuestra carne, el maíz, el frijol/ los bledos, la chía./ Ellos son a quienes pedimos/ el agua, la lluvia, por las que se producen las cosas en la tierra./ (...) También ellos dan a la gente/ el valor, el mando,/ el hacer cautivos en la guerra, el adorno para los labios,/ aquello que se ata, los bragueros, las capas,/ las flores, el tabaco,/ los jades, las plumas finas, los metales preciosos (...) Ellos dieron/ el señorío, el mando,/ la gloria, la fama./ Y ahora, nosotros,/ ¿destruiremos la antigua regla de vida? (...) Es ya bastante que hayamos dejado,/ que hayamos perdido, que se nos haya quitado,/ que se nos haya impedido/ la estera, el sitial/ (...) Haced con nosotros lo que queráis (...) No nos queda otra cosa que morirnos (Sahagún, Coloquios: citamos por Viesca, 1990c: 132 que se basa en la edición crítica de 1986).

Las palabras de los sacerdotes ejemplifican el sentimiento de la población indígena, la cual tuvo que aprender a vivir y entender el mundo bajo la cosmovisión cristiana de los conquistadores españoles. Sin embargo, pese al sentimiento de abandono que tuvo la sociedad indígena, ésta no pereció, sino que encontró formas de sobrevivir entre la misma gente o en los rasgos indígenas que los españoles tomaron para adaptarse al nuevo territorio y su gente (Viesca, 1990c: 132).

Dejemos a un lado por un momento a la población conquistada y retomemos a ambos grupos, así como el ambiente sociocultural de la época de contacto. Después que los españoles afianzaron su victoria, la sociedad que surgió en la época del cocoliztli fue lo que Gruzinski llamó “sociedad fractal”⁷. Dicha sociedad fungió como proceso de transición entre la época prehispánica y la época colonial propiamente dicha, caracterizándose por un aspecto caótico e inestable, heterogénea y con mutaciones imprevistas. Ante los cronistas peninsulares, esta sociedad híbrida, debido a la combinación de elementos hispánicos e indígenas, fue referida con el término de “novedad”. Sin embargo, el resultado de la sociedad fractal fueron las formaciones fractales y sociedades mutiladas debido a la interacción primera entre europeos desarraigados de su medio de origen con grupos indígenas destrozados por las guerras (Gruzinski, 1994: 151).

Otra de las características de la sociedad fractal en América fue la combinación fragmentada e intermitente entre indígenas y europeos, ya que hubo problemas y obstáculos lingüísticos, así como de sistemas conceptuales por parte de los conquistadores, haciendo que se entorpeciera aún más el intercambio entre ambos grupos (Gruzinski, 1994: 158). Al haber ganado, los conquistadores dieron el efecto de que toda comunicación es interhumana. Habrá que recordar que el hombre necesita comunicarse tanto con los suyos como con la naturaleza. La victoria española es en sí problemática, debido a que su propósito de entablar la comunicación interhumana como único medio fue destruido, ya que toda acción tiene una parte de rito y de improvisación, haciendo que toda comunicación sea paradigma y sintagma, código y texto, interactuando en más de una sola dimensión de la actividad simbólica (Todorov, 1991: 105-106).

Los problemas que tuvieron ambos bandos para comunicarse, además de ser sociedades que entraban en contacto por primera vez, les obligó a compararse y buscar similitudes entre sus referentes, con la finalidad de dar una identidad primera a lo observado o formar imágenes mutuas (Gruzinski, 1994: 158; León-Portilla et al., 1992: 3). Las *imágenes mutuas* conllevan elementos de interés epistémico, los cuales, al relacionarse con los encuentros interétnicos, incrementan su relevancia al ser empleadas para explicarse o inventarse con quiénes, unos y otros, se están comunicando (León-Portilla et al., 1992: XXI). Tanto el primer encuentro entre españoles e indígenas, como las imágenes mutuas y la necesidad de convivir, llevaron a los grupos a resaltar las diferencias en cada individuo, haciendo que las representaciones y

⁷ Término empleado en la física y matemáticas que refiere a fenómenos irregulares, fragmentados y que no pueden ser reducidos a formas enteras y sencillas (Gruzinski, 1994: 151).

afirmaciones tanto del “yo” como del “otro” y del espacio, no se hicieran esperar (Todorov, 1991: 220).

Ante la nueva situación que vivían ambos grupos, fue necesario el elaborar formas de comportamiento y convivencia adecuadas a la situación. Éstas resultaron de la combinación, adición o yuxtaposición de elementos sacados de los universos de cada personaje, adquiriendo así nuevos significados y valores. Al mezclar las referencias culturales, los individuos experimentaron una mutación mental caracterizada por una destreza perceptiva acentuada y un más alto grado de velocidad gestáltica. De la agilidad mental de pasar de una cultura a otro, aparecieron identidades múltiples, manifestadas en el mestizaje característico de las sociedades novohispanas (Gruzinski, 1994: 168).

El mestizaje de la sociedad fractal novohispana durante la época de contacto implicó la creación de un *imaginario colectivo*, o la apropiación cultural del continente. A través del imaginario colectivo se estableció la relación simbólica con el territorio, la elaboración de representaciones de si (en el presente, el pasado y el futuro) y del otro, y el establecimiento de un marco de integración colectiva. Este imaginario fue producto del conjunto de procesos simbólicos mediante los cuales una sociedad se asigna puntos de referencia para implantarse en el espacio y el tiempo, haciendo posible la comunicación entre sus miembros, así como el situarse en relación con las otras sociedades (Bouchard, 2003: 17).

Ante el hecho indiscutible de la conquista y colonización de América y sus sociedades, el desarrollo de un *discurso colonial*, así como la *socialización*, fueron necesarios para posicionar y justificar las acciones bélicas por parte de los peninsulares. Podemos entender el discurso colonial, basado en el imaginario colectivo, como los modelos de hablar, escribir, pintar y comunicarse que permitieron que las ideas pasaran de un discurso (o registro delimitado de signos, códigos y significados) a otro, con la finalidad de autorizar y posibilitar los objetivos del control colonial y las estrategias de resistencia y adaptación al mismo (Klor, 1992: 339). El sustento del discurso fue el proceso de socialización, del cual fueron adquiridos los símbolos colectivos característicos de la sociedad de pertenencia, junto con los valores asociados a los símbolos (Cárdenas, 1992: 283).

Con el discurso colonial los conquistadores reflejarán la cultura de la continuidad o hispanización en América. Para entender lo anterior, pensemos que la creación de una “Nueva España” fue

considerada como el acto de extender el modelo de la España católica, avalado por el ambiente, hábitat, comodidades y arquitectura de América; en una palabra, la imagen colectiva que los españoles se hicieron de los indígenas y, sin la cual, el proceso de hispanización no hubiera estado sustentado (Bouchard, 2003: 240; Baudot, 1983: 109, 260-261).

Hablar de la hispanización de América, especialmente de México, nos permite entender con mayor precisión la época de contacto. No se han encontrado razones que justifiquen tal intención de hispanizar a los indígenas y el territorio, simplemente fue una cosa evidente que dotaba a los pobladores nativos de calificativos de raza inferior, con lo cual, podían ser conquistados y utilizados para generar riquezas (Todorov, 1991: 51, 192). Cabe señalar que el modelo de hispanización no perduró más allá de la primera mitad del siglo XVI, debido principalmente a la realidad americana a la que se enfrentaron los conquistadores, realidad ambiental, social y cultural, expresada en resistencias desde todos los órdenes, pero también en apropiaciones no contempladas por los dominadores. La realidad se impuso: la supuesta hispanización pasó a ser la americanización, el mestizaje de la utopía debido a las realidades fractales de la sociedad (Gruzinski, 1994: 162; Bouchard, 2003: 240).

Pese a no haber motivos claros para llevar a cabo la conquista tanto de el Caribe americano como de la parte central del continente, Todorov (1991: 23-24) señala que sí los hubo. Primero tenemos que especificar que durante el periodo de contacto se afianzó el control y dominio español debido a las campañas de reconocimiento del terreno y su conquista, llevadas a cabo principalmente por conquistadores y soldados. Mientras los dos personajes anteriores se dedicaban a expandir los territorios españoles, en las zonas ya consolidadas, tres personajes los sustituyeron; éstos fueron los comerciantes que se dedicaron a las ganancias, los religiosos que estuvieron al mando de la asimilación espiritual y los estudiosos que informaban sobre el estado de la colonia. En ellos podemos identificar los tres móviles de la hispanización y conquista, que fueron la riqueza, lo divino y el disfrute de la naturaleza (Todorov, 1991: 188).

Al hablar con más detalle de los personajes y móviles anteriores, podremos comprender el porqué de la sociedad fractal durante la época de contacto, especialmente, la diferencia y división que se tuvo por parte de los conquistadores hacia la población nativa. Hablemos del móvil humano, relacionado al momento histórico de la conquista. Los españoles que se asentaron en la Nueva España tenían una mentalidad que colocaba los bienes materiales en la cumbre de la escala de valores, por lo que consideraron que si el indígena era productor de

riquezas, igualmente era un objeto con valor que podría enriquecerlos. Sin embargo, ¿no debería preservarse a ese otro, fuente potencial de riquezas? (Todorov 1991: 137).

Todorov (1991: 189) reflexiona sobre la cuestión anterior y señala que si el otro no fuera tomado como objeto, sino como un sujeto capaz de producir objetos que uno poseerá, se añadiría un eslabón a la cadena –un sujeto intermedio- y, al mismo tiempo, se multiplicaría al infinito el número de objetos poseídos. Aunque con el tercer sujeto, se añaden ciertas preocupaciones. La primera es que hay que mantener al sujeto “intermedio” precisamente en ese papel de sujeto-productor-de-objetos e impedir que llegue a ser como nosotros. Mediante el ejército o la policía, el indígena solo será el tercer sujeto productor. La segunda preocupación versa sobre el dilema de que el sujeto será tanto más productivo cuanto mejor cuidado esté. Los religiosos proporcionarán entonces cuidados médicos por una parte e instrucción por la otra, así como la conversión o evangelización (Todorov 1991: 189).

Habiendo hecho referencia a los religiosos, ocupémonos del móvil divino de la conquista de México. Éste buscó propagar la religión entre los indígenas, a los que en teoría se les consideraba como iguales ante Dios. Sin embargo, ante la búsqueda de justificaciones para seguir con el móvil humano y divino, si los indígenas, productores de objetos y objetos por sí mismos, ¿no quieren dar sus riquezas? Entonces habrá que someterlos, militar y políticamente, para poder quitárselas a la fuerza. Dicho en otras palabras, los españoles habrán de colocar al indígena, desde el punto de vista humano, en una posición de desigualdad o inferioridad para poder enriquecerse y esparcir la fe verdadera (Todorov 1991: 53).

Tanto móvil humano como divino guardan relación. En la práctica, la conquista muestra dos aspectos esenciales: los cristianos tienen la fuerza de su religión que traen al nuevo mundo, y a cambio se llevan el oro y riquezas. El objetivo de la conquista es extender la religión cristiana: en la práctica, el objetivo religioso es uno de los medios que aseguran el éxito de la conquista; fin y medios han intercambiado sus lugares (Todorov 1991: 50, 116).

Por último, el móvil del disfrute de la naturaleza, no fue tan placentero como los europeos pensaron. Uno de los primeros retos a los que se enfrentaron tanto pensadores como conquistadores españoles fue América y los americanos (indígenas), y por consiguiente, su introducción en sus mapas mentales (Elliot 2011: 24). Los españoles observaban y describían el paisaje y a los habitantes, poniendo en juicio sus concepciones sobre geografía, teología e

historia natural humana. Debido a su *léxico ecológico* reducido, las mentes e imaginación de los europeos condicionaron lo que sus ojos observaban, ignorando y rechazando todo aquello ante lo que no estaban preparados. Es así como se encuentran y conciben como “bárbaros, primitivos y/o buenos salvajes⁸” a los indígenas, mientras se maravilla y exalta la naturaleza americana (Elliot 2011: 35).

3.1.1.1 “Yo y el otro”. La alteridad en la sociedad novohispana

cuán diferentemente los conquistadores hablan dello y muy lejos de lo que los indios usaron; y esto creo yo ser, porque entonces no tanto se empleaban en sabello, cuanto en sujetal la tierra y adquirir; y también porque, nuevos en el trato de los indios, no sabrían inquirillo y preguntallo, faltándoles la inteligencia de la lengua, y los indios, recelándose, no sabrían dar entera relación

(Juan de Betanzos, escrita hacia 1551-58, citada de Elliot 2011: 37).

Considerando al indígena como un bárbaro-bueno y con un léxico ecológico restringido, el hombre europeo se adentró en América, confirmando así su conquista y deseos de hispanización. Si bien los españoles comprendían que eran dueños del continente y sus habitantes, no lograron comprender al nuevo territorio y al indígena, haciendo que se enfrentaran a un gran reto intelectual. Es en esta situación donde los personajes que señalábamos, siguiendo a Todorov (1991), como la nueva trinidad (comerciante, religioso y el estudioso) que viene tras los conquistadores y los soldados impondrán los conceptos del “yo” y el “otro”. Estas dos imágenes colectivas o figuras elementales de la “alteridad”, descansaron en el egocentrismo, en la identificación de los propios valores con los valores en general, del propio yo con el universo, y en la convicción de que el mundo es uno (Todorov 1991: 50).

Previo a los conceptos del “yo” y “otro”, haremos mención de los esfuerzos que el territorio americano y mexicano obligó a efectuar a los españoles para poder ser integrado en su imaginario. Anteriormente se mencionó que con la conquista de México los españoles coronaron la comunicación interhumana sobre la comunicación con la naturaleza. Sin embargo, al encontrarse con un “nuevo” continente, se vieron obligados a establecer una comunicación del

⁸ El ideal del indígena americano como “buen salvaje” se debe a Cristóbal Colón (Todorov 1991). Colón, al observar a los indígenas desnudos y rechazando los objetos materiales que los europeos intercambiaban con americanos, concibió la idea de que éstos no perseguían los bienes materiales y estaba ajeno a su valor material, además de que no mentían y eran tan inocentes como niños. El concepto fue aceptado y difundido entre los religiosos europeos, quienes vieron en el indígena americano, el sujeto idóneo para perpetuar la utopía religiosa de una nueva cristiandad.

segundo tipo, la cual les exigió la incorporación de América al mundo natural dentro de su mentalidad como una entidad en el espacio. América, como realidad y su aparición como entidad de derecho propio, desafió los tradicionales prejuicios, creencias y actitudes europeas ante la geografía y las sociedades humanas (Elliot 2011: 26, 61).

Si bien la naturaleza y el terreno representaron un reto mental para los españoles, lo fueron aún más las personas que lo habitaban y con los que entablaron contacto. El reto consistió en buscarle al indígena americano un lugar entre los componentes del género humano (Elliot, 2011: 61). A partir del trato con la gente antes lejana, el extranjero y el nativo se vieron obligados a elaborar su imagen, o hacer el intento. La interacción entre sociedades, en la que los participantes están en posesión de sus respectivas imágenes colectivas, puede darse solo a través de la comunicación oral, aunque no se limita a ésta. La comunicación oral con la imagen mutua es, generalmente, el inicio de diversas formas de interacción (León-Portilla et al., 1992: XX).

La interacción (comunicación y comportamiento) que los españoles tuvieron con el indígena, estuvo condicionada por las comparaciones que hicieron de éstos con los esquemas mentales que tenían sobre “otras” poblaciones (Todorov 1991: 117). En base a ello, generaron la idea de que el indígena era inferior, ya que se encontraba entre los hombres y los animales, además de ser considerado como perezoso, abyecto, servil, mentiroso, pleitista, y nada digno de confianza, generando una imagen mutua que versa sobre las palabras de “repulsa y condena” (León-Portilla et al 1992: XIX). Las consecuencias de esta imagen fue la explotación y la destrucción no intencionada de los indígenas por parte de los españoles (Todorov 1991: 157).

La imagen mutua de los españoles para con los indígenas radicó únicamente en el desconocimiento, así como la negación a considerarlos sujetos con los mismos derechos (Todorov 1991: 157). Al no contar con registros directos que nos permitan conocer lo que los españoles pensaron sobre el indígena mexicano, nos parece interesante recurrir a la sólida interpretación de Todorov (1991: 50) para explicar la idea que tomaron los conquistadores sobre los indígenas. Pareciera que fueron dos formas de pensar al indígena por parte del español las que permearon las mentes en la época de contacto. La primera lleva a pensar que los conquistadores pudieron concebir a los mexicas como seres humanos completos, con los mismos derechos, logrando una visión igualitaria e idéntica del otro. Fue así como se desembocó en el asimilacionismo y la proyección de los propios valores en los demás. Pero,

igualmente, el español basándose en la diferencia que existía entre él y el indígena, tradujo su relación en términos de superioridad e inferioridad, siendo los indios los inferiores. A partir de la diferencia, pues, se le negó al indígena la existencia de sustancia humana, lo que se interpreta como un estado imperfecto del español (Todorov, 1991: 50).

Los pensamientos hipotéticos de los españoles son explicados por León-Portilla et al (1992: XX), donde podemos apreciar la identificación y análisis de imágenes de españoles e indígenas después de la conquista:

...el europeo se plantea: si "yo" no hubiera llegado y sometido a los pueblos indígenas, mi "yo" sería muy diferente... Mientras los indígenas construyen otro género de situaciones. En función de ellas encontramos expresiones de "acomodo y afirmación". Si los antes desconocidos no hubieran entrado en contacto, invadiendo el escenario de la propia tierra y cultura, "si no hubiera sido destruido lo nuestro", pero como de hecho han venido a imponerse, es necesario reacomodarse a si mismo, pensar quien se es a partir del choque y la sumisión...

León-Portilla y su equipo, junto con Todorov, se han aproximado a la cuestión de la alteridad y sus figuras y representaciones para explicarnos que no solo los españoles conquistaron e impusieron su cultura al indígena, sino que cambiaron los roles, ya que los europeos se volvieron "nativos" y los indígenas "forasteros". La marcada relación entre "nosotros" y los "otros", o entre el "yo" y el "otro", denominada como *otredad* se construyó en base a las imágenes mutuas y colectivas que permitieron al español adueñarse de América y los indígenas. El otro no es realmente otro, sino "la sombra perfectible, manipulable, transformable del yo, y los valores propios del otro solo cuentan cuando son asimilables a los nuestros o reconocibles dentro de nuestras pautas. Si no, son monstruosidades, y el "asombro" es repulsa y rechazo..." (Baudot, 1992: 107). La relación con el otro no se constituye en una sola dimensión. La diferencia se degrada en desigualdad; la igualdad, en identidad. Ésas son las dos grandes figuras de la relación con el otro que dibujan su espacio inevitable (Todorov, 1991: 156).

Las ideas de los españoles para situarse en el nuevo ambiente y convertirse en dueños, nos permite observar como se cruzan el tema de la percepción del otro y el de la conducta simbólica en cierto grado de abstracción, donde ambos se confunden. La existencia misma de ese otro se mide por el lugar que le dedica el sistema simbólico. De tal modo que toda investigación sobre la

alteridad es necesariamente semiótica, y recíprocamente lo semiótico no puede ser pensado fuera de la relación con el otro (Todorov, 1991: 170).

Ya que el español había destacado su rol de superior y de nativo, el indígena ideó una serie de sistemas para reinterpretar la sociedad colonial y su situación de dominio en unos términos familiares. Estos sistemas se expresaban mediante la presentación directa de los propios intereses y criterios implícitos en sus prácticas discursivas, de los que se derivaban las normas para el ordenamiento de la realidad y la valoración de la verdad (Klor, 1992: 339). Los elementos discursivos de la conciencia náhuatl se observan en sus traducciones de las órdenes de los españoles, en las tácticas para rechazar los amenazadores efectos de la jerarquía lingüística resultante de la experiencia colonial, en sus taimadas expresiones de sumisión, en la cauta presentación de sus experiencias y en la forma en que representaban al otro europeo (Klor 1992: 340).

Los españoles no fueron los únicos que desarrollaron un discurso colonial para su beneficio, ya que también los indígenas lo hicieron a través de la contranarración de la continuidad. Este representó un arma de resistencia a la dominación, o como mecanismo para que las víctimas de la colonización se adaptaran al emplear sus propias conceptualizaciones junto con elementos del mundo español a las cambiantes condiciones sociales, culturales y políticas (Klor, 1992: 340-341). Sin lugar a dudas, el encuentro entre españoles e indígenas incrementó la disparidad entre ellos (Todorov, 1991: 220).

3.1.1.2 Interacción del yo y el otro en la época de contacto

...la primera palabra que éstos ponen en boca de los franciscanos es una cosa,/ tener cuidado de considerarnos superiores,/ pues en verdad, sólo somos vuestros iguales,/ igual que vosotros sólo somos gente común,/ además, somos hombres, como lo sois vosotros,/ ciertamente no somos dioses./ También somos habitantes de la tierra,/también bebemos, también comemos,/ también morimos de frío, también nos agobia el calor,/ también somos mortales, también somos perecederos

(Sahagún, *Coloquios* 1: 38-36, citado en Todorov 1991: 210-211)

Los documentos de la época de contacto nos presentan la interacción entre españoles e indígenas en la Nueva España. Habrá de señalarse primero que varios escritores españoles hablan bien de los indígenas, pero nunca hablan a los indígenas, salvo en los documentos

religiosos. Si se habla con el otro, se le dota de su calidad de sujeto; sin embargo, los españoles solo tomaron los elementos del grupo indígena que les ayudaron a sobrevivir, sin tratar de comprenderlos. Al no comprender, se le negó el reconocimiento de sujeto al otro, con lo cual, se le ocupó solo con fines de explotación (Todorov, 1991: 153; Bouchard, 2003: 241).

Queda la pregunta de por qué los españoles tomaron elementos del grupo nativo para sobrevivir. Las razones fueron, en primer lugar, la mentalidad de los peninsulares que llegaron a México. La gran mayoría eran analfabetos o poco menos, partícipes de las culturas populares o pensamientos mágicos de sus regiones en España, las cuales abarcaban el país Vasco, Castilla, Aragón, Extremadura, Andalucía, incluso otras zonas como Portugal y el Mediterráneo oriental (Alberro, 1994: 252-253; Gruzinski, 1994: 159-160). Otras de las razones para la adaptación de elementos fueron el interés personal, el aislamiento –debido a la prohibición de su marco de referencia cultural, con lo que se viene una aculturación-; o por la promiscuidad característica de los asentamientos fractales. En éstos últimos, la interacción entre europeos, indígenas, africanos, mestizos y algunos asiáticos, hicieron que el español se “barbarizara” con los otros (Alberro, 1994: 258). La barbarización se dio en las zonas periféricas, donde hubo un contacto directo con la población indígena, la cual no solo barbarizó a los españoles, también tomó provecho de dicho salvajismo, para así poder continuar con prácticas prehispánicas consideradas por los gobernantes y los religiosos como herejías e idolatrías (Alberro, 1994: 155, 256).

El sector indígena no estuvo exento de la toma de elementos de los españoles para sobrevivir y afianzarse en la nueva sociedad fractal. Antes de incorporar elementos extranjeros a su cosmovisión, los indígenas de la Nueva España tuvieron que encontrarle un lugar a los extraños. Sus discursos sociales y políticos reflejaban, por lo general, una visión de la realidad sin fisuras, en la que se dejaba poco espacio teórico a una conceptualización del otro que trascendiera las categorías conocidas. Los indígenas pensaban que diferentes pueblos tenían orígenes diversos, simplificando así la conceptualización del otro. La poligénesis, o los orígenes de las entidades sobrenaturales y de las entidades humanas, las cuales podían ser del mismo tipo, contribuyó a sustentar la idea de que, pese a que los otros pudieran parecer muy ajenos, su conducta, su apariencia y su ser deberían poder entenderse como versiones extranjeras de las categorías familiares (Klor 1992: 343, 348).

Mientras los españoles constituían al indígena como el otro, los indígenas se construían en el otro de los españoles mediante maniobras mágicas y lingüísticas, con la finalidad de distanciar la influencia de los europeos y frustrar sus intenciones de conquista. Como ejemplo, en los siglos XVI y XVII los nahuas que participaban en las prácticas religiosas, curativas y adivinatorias prohibidas, compartían un lenguaje esotérico, el *nahuallahtolli*, aparentemente utilizado para comunicarse con seres sobrenaturales (Klor 1992: 366). Este lenguaje constituía, en primer lugar, un discurso mágico, cuyo poder y peligro se controlaban mediante la utilización de redes complejas con las que confinar su circulación, minimizando así las prácticas de brujería y los efectos no intencionados. En segundo lugar, las restricciones aplicadas a la transmisión de este discurso contribuían a mantener la separación entre los profesionales que lo utilizaban y los no iniciados que recibían sus efectos. De tal modo, como toda jerga profesional utilizada en cualquier lugar, que al restringir la diseminación y la inteligibilidad de su código preserva el poder, el prestigio y la riqueza de los iniciados, el *nahuallahtolli* y los discursos afines contribuían a preservar los empleos de los especialistas nativos y la definición de las fronteras sociales y étnicas. En tercer lugar, la riqueza metafórica de este lenguaje actuaba como una forma discursiva de resistencia ante los avances de las fuerzas coloniales y cristianizadoras (Klor 1992: 367).

Si solo los nativos comprendían lo que decían los nativos, los nahuas podían mantener en su poder las claves de la traducción al español de su lenguaje, costumbres e intenciones. Esta técnica de control, que contribuyó a marginarlos, encajaba bien en la imagen de los nahuas como el otro que habían creado los españoles, pero también permitió que los nahuas dieran soluciones indígenas a las condiciones coloniales (Klor 1992: 367). Al apropiarse del otro europeo, los indígenas adaptaron y se afirmaron de un modo peligroso pero funcional, y se no haberse dado las plagas y epidemias, estas tácticas podrían haberles permitido sobrevivir hasta el siglo XX como una comunidad bilingüe y bicultural dominante. Sin embargo, las enfermedades cobraron sus víctimas y, las prácticas coloniales de exclusión se impusieron sobre la estrategia de incorporación (Klor 1992: 368).

3.1.1.3 El otro en el imaginario religioso

Si bien los gobernantes de la sociedad fractal novohispana construyeron al indígena mexicano en el otro que podía ser explotado, los religiosos cambiaron dicha concepción. Teniendo en

mente la imagen del “buen salvaje”, los religiosos, principalmente los frailes de la orden de San Francisco, dotaron nuevamente a los indígenas de su carácter humano para crear una sociedad más apegada a la religión cristiana (Baudot, 1992: 112). Al afirmar la humanidad del indígena, también se afirmaba su naturaleza cristiana (Todorov, 1991: 174). Sin embargo, los religiosos se enfrentaron a un problema: si querían formar una sociedad utópica cristiana, debían erradicar la antigua religión de los indígenas a través de la evangelización.

Los franciscanos llegaron a territorio mexicano a partir de 1525, iniciando así la destrucción de la religión indígena. Su táctica fue sencilla, ya que se exterminó a los sacerdotes indígenas y se puso a los niños en contra de sus familiares, mediante su captación e internado en colegios, noviciados y conventos (Baudot, 1993: 288; Gruzinski, 1994: 162). La eliminación de la religión se debió a la política de *tabula rasa* que seguían los franciscanos, que consistió en el rechazo total de cualquier compromiso con el mundo indígena para así crear un “hombre nuevo”. Este hombre tendría que romper con su pasado pagano, y los religiosos lo trataron de forzar mediante la difusión de la imagen cristiana en el terreno de la catequesis, la cual se asemejó a la imposición de un orden visual y de un imaginario. Fue así como el vehículo de occidentalización o hispanización utilizado por los religiosos, dotado de un ojo moral, forzaba al indígena a familiarizarse con la imagen ‘verdadera’ creada por los españoles y rechazar todo su pasado (Gruzinski 1994: 164-165).

Con la exclusión de los sacerdotes indígenas, los religiosos lograron imponer un estado de descontrol en la sociedad, ya que los sacerdotes dictaminaban el orden y control social prehispánico. El resultado fue el establecimiento de las condiciones de otra vida social y cultural basadas en la Iglesia cristiana, dotando la mentalidad indígena con otro imaginario colectivo (Gruzinski 1994: 163, 165).

Si bien los religiosos lograron en alguna forma trastocar la imagen colectiva del indígena a lo largo de la época de contacto, sus esfuerzos de acción misionera y de educación tuvieron un revés importante a finales de esta época inicial de contacto. Las autoridades españolas, pese a un supuesto primer interés por acercar a los indígenas a la sociedad española en la Nueva España, promulgaron la separación de los unos y los otros a finales de la época de contacto, manteniendo así al indígena en su rol de inferioridad natural o del otro (Bouchard 2003: 259).

Sin importar el esfuerzo realizado por la integración, e incluso humanización del indígena a la sociedad novohispana, las realidades e imaginarios colectivos impactaron tanto a españoles como indígenas en su relación e interacción. La sociedad fractal que existió durante la época de contacto implicó experiencias e interacciones muy distintas entre sí, que se reflejan desde la forma de gobierno que se adaptó, hasta las formas de producción impuestas, y que serán presentadas en los siguientes apartados.

3.1.2 Reconstruyendo la Nueva España

Si nos hubiéramos adentrado desde el inicio en el aspecto sociopolítico y gubernamental de la Nueva España durante la época de contacto, seguiríamos presentando información que confirmara la hipótesis de que los conquistadores, sin reparo alguno, exterminaron a las poblaciones de México. Era necesario conocer la mente y relación tanto de españoles como de indígenas, para así entender los roles que cada uno tomó en los primeros cuarenta años posteriores a la conquista de Tenochtitlan. Ahora, ya con un panorama de los imaginarios colectivos de los agentes que vivieron y construyeron el cocoliztli, es posible retomar la propuesta de Le Roy (1981) de reconstruir el escenario donde el evento ocurrió. Éste igualmente será útil al momento de aplicar el giro retórico, ya que nos habremos situado, lo más próximo posible, en el momento y tiempo de la enfermedad.

3.1.2.1 Gobierno

Durante la época de contacto, la América española estuvo conformada por un conjunto de “nuevos reinos”, gobernados por el rey de las Indias, que a su vez era el rey de las Españas. El reino que conformaba la Nueva España abarcaba desde los estados actuales de Michoacán, Querétaro, Colima, Jalisco, Zacatecas y Guerrero; y en la parte sur hasta el estado de Chiapas, y Honduras (Baudot, 1983: 63-65, 124-125,131).

Los habitantes del reino eran, en teoría, súbditos libres de la Corona española (Baudot, 1983: 124-125). Sin embargo, la sociedad fractal de la Nueva España hizo que la parte débil fuera sumisa y fue degradada a la escala social inferior. Tanto el yo (español) como el otro (indígena)

fueron tomando sus roles dentro de la sociedad, donde el yo, el agente más fuerte, fue imponiendo su lenguaje, hábitos, políticas y creencias (Moreau & Ashburn 1947: 1).

En cuanto a la imposición de la política y administración española, durante la época de contacto y a lo largo de la época colonial, el reino contó con dos audiencias y la instauración del representante del rey español o Virrey (Gruzinski 1994: 167). Ambas instituciones buscaban administrar los territorios con la finalidad de extraer los recursos que beneficiaran la economía peninsular, y el unificar el nuevo reino, evitando que algún poder local sembrara ideas separatistas. Tanto las audiencias como el Virrey se encontraban en la capital del nuevo reino, razón por la cual, ante la distancia, los gobernadores municipales de las ciudades y villas estuvieron a cargo de la toma de decisiones, dándoles así libre acción para gobernar (Baudot 1983: 125, 255-256).

La parte política de la Nueva España se dio a la tarea de cambiar el espacio geográfico en base a sus necesidades. Habrá de señalarse que antes de la conquista, México estaba geográficamente dividido en dos zonas: el meridional y la zona norte. La primera estaba densamente poblada, y geográficamente caracterizada por valles y cuencas con climas templados, así como planicies costeras de climas cálidos y exuberante vegetación. La zona norte contaba con climas secos y poca vegetación, y fue habitada por nómadas o chichimecas. El nuevo gobierno modificó en ambas zonas los patrones de asentamiento y ambiente, ya que en la zona meridional se construyeron las primeras ciudades, y en la zona norte el paisaje cambió después del descubrimiento de las primeras minas. Éstas hicieron que la nueva población desplazara a los chichimecas e incorporará nativos propios de la zona meridional, además de conectar ambas zonas por medio de caminos (Commons, 1990: 22).

El terreno igualmente se vio sometido a cambios de régimen territorial. Los gobernantes dividieron el reino en:

- a) reinos y provincias, llamada “antigua” por el nuevo régimen, y basada en la nomenclatura y división prehispánica;
- b) eclesiástica, que se subdividía en jurisdicciones de jerarquía (arzobispados, obispados, parroquias, etcétera), provincias de evangelización y distritos inquisitoriales;
- c) administrativo-judicial o Audiencias, subdividida en gobiernos, corregimientos y alcaldías mayores) (Commons, 1990b: 30).

Dichas divisiones del territorio estuvieron organizadas bajo el segregacionismo de las llamadas dos repúblicas, teniendo así la República de Indios y la de Españoles, las cuales contaban con reglamentaciones que las vinculaban, a la vez que excluían la una de la otra. Mientras en la República de Españoles se siguieron las formas de gobierno peninsular, en la de Indios se conservaron las formas de gobierno civil, siendo los antiguos señores indígenas los intermediarios entre grupos (Viesca, 1990c: 135).

La República de Indios durante la época de contacto contó con un rasgo singular, el cual fue la instauración de instituciones educativas para los hijos de los caciques indígenas, consecuencia, entre otras cosas, de las discusiones sobre la racionalidad del indígena, las cuales lo dotaron de razón y sujeto de educación (Viesca, 1990c: 142). En la capital de la Nueva España, sobresale el establecimiento del Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco en 1536 para los hijos de la aristocracia indígena. En un inicio, fray Arnaldo de Basacio se hizo cargo de los cursos en los que, durante un lapso de tres años, se enseñaba a los alumnos lectura, ortografía, música, retórica, lógica, filosofía y teología, siendo la mayor parte de las lecciones en latín (Viesca 1990c: 142-143). Pese a que la educación indígena fue resultado de la aceptación de su racionalidad, este internamiento de los hijos de la aristocracia indígena se pensó como forma de aumentar la eficacia de la cristianización y del control de toda la sociedad indígena novohispana, así como una vía factible para la erradicación de lo que los teólogos cristianos calificaban de idolatría.

Continuando con las acciones que tomó el gobierno de la Nueva España, destaca de forma importante para nuestro objetivo la implementación de una lengua que sirviera de medio de comunicación para todos los grupos que habitaban. Siendo el náhuatl, el lenguaje de los mexicas, la lengua franca en el centro de México, los gobernantes lo tomaron como vehículo de dominación española al introducirlo en las comunidades para así evangelizar, delimitar la propiedad territorial y administrar las regiones (Baudot, 1983: 115-116). El papel de los religiosos en la implementación del náhuatl como lengua "oficial" fue fundamental. Éstos fueron los primeros que se dedicaron a aprender el lenguaje, así como a alfabetizar a los indígenas en una lengua para la que ellos –los frailes– habían ideado una escritura alfabética que la acercaba a las concepciones lingüísticas del viejo mundo.

Hay que señalar que en la época prehispánica el náhuatl estaba dividido en dos tipos de lenguaje: el náhuatl clásico, basado en el *pillahtolli* (habla elegante de los nobles o *pipiltin*) y el náhuatl vernáculo o *macehualtin* (habla de los plebeyos). Los religiosos aprendieron y se

dedicaron a enseñar el náhuatl clásico, mientras que el pillahitli siguió en uso por la comunidad en general. Dicha división de tipos de náhuatl fungió como barrera de separación entre los unos y los otros, o entre españoles e indígenas, al permitirle a los últimos el comunicarse con un lenguaje que solo ellos podían entender, y usarlo en pro de sus intereses (Klor 1992: 358-359). Ya que los religiosos se dedicaron a estudiar los lenguajes indígenas, también dieron armas de contrapeso a los indígenas. Si bien los españoles instauraron el idioma de trato, los indígenas supieron apropiarse de la alfabetización del náhuatl y otras lenguas para preservar su pasado prehispánico, poner resistencia a las fuerzas de imposición española, y abogar por sus intereses (Klor 1992: 357). Así fue como la noción de hispanización, que incluía el esparcimiento del lenguaje castellano, no tuvo efecto durante la época de contacto.

Pese a que el náhuatl fue el lenguaje “oficial” para la comunicación entre los unos y los otros, debido a que “siendo los indios tantos, no se puede dar orden por agora, como ellos aprendan nuestra lengua” (*Instrucciones reales*, 1536, citado por Baudot 1993: 121), por cédula real en el año de 1550, se prohibió su uso y enseñanza. La decisión estuvo en forma alguna relacionada con otra tomada en la misma fecha en la Nueva Galicia (Jalisco), donde la enseñanza del náhuatl que los franciscanos estaba tratando de introducir, fue prohibida bajo el argumento de que si los mexicanos se entendían con otros indígenas, surgirían muchos inconvenientes (Baudot 1983: 121-122).

3.1.2.2 La ciudad del reino

Los espacios donde ejercían los aparatos gubernamentales eran las ciudades y las villas, las cuales eran una compleja mezcla de orden y desorden. Durante la época de contacto, se levantaron ciudades con traza indígena, donde el paisaje común eran ruinas de edificaciones emblemáticas indígenas (principalmente templos y palacios) junto a iglesias, fortalezas y palacios cristianos que parecían castillos medievales (Gruzinski, 1994: 152).

Las ciudades fundadas durante la época de contacto⁹ en la Nueva España se formaron por superposiciones, ya que los españoles impusieron sus hombres, sus esquemas y sus

⁹ Las ciudades novohispanas fundadas en la primera mitad del siglo XVI fueron Panamá (1518), Veracruz (1519), Cumaná (1521), Coro (1523), Guatemala (1524), Santa Marta (1525), Puebla (1531), Cartagena (1533), Trujillo (1534), Lima (1535), Cali (1536), Asunción (1537), Guayaquil (1538), Bogotá (1538), La Habana (1538), Santiago de

estructuras sobre puntos clave. Dicho en otras palabras, los peninsulares no dudaron en hispanizar el nuevo territorio al construir ciudades bajo las pautas arquitectónicas españolas para así reafirmar el carácter dominante del yo. Cuando los españoles fundaban una ciudad en América, seguían los planos según un modelo geométrico: una plaza central o zona de las aglomeraciones y lugar de encuentro obligatorio, la plaza mayor o plaza de armas que agrupaba los símbolos del poder con el palacio del virrey o gobernador, el poder religioso con la catedral o iglesia principal, el poder económico por los mercados, poder municipal con el cabildo, e incluso el poder jurídico con picotas y rollos para los autos de fe inquisitoriales; plazas secundarias y un damero de calles que delimitaba las cuadras, cuadros de aproximadamente 85 m de lado (Baudot, 1983: 253-254).

No solo las edificaciones españolas en un contexto prehispánico representaban un paisaje pintoresco. El interactuar de personajes procedentes de distintos contextos geográficos, hacía que el paisaje urbano de la Nueva España fuera colorido, animado, agitado y no carente de peligros; en pocas palabras, los integrantes de la sociedad novohispana representaban a la perfección una sociedad fractal. En estos paisajes se observaban sirvientes, concubinas indígenas, esclavos africanos y amos europeos arrogantes y temerosos (Gruzinski, 1994: 152). Los esclavos negros dominaban la escena de las calles citadinas, ya que su trabajo como servidores domésticos, lacayos, cocheros, etcétera, así se los demandaba. La población "oscura", conformada por negros, mestizos e indígenas, la cual era postergada y despreciada por gachupines y criollos, con empleos inciertos y tareas humillantes, era inestable, representando un foco de criminalidad inquietante. En este escenario tan polifacético no era raro esperar sublevaciones, rebeliones y pillaje (Baudot, 1983: 275).

En estos centros fractales, el comercio de productos tanto indígenas como europeos irrumpió en el escenario. Baudot (1983: 270) enfatiza que la actividad comercial no era impresionante, como tampoco lo era la producción de bienes y mercancías. De los productos novohispanos sobresalía el negocio de telas, las cuales eran de mediana calidad. Los productos se fabricaban en algodón o lana del país dentro de talleres de mala reputación llamados obrajes. Los manufactureros eran principalmente mujeres indígenas retenidas abusivamente y mal remuneradas; también se encontraban esclavos negros o indígenas condenados a trabajos forzados. Los obrajes fueron

Chile (1541), Mérida de Yucatán (1542), Guadalajara (1542), Valparaíso (1544), Potosí (1546), Zacatecas (1548), Concepción de Chile (1550)" (Baudot 1993: 254).

centros de esclavización y focos infecciosos, por lo que los virreyes se vieron en la obligación de cerrar varios de ellos debido a sus condiciones de abuso (Baudot, 1983: 270-271).

La hispanización del paisaje americano y del indígena produjo artesanos indígenas especializados en productos europeos. Estos habían aprendido todos los oficios y poseían varios talleres. Sin embargo, las diferencias entre los otros y nosotros, hicieron que los artesanos indígenas fueron desplazados de dueños a obreros o empleados asalariados debido a su naturaleza no española. Esta acción tuvo éxito gracias a la creación de cofradías o corporaciones españolas, que con el paso del tiempo, fueron absorbiendo las corporaciones indígenas (Baudot, 1983: 272).

El esbozo general de la urbe novohispana contrasta con el zona rural. Si bien se trató de hispanizar tanto al paisaje como a los indígenas de la urbes, en los campos la vida era más indígena que europea.

3.1.2.3 El campo novohispano

Las comunidades rurales presentaban el mismo aspecto colorida que la urbe. En éstas se encontraban pobladores indígenas, negros, mestizos y españoles. Pese a ser campos mayoritariamente indígenas, su organización pertenecía a la usanza europea. En caso de que la comunidad siguiera siendo indígena, ésta heredó las estructuras prehispánicas o el calpulli mexica. En el polo opuesto se encontraban las zonas rurales hispanizadas y conformadas por indígenas en forma de reducción, donde se agrupó a los antes dispersos bajo la autoridad religiosa española (Baudot, 1983: 144).

La distribución de los trabajos en las zonas rurales estaba claramente definida por los roles del yo y del otro. El español, representante del yo, habitaba los campos por su interés productivo y administrativo, y por ser dueño de sembradíos, rebaños o minas. Mientras, la población indígena rural seguía representando al otro que fue la mano de obra agrícola, distribuida y utilizada acorde a las estructuras hispánicas de la encomienda y el repartimiento, o según estructuras prehispánicas deformadas como la mita (Baudot, 1983: 144).

Sin importar el que la zona rural fuera de dominio español o indígena, ésta permaneció prácticamente prehispánico. Basta recurrir a las fuentes que describen el modo de vida de los campesinos para exaltar los rasgos prehispánicos en viviendas, vestimenta y alimentación. Las viviendas a la usanza indígena, realizadas con adobe o piedra seca, con techos de paja o pencas de maguey, continuaron en la época de contacto. El mobiliario en las viviendas no presentó cambios ante la presencia de objetos peninsulares. Fue la misma situación en cuanto a la vestimenta, donde solo se incorporó el uso del pantalón y las sandalias, posiblemente por influencia religiosa. Por último, así como los elementos anteriores, la alimentación no varío demasiado. Si bien se integraron ciertos productos europeos, al ser el indígena el productor de su alimento, continuó consumiendo productos de la dieta prehispánica (chile, maíz, calabaza, fauna local) (Baudot, 1983: 186, 187, 188).

La utilización de los pobladores indígenas en el campo durante la época de contacto como concepto, entendiéndose como “trabajo de los indios”, acorde a Baudot (1983: 156) no puede separarse del concepto “propiedad de la tierra”. Sin los conceptos anteriores, las instituciones típicas del sistema colonial español que corresponden a la encomienda, el repartimiento y la hacienda¹⁰, pese a que son sistemas esclavistas y aniquiladores de la población, no podrían ser entendidas. Trasladémonos a la época para entender estas instituciones.

La institución de la encomienda constituyó una delegación del poder que la Corona ejerció sobre los indígenas, y consistió en la administración e instrucción religiosa por parte de españoles a cierto número de indígenas a cambio de tributo y trabajo. En la práctica, la encomienda vino a legalizar distribuciones primitivas mal controladas, repartos salvajes de los conquistadores y primeros colonos, quienes se repartieron lotes de indígenas como botín de guerra. La Nueva España no fue el primer territorio donde se implementó, ya que anteriormente, se había realizado en las Antillas, con resultados catastróficos en la población nativa. Tratando de proteger a la población indígena continental, la cual era la fuerza de trabajo, en 1512 se promulgaron las Leyes de Burgos sobre la situación legal de los indígenas y reglamentación de la encomienda. En éstas se mencionaba que los indígenas eran libres. Naturalmente los indígenas, al ser considerados perezosos y dados a los vicios, se debían organizar y evangelizar, o civilizarlos. De esto se encargaría la encomienda (Baudot, 1983: 156-157).

¹⁰ De la Hacienda no se hablará en este apartado debido a que se instauró en la Nueva España a principios del siglo XVII, en la época colonial.

La institución sufrió varias modificaciones desde 1542 hasta 1545. Como la prohibición del carácter hereditario de las encomiendas. Sin embargo, cuando la corona española presentaba mas problemas económicos, retomó la encomienda a perpetuidad, cediendo a los españoles de la Nueva España poder absoluto sobre los indígenas encomendados (Baudot, 1983: 159).

Para remplazar el tributo en especie que los indígenas debían entregar al encomendero a través de la prestación del servicio personal, se instauró la institución de repartimiento en la Nueva España. Llevado a la práctica, esta institución trataba sobre la encomienda de servicios personales, o encomienda de repartimientos; instaurando así el trabajo forzado (Baudot, 1983: 160).

La mezcla entre encomienda y repartimiento fue la encomienda mitaya, la cual consistió en adjudicar contingentes de indígenas a propietarios españoles para trabajar las tierras por tiempo limitado. Así, una comunidad indígena tenía que aportar un número de trabajadores por un tiempo de tres o seis meses. Pese a que fue prohibido en 1549, el repartimiento junto con a encomienda, prosperaron a lo largo del siglo XVI (Baudot, 1983: 160).

Tanto la encomienda como el repartimiento fueron sistemas esclavistas, junto con el trabajo en las minas. La corona española trató de remediar la situación al abolir la esclavitud en 1548. Sin embargo, a través de deudas entre indígenas y españoles, se fue creando otro tipo de esclavitud ligada a las haciendas, que tuvieron su origen en la Nueva España a partir del siglo XVII (Baudot, 1983: 220).

Hasta ahora ha sido posible mencionar las instituciones que obligaban al indígena a servir al amo español en sus tierras. Sin embargo, queda la duda de cómo estos peninsulares se hicieron de extensiones territoriales en la Nueva España. La propiedad de tierra de los españoles se debió a la repartición como pago por las acciones en la conquista o reconocimiento de alguna zona. Pese a tan minuciosa repartición por parte de la Corona, algunos encomenderos tomaron provecho de su posición y se proclamaron propietarios de zonas indígenas que habían quedado despobladas debido a la repartición, encomienda o por efectos de las guerras y enfermedades (Baudot, 1983: 163). Para detener la voracidad española ante la apropiación de tierras, el gobierno respaldó a los indígenas al destinarles tierras de uso exclusivo. Hay que señalar que éstas no colindaban con los terrenos españoles. Mientras el monarca destinaba tierras a los indígenas, así mismo les permitió que conservaran propiedades privadas, heredadas de los

sistemas de tenencia de la tierra de la época prehispánica. Aunque la corona velaba por los indígenas, si era necesario, podía reclamar las tierras cuando así lo requiriera (Baudot, 1983: 166). Tanto las tierras como los indígenas que las trabajan se dedicaban a tres tipos de actividades: la agricultura, la ganadería y la minería. Éstas influyeron en la destrucción y/o asimilación del otro por parte de los conquistadores, modificando así la estructural cultural y social que tenían.

Los campos novohispanos se caracterizaban por una doble originalidad. En primer término, los campos eran indígenas por los cultivos, utensilios, hábitat y los campesinos, aunque fueron cambiando al incorporar cultivos, animales y hombres procedentes de Europa. Los paisajes agrícolas estaban adornados por el maíz, frijoles, chile, calabaza, agave y diversos cactus; es decir, el espectáculo rural novohispano seguía siendo prehispánico (Baudot 1983: 141-142). Mientras en las tierras indígenas se seguía produciendo a la usanza prehispánica, en las tierras de labor española, el indígena tuvo que culturalizarse con los productos y técnicas españolas, así como a ser el otro siervo del señor español. Paralelamente, mientras el indígena trataba de encontrar su lugar en la sociedad novohispana, tuvo que defender y proteger sus tierras de los grandes rebaños de animales europeos, los cuales, encontraron un terreno idóneo en la Nueva España indígena (Baudot, 1983: 170, 176).

La zona rural, con espacios ilimitados, praderas intactas y ricas, permitieron que se creara el paraíso de los rebaños de animales llevados de Europa a América. Es así como la América rural se superponía poco a poco a la otra, a la erigida sobre los cereales y la agricultura aborígen (Baudot, 1983: 143, 178). Las transformaciones del terreno y el paisaje mesoamericano por la introducción de ganado europeo, fueron tan tempranas como la conquista de México-Tenochtitlan. La creación de una sociedad ganadera novohispana fue iniciada desde la abundancia de puercos en 1531, junto con la multiplicación de los ovinos para el años de 1537. El área escogida para la ganadería fue el altiplano de México, el cuál estaba lleno de animales desde la década de 1540 (Baudot, 1983: 179). Los animales que permitieron la creación de una comunidad ganadera y sus cofradías fueron, en primer lugar los carneros. Éstos dieron lugar a la fundación de la Mesta o asociación de ganaderos de modelo castellano en México en julio de 1537; así como la de Oaxaca en 1543, la de Michoacán en 1563, y finalmente en 1574 la institución se extendía a todo México. Después de los carneros, el ganado bovino tuvo una proliferación excepcional. En Toluca, en la región central y a quince leguas de México, en cerca de veinte años los rebaños superaban las ciento cincuenta mil cabezas. Los caballos no se

quedaron atrás, y en las inmediaciones de Querétaro los prados alimentaban a más de diez mil yeguas, así como una enorme cantidad de carneros y vacas (Baudot, 1983: 179). Pese a la gran cantidad de rebaños, y de carne animal comestible, los indígenas no se vieron beneficiados de ésta ya que no la incorporaron a su dieta. Si bien el precio fue bajo durante prácticamente todo el siglo XVI, los españoles eran los únicos beneficiarios tanto de la ganadería como de su consumo (Baudot, 1983: 182).

Ante tal aumento desmesurado de animales extraños al terreno y la población indígena, las consecuencias no se hicieron esperar. Debido al crecimiento y mala vigilancia, los rebaños expulsaban de sus terrenos a los indígenas, además de, por los modos de producción y asentamiento, tener un impacto ecológico. Al adentrarse en los terrenos de siembra indígenas, el peso de los animales, así como su modo de ingesta alimenticia, alteró el suelo de manera tal que las tierras antes utilizadas para la siembra, quedaron estériles (Baudot, 1983: 179).

Las minas estaban íntimamente ligadas con los campos debido a que las zonas agrícolas y las estancias de ganado atendían las necesidades alimenticias de los centros mineros. Esta relación se cimentó en dos razones. La primera era el poder de los grandes terratenientes, quienes tenían también tierras de cultivo y cabezas de rebaño. La segunda fue la estrecha relación del trabajador minero con el campo, al cual había pertenecido antes de ser desarraigado de sus tierras y encomendado a trabajar los metales (Baudot, 1983: 195).

Después de la conquista de México y de haber tomado todos los artículos de metales preciosos que habían producido los mexicas, los españoles siguieron con la recolección del metal precioso existente en estado natural. Los registros de la Nueva España mencionan la minería desde 1525, siendo la primera mina la de Morcillo, Michoacán. Para 1530 se registraron las minas de la costa de Sinaloa en el Pacífico, y en 1534 las primeras minas de plata de Taxco. Sin embargo, el gran descubrimiento fueron las minas de Zacatecas en 1546, seguidas por las de Guanajuato (1548), Pachuca y Real del Monte (1552), Durango y Sombrerete (1555), Compostela de Guadalajara (1553), Trestillo (1562) y finalmente Parral y San Luis Potosí (1591) (Baudot, 1983: 199, 201). Los trabajadores de las minas, en su gran mayoría indígenas, tenían una vida inmunda y precaria pese a las ordenanzas reales. En éstas se había señalado que los indígenas podían trabajar en las minas por voluntad propia, y su trabajo debía ser remunerado. Pero la realidad fractal de la Nueva España produjo una situación en la que no se cumplieron las órdenes (Baudot, 1983: 206, 218-219).

3.1.2.4 La enfermedad del otro en la sociedad fractal

El repartimiento que de ellos se hace para que nos sirvan por fuerza a los españoles, les da probatísima ocasión para que aborrezcan la vida y ley de los cristianos...¿en qué buena ley cabe (dirá el indio) que el día que me desposan con mi mujer (cuando todos los hombres del mundo se huelgan con sus mujeres), me han de hacer ir al repartimiento, y voy por ocho días y me hacen estar treinta? ¿en que buena ley cabe, que el día que pare mi mujer y tiene la tierra por cama, y cuando mucho con sola una estera, sin otro colchón ni frazada, y habiéndole de traer alguna leña con que se calentar y darle de comer, me han de hacer ir por fuerza a servir al extraño, y cuando vuelvo la hallo muerta a ella y a la criatura, por no haber quien les sirviese y diese recado.

(Fray Gerónimo de Mendieta, *Historia eclesiástica indiana*, escrita entre 1573 y 1597, citada en Baudot, 1983: 161-162).

Los europeos fueron firmes con su idea de hispanizar tanto a México como al indígena, así como con su deseo de hacerse ricos a partir de el terreno y el hombre. Mientras los españoles encontraban formas para sus fines, en la época de contacto se dio un declive poblacional del indígena debido a malas administraciones y enfermedades, o en términos de Todorov (1991: 143, 145-146) de elementos cualitativos y cuantitativos.

Los elementos cualitativos corresponden a los “malos tratos”, o las condiciones de trabajo impuestas por los españoles. Los conquistadores-colonizadores no tenían tiempo que perder, debían hacerse ricos de inmediato; por consiguiente, imponen un ritmo de trabajo insoportable, sin ningún cuidado de preservar la salud de los indígenas trabajadores. Los primeros colonizadores no prestan atención a esto, pues la conquista es tan rápida que la muerte de toda una población no los inquieta; finalmente, siempre se puede traer otra (Todorov, 1991: 145).

Las enfermedades, o elementos cuantitativos, junto con la mala alimentación de los indígenas, así como la destrucción de la sociedad amerindia, provocaron el declive poblacional. Juan Bautista Pomar, en su *Relación de Texcoco*, escrita en 1582, menciona que los indios eran especialmente vulnerables a las enfermedades porque estaban agotados por el trabajo y ya no tenían amor a la vida; la culpa es de “la congoja y fatiga de espíritu, que nace de verse quitar la libertad que Dios les dio, [...] porque realmente los tratan [los españoles] muy peor que si fueran esclavos” (Pomar, 1582, citado en Todorov, 1991: 146).

Lo anteriormente mencionado en el apartado “reconstruyendo a la Nueva España”, no ha sido más que la reconstrucción del escenario en el que cocoliztli sería creado. Hemos visto como

interactuaron indígenas y españoles, o nosotros y los otros. Lo que ahora presentaremos esta aún más relacionado a la construcción de la enfermedad que estudiamos, y no es otra cosa que las medicinas que entraron en contacto a partir de la conquista de México, y que durante la época de contacto, fueron empleadas para construir el diagnóstico de cocoliztli.

3.2 Medicina en la época de contacto. Encuentro médico

En la sociedad fractal novohispana propia de la época de contacto, los sistemas médicos de indígenas y españoles se encontraron, y de su interacción se formó lo que pasaría a ser conocido como “medicina novohispana o colonial”. Aunque, por un lado, puede considerarse que la medicina novohispana abarcó los trescientos años de dominio español en México, no es menos cierto que las transformaciones que sufrió hacen discutible el etiquetarla en forma general. Sea como fuera, lo que nos interesa es su primera fase, calificada como de “fusión médica” por Germán Somolinos (1979: 110) y que abarca los años entre 1521 a 1618, o por referirnos a la periodización ofrecida en este trabajo en el capítulo primero, la totalidad del periodo de contacto y las primeras décadas de la época colonial.

El período de la “fusión” se caracterizó por cambios tanto en la medicina náhuatl como en la española. La primera se vio seriamente alterada, por la enorme pérdida de contingente demográfico, que implicó, en algunas comunidades, la desaparición de quienes detentaban el saber médico; además, pasó a ser un híbrido que admitió elementos indígenas en la ortodoxia galénica y se enriqueció con los productos terapéuticos de la cultura colonizada. Mientras tanto, la medicina náhuatl se vio también modificada al aceptar prácticas e ideales de la medicina hegemónica, además de entregar su más importante legado terapéutico, y pasar de ser aceptada, incluso alabada en algunos contextos concretos, a ser confinada socialmente como si se tratara de un mero recurso del pueblo bajo (Somolinos, 1979: 110; Viesca, 2000: 56; Anzures, 1981: 29).

El periodo de fusión es de gran interés para el objetivo de este trabajo, pues en él se sitúa la concepción de la entidad del cocoliztli por aquellos que la propusieron. Sin embargo, nos encontramos con que la situación médica que se vivió en el periodo es compleja y bastante desconocida, debido a la falta de documentos (Anzures, 1981: 29). La problemática anterior podrá sobrellevarse y nos permitirá aproximarnos al escenario médico si seguimos la recomendación de varios investigadores (Somolinos, 1979, 1987; Viesca, 2000; López & Fresquet, 1995) quienes proponen el estudio de los sistemas médicos español y mesoamericano al momento de entrar en contacto, con especial énfasis en el galenismo español del siglo XVI y la medicina azteca.

Antes de adentrarnos a conocer la medicina que ambos grupos practicaban y cómo interactuaron, conozcamos grosso modo la situación epidemiológica que se vivió en la Nueva España durante la época de contacto o periodo de fusión.

3.2.1 Epidemiología en la época de contacto

Durante la primera mitad del siglo XVI, la Nueva España fue un territorio rico en “enfermedades nuevas, en nuevas caras de enfermedades viejas, en grandes mortandades debidas tanto a causas biológicas como sociales, en percepciones diferentes de viejos problemas, en la configuración de esquemas interpretativos que permitieran aprehender conjuntamente las patologías propias de Europa y del Nuevo Mundo, de indígenas y de españoles” (Viesca 1990b: 93). Dado el contacto cultural y físico que hubo entre grupos humanos, y hablando en términos epidemiológicos, las enfermedades que afectaron a conquistadores y conquistados pasaron a ser un asunto de interés mutuo (Viesca 1990b: 93).

Al ser un tema común, los registros históricos documentan las principales epidemias que ocurrieron a lo largo del siglo XVI en el centro de la Nueva España. Estos registros fueron analizados por Malvido (1982) y Prem (1991: 47) y a partir del estudio de ambos se puede construir el siguiente cuadro:

Cuadro 3.1 Epidemias en el siglo XVI

Año	Epidemia
1519	Viruela
1521	Viruela
1531	Sarampión
1545	Cocoliztli / Tifo (¿?)
1550	Paperas
1563	Sarampión (¿?) / Peste como la de 1545
1566	Cocoliztli
1576	Cocoliztli / Tifo (¿?)
1595	Sarampión

Pero este escenario sanitario quedaría incompleto si no consideráramos también las dolencias que acompañaban a la población en su día a día. Empecemos por señalar las enfermedades más frecuentes en el sector español. Contrario a lo que se cree, este grupo igualmente sucumbió ante enfermedades propias del continente americano, como lo fueron la leishmaniosis, tripanosomiasis americana, verruga peruana, infecciones estomacales y otros tipos de

parasitosis, así como la sífilis o morbo gálico y, por supuesto, también en numerosas ocasiones el hambre y la fatiga (Guerra, 1973b: 346).

Para con las enfermedades del sector indígena durante la época de contacto se tiene el problema de que los documentos que las mencionan de modo claro son mucho menos abundantes que para el caso de la población española. Un tipo de documento que puede ayudar a conocerlas son las *Relaciones Geográficas de Indias*. Se trata, como ya se indicó, de documentos que conjuntan las respuestas al cuestionario mandado a realizar por Felipe II en 1577 para conocer todos los aspectos (ambientales, políticos, religiosos, sociales, epidemiológicos, culturales y médicos) de sus colonias de Ultramar. Si bien las *Relaciones* nos brindan información, los datos sobre las enfermedades indígenas son meros comentarios a estados patológicos genéricos, sin descripciones específicas. Analizando el contenido de estos documentos, las dolencias del sector nativo podrían agruparse en procesos febriles (calenturas en general), respiratorios, digestivos (cámaras de sangre, pujamientos de sangre, vómitos, hinchazones, ahítos y empachos, hidropesía, “dolor de ijada”); y con menor frecuencia problemas urológicos (mal de piedra, mal de orina, sangre en la orina), ginecológicos, dermatológicos (diviesos, postemas, llagas o incordios), oculares, así como diversos dolores de cabeza, muelas y articulares (Álvarez, 1992: 127-129).

Llama la atención la frecuencia con que se mencionan en las *Relaciones* a los *cocoliztles* o grandes epidemias. El análisis da el resultado esperado, pues las menciones acaban centrándose en las tres grandes epidemias de cocoliztli en el siglo XVI, ocurridas en 1519, 1545-1546, y 1576-1578. Como ya dijimos, la primera fue identificada como una epidemia de viruelas, mientras que la segunda es la que constituye el objeto de nuestro estudio (Álvarez, 1992: 127). En cuanto al último cocoliztli, como ya se ha apuntado, existen serios problemas para determinar su relación con la epidemia ocurrida entre 1576 y 1578, pese a la aparición del mismo nombre de la enfermedad en algunas fuentes.

Ante varias enfermedades que atacaban a ambos bandos, se dieron acuerdos en cuanto a práctica y cuerpo teórico médico para combatir los males. Para poder conocer como se dio la relación entre medicina española e indígena en la época de contacto, veamos primero los sistemas médicos anteriores a la conquista de México-Tenochtitlan en su población y contexto originales.

3.2.2 Sistemas médicos precontacto

3.2.2.1 Medicina española en el Renacimiento (siglos XV-XVI)

La medicina en la España renacentista de los siglos XV y XVI se caracterizó por un pluralismo médico o coexistencia de múltiples sistemas médicos, los cuales fueron la medicina académica y la medicina empírica-supersticiosa. Los representantes de la primera fueron médicos universitarios, boticarios y cirujanos; mientras, la medicina empírica se conformó por personajes que practicaban tratamientos iatroquímicos, medicina tradicional, y sanación por medio de la magia y la religión, (López, 2002: 286). El escenario médico tan diverso se debió a factores económicos y culturales tales como la diversificación económica, las expectativas e ideas del enfermo, la reputación del practicante, y la elección de la enfermedad padecida (Zarzoso, 2001: 418-419; Perdiguero, 2002: 122; Lindermann, 2001: 221-226, 233; López, 2002a: 91).

Ante un mercado médico tan variado, los monarcas ibéricos buscaron monopolizar y controlar la educación y práctica médica, acciones no novedosas en el Renacimiento, ya que desde la Edad Media, varios reinos ibéricos establecieron instituciones dedicadas al control del ejercicio médico (López, 2007c: 94). La novedad para la época y la monarquía fue la creación del Tribunal Real del Protomedicato, encargado de regular las prácticas médicas en Castilla, y que no debemos confundir con la figura del protomédico, o el “primer médico”, frecuente en las cortes de los reinos de la Corona de Aragón desde la época medieval. (López, 2007b: 285).

El Tribunal del Real Protomedicato fue un órgano colegiado y supremo, de carácter técnico y destinado a controlar las profesiones sanitarias en Castilla, con jurisdicción especial personal y material, independiente y no subordinado al Consejo Real, aunque en ocasiones mediatizado por él (Campos, 1996: 44). Campos subraya la condición de real, es decir, que el tribunal se integra en la administración central de la Monarquía y depende del monarca, quien nombra libremente ministros principales a los médicos de su Real Cámara y examinadores entre los facultativos de la Real Familia. Así mismo, debe subrayarse su condición de tribunal de justicia, es decir, su capacidad de dictar sentencias y resoluciones administrativas, como son sus decisiones en la aprobación o reprobación de las personas que ante él se examinan. Su origen se ha establecido a partir de la Pragmática de los Reyes católicos fechada en 1477, dirigida a los examinadores mayores. En ésta, al Tribunal se le dio una regulación y actitud colegiala al caracterizarlo como

un tribunal de rango superior, que se compuso de tres alcaldes examinadores con la función de examinar y licenciar a los médicos, cirujanos, ensalmadores, boticarios, especieros, herbolarios, parteras y hombres que ejercieran libremente, bajo licencia, la práctica médica. Igualmente se encargó de castigar el intrusismo y abuso o exceso en estas profesiones, así como a los que usaran ensalmos, conjuros y encantamientos. Otra función fue el visitar las boticas y tiendas donde se vendan medicinas o especias, y determinar de los enfermos de lepra cuáles han de ingresar en las casas de San Lázaro (Campos, 1996: 44-50; López, 1999: 74-76, 88; López, 2007b: 289).

Si bien el Protomedicato fue la forma de controlar la práctica médica y otras afines por parte del estado, éste no fue bien aceptado por las autoridades locales castellanas en temas como la visita a las boticas, la concesión de licencias, o el control del ejercicio. Además, hubo otro problema relacionado con su jurisdicción, ya que solo la tenía en cinco leguas (unos 25 km) alrededor de la Corte, quedando fuera de este límite y en manos de las justicias locales los asuntos relacionados a los sanitarios (López, 2007c: 96-97; López, 2007b: 290-291).

Fuera del Reino de Castilla se dieron formas de control de la práctica médica implementadas desde mediados del siglo XV (Fernández, 1996: 174). Recordemos que en el Renacimiento, la monarquía ibérica era una monarquía patrimonial, es decir, un heterogéneo conjunto de reinos con sus propias leyes e instituciones, además de un concepto diferente de la autoridad real en cada uno de ellos (López, 2007c: 94-95). En los otros reinos de la Península Ibérica existieron, en diversas ciudades, cofradías y audiencias de médicos, cirujanos y boticarios, que ejercían un riguroso control del ejercicio profesional; la incorporación a las mismas obligaba a los médicos y cirujanos a cumplir con exámenes teóricos, pruebas prácticas y pago de derechos. Igualmente colaboraron en la represión del intrusismo, dictaron normas marcando los límites de acción profesional a los cirujanos y médicos; regularon la percepción de honorarios y, hasta impusieron su autoridad en la celebración de consultas médicas. Igualmente, las cofradías representan la resistencia de las ciudades no castellanas a la aceptación del poder centralizador del Protomedicato de Castilla (Granjel, 1974: 15-16).

Ejemplos de cofradías o grupos reguladores se encuentran en la Corona de Aragón, Navarra y el Reino de Valencia. Durante el Renacimiento, tanto en la Corona de Aragón como en Navarra, las diferentes formas de control del ejercicio de la medicina permanecieron en manos de las autoridades urbanas y de las corporaciones gremiales o colegios profesionales. Es decir, no se

modificó la estructura después de la unión de los reinos; además, no existía una institución con funciones legalmente reglamentadas y un complejo aparato burocrático como fue el Real Tribunal del Protomedicato castellano, sino simplemente protomédicos, personas aisladas designadas por el rey (López, 1999: 72-74). En el caso del Reino de Valencia, las bases del control del ejercicio de la medicina, la cirugía y la farmacia se establecieron a partir de lo legislado en los fueros de los siglos XIV y XV. Pardo (1992) describe los mecanismos de control durante los siglos XVI y XVII en Valencia, dejando claro que las autoridades de la ciudad tenían responsabilidades exclusivas para regular todas las prácticas médicas (López, 2007c: 97; López Piñero, 2007: 292).

Tanto en Castilla como en otros reinos, las instituciones que controlaban la práctica médica buscaron la profesionalización de los practicantes médicos mediante la concesión de licencias. En el caso de los galenos, el procedimiento para obtener dicha acreditación consistió en su examinación después de haber cursado unos estudios universitarios estrictamente reglamentados, que consistían en la obtención del grado de Bachiller en Artes en universidades aprobadas, luego cuatro años en una facultad de medicina para conseguir el grado de Bachiller en Medicina, seguido de la práctica sin poder curar por dos años en compañía de médicos aprobados (López, 1999: 78). Pese a contar con licencias, los médicos no estaban autorizados a realizar labores de cirugía, aunque en la práctica, y por la escasez ya fuera de médicos o cirujanos, los unos cumplían el trabajo de los otros, además de que, la división entre profesionales no estaba tan marcada (López, 2002c: 168).

En el caso de los cirujanos, los tribunales les pedían presentar solo un testimonio de haber practicado por cuatro años en algún hospital con cirujano aprobado. Sin embargo, el caso de España e Italia es contrario al resto de Europa, ya que se trató de apalejar la diferencia entre técnica y ciencia; es decir, médicos y cirujanos trabajarán juntos, además de tener conocimientos tanto de medicina como de cirugía, según el caso del practicante. Se buscó educar a los cirujanos, como lo señala la Pragmática de 1593 donde se obliga a éstos a tener aprobados tres cursos de medicina, y haber practicado la cirugía al menos dos años. Sin embargo, por la escasez de cirujanos que cumplieran los requisitos en muchas zonas de Castilla, se estableció la excepción de licencia a barberos para los lugares donde no hubiera cirujano, solo si se comprobaba que no había quien curara (López, 1999: 78-79).

Cabe señalar que bajo el nombre “cirujano” se englobaron varios practicantes que fueron categorizados de dos formas principales. La primera correspondió a los cirujanos latinos, aquellos que sin estar licenciados en medicina, habían seguido cursos en alguna de las universidades, realizaban fundamentalmente operaciones quirúrgicas, y también estaban autorizados a prescribir medicamentos de uso externo. Se diferenciaban de los médicos también en cuestiones salariales, ya que los cirujanos pedían menos honorarios. La segunda categoría fue la de cirujanos romancistas, o aquellos que habían seguido una formación reglada con maestros, y carecían de conocimientos de latín. A esta categoría pertenecían los barberos sangradores, flebotomistas o los que estaban autorizados únicamente a sajar, sacar dientes y muelas, sangrar y poner ventosas y sanguijuelas. Sin embargo, los límites entre estos grupos no estaban bien dibujados (López, 2002c: 170). López (2002a: 95) menciona que los pacientes buscaban más a los cirujanos que a los médicos por cuestiones económicas, ya que los honorarios eran menores; además, en varias situaciones su intervención era indispensable, ya que el médico sólo dictaba las reglas terapéuticas que seguiría el cirujano (López, 2002a: 95).

En el caso de los boticarios, otro grupo controlado por el Protomedicato, tuvieron una situación parecida a los cirujanos, ya que empezaban su formación de carácter artesanal junto a un maestro boticario, para luego ser examinados por el Tribunal. Una de las condiciones era que supieran latín, para así poder proporcionar los preparados que los médicos requerían (López, 2002c: 174). La legislación castellana, al mismo tiempo que insistía en el control de la profesión y de las boticas, velaba por los boticarios y sus prerrogativas, ya que se encargaba de castigar a los médicos que prepararan compuestos en sus casas, o a los que vendieran medicamentos sin estar licenciados (López, 2002c: 175).

La asistencia médica, en Castilla como en el resto de los territorios, también estuvo en manos de empíricos de varios tipos y cultivadores de diferentes supersticiones y hechicerías, que utilizaban procedimientos curativos típicos de formas de pensamiento mágico (López, 1999: 80). Los empíricos, entre los que podemos encontrar algebristas –tratamientos de fracturas y dislocaciones-, hernistas, los que sacan la piedra, batidores de la catarata, sacamuelas, matronas, y especialistas en curar diversas enfermedades, fueron más o menos tolerados e incluso se intentó elevar el nivel de su práctica, además de encontrarse como practicantes médicos compartidos por el pueblo y la monarquía (Perdiguero, 1996: 95; López, 1999: 80).

Mencionemos dos ejemplos significativos, estudiados por López Terrada (2002b: 178 y 2007: 108) para ilustrar la actividad de los empíricos en la sociedad castellana. El primero corresponde a Francisco de Somavilla, quien atendía en la corte a los afectados por cálculos, hernias y dislocaciones. Como segundo caso tenemos el nombramiento del médico Llorenç Coçar como Protomédico y visitador real en 1589, y quien fuera figura clave del paracelsismo. Este último nos permite conocer como Felipe II daba apertura a la medicina química, integrada además en el sistema académico en la ciudad de Valencia, durante los años ochenta y noventa del siglo XVI.

Dentro de los empíricos se encontraban aquellos practicantes que integraron prácticas mágicas, convicciones religiosas y supersticiones en la sanación. El grupo estaba integrado por saludadores, ensalmadores, brujas, hechiceros, conjuradores, los que usaban talismanes y amuletos, nigromantes y astrólogos judiciales, quienes en conjunto fueron perseguidos tanto por el Tribunal y sus congéneres, como por la Inquisición (Perdiguero, 2002: 147-148; López, 2002b: 113-118; López, 2007a: 93; Ortiz, 1996: 113). Este grupo de practicantes también tuvo adeptos tanto entre en el pueblo como entre los grupos privilegiados, incluida la monarquía, incluso hay testimonios de médicos que confirmaban su poder, así como testimonios inquisitoriales sobre galenos que fueron sentenciados por creer y practicar esta otra medicina (Granjel, 1974: 28).

Nuestro repaso al pluralismo médico ibérico no estaría completo si no consideráramos a los médicos judíos y moriscos, considerados como practicantes de la medicina empírica. Los médicos judíos eran muy numerosos antes del decreto que les obligaba a su conversión o a la expulsión, y después de 1492, muchos de los conversos siguieron practicando la medicina, aunque sometidos a una constante actividad represora, incluso algunos de ellos fueron juzgados por la Inquisición. Algo distinto es el tema de los médicos moriscos, a los que, de acuerdo con la marginación general por su condición, se discriminó su medicina y práctica, pasando a ser considerada como empírica y creencial. Pese a su desprestigio, sin embargo, los sanadores moriscos fueron tolerados e incluso aceptados por la alta sociedad de cristianos viejos y en la corte (López, 2002c: 167; Siraisi, 1990: 29; García, 1984).

La presencia de los empíricos en la sociedad es explicada por Betrán Moya (1994 en López, 2002a: 98) al señalar que el empirismo estaba integrado en las estructuras mentales de las personas, estableciendo una complicidad entre el curandero y su paciente ante la enfermedad, en cuanto que ambos participaban de un mismo cuerpo de creencias sobre su génesis y

curación. Además, en la sociedad del siglo XVI, como estamos viendo, no había una diferenciación entre la medicina científica y la popular, sino que había amplias zonas de contacto. Pese a su ejercicio, la gran mayoría de empíricos carecía del adecuado conocimiento de la ciencia o arte médicos, en este caso del galenismo, tal y como lo concebían los miembros de la medicina académica. Además había un elemento en común de gran importancia empleado tanto por practicantes licenciados y empíricos, que fue la materia médica, a la que Jerry Stannard (1987 en López, 2002a: 99) considera como denominador común entre los diferentes sanadores.

Hemos, en el párrafo anterior, mencionado un punto clave en el pluralismo médico ibérico: el galenismo o medicina galénica, sistema en el que se basó la práctica médica tanto de académicos como empíricos, con sus respectivos matices. Los licenciados tuvieron un mayor contacto con dicho sistema médico, ya que fue la base de su práctica y la materia estudiada en las universidades (López Piñero, 2007: 43). La enseñanza académica, la cual era más teórica que práctica, transitó entre tres corrientes intelectuales que marcaron la medicina; éstas han sido definidas por la historiografía tradicional con las etiquetas: galenismo arabizado, galenismo humanista y galenismo contrarreformista. Estas corrientes, si bien han sido cuestionadas y replanteadas por la historiografía contemporánea, nos permitirán conocer la medicina que fue practicada por los españoles que se instauraron en la Nueva España en la época de contacto, y que pudieran informarnos sobre el cocoliztli.

Bajo la denominación de "galenismo arabizado", se entiende la formación médica académica adquirida en las universidades, basada principalmente en los conceptos del médico Galeno de Pérgamo (129-216) en los textos fijados a lo largo de la transmisión bajomedieval, y formada en gran parte mediante traducciones que los médicos árabes realizaron de las grandes obras de los textos médicos clásicos, griegos y latinos. El humanismo, a partir de la segunda mitad siglo XV, pugnaba por la depuración de las obras clásicas, es decir, por volver a los textos originales y no a los traducidos y comentados por los árabes, para así conocer realmente lo que fue escrito, e incluso comentarlo: la vertiente médica de esta corriente intelectual es la que dará lugar a la denominación "galenismo humanista", aplicada a los partidarios del uso de los textos depurados por los humanistas (López, 1992: 52; López1992b: 58, 2007: 39-41; Granjel, 1980: 179; Laín, 1963: 24,27, 1978: 210). Ésta corriente produjo una crisis interna en la medicina académica, que derivó en el cuestionamiento de las grandes autoridades, plasmado entre otras cosas en el establecimiento de la nueva anatomía del cuerpo basada en las descripciones a partir de las disecciones y no en los textos, así como en una progresiva autonomía de la observación clínica

y del ambiente con respecto al seguimiento acríptico de los textos canónicos (López Piñero, 2007: 39-40). Con la consolidación de la Contrarreforma y el confesionalismo en la monarquía hispánica y en sus instituciones, también en las universitarias, los comentarios y críticas a las obras clásicas se dieron por terminadas, viendo con desconfianza posiciones que no se amoldaran a una metodología y unas argumentaciones fieles a la tradición escolástica más rancia (López, 1979: 142; López Piñero, 2007: 170, 271).

La medicina galénica se explicaba la salud y la enfermedad en base a la teoría humoral, que se construyó sobre una serie de conceptos que, para su mayor entendimiento, desglosaremos usando como referencia el estudio de Siraisi (1990). La medicina se basaba substancialmente en el concepto de las “cosas no naturales”, una de las tres categorías que dan sentido al cuerpo teórico del sistema médico, siendo las otras dos las cosas “naturales” y las “patológicas”. En cuando a las cosas no naturales, estaban divididas en seis grupos, cinco de ellos compuestos por pares: aire y ambiente, bebida y comida, sueño y vigilia, movimiento y descanso, evacuación y repleción, y pasiones de la mente. Pese a no ser constituyentes del cuerpo, las *sex res non naturales* convertían el medio físico, social y moral del ser viviente en normal o patológico (García, 2002: 134-135; Siraisi, 1990: 101). Las cosas patológicas incluían todo lo que era alterado durante el estado de enfermedad y eran agrupadas en tres: la enfermedad con respecto a la alteración inmediata de las cosas naturales; la causa de la enfermedad; y los síntomas o las maneras específicas en que la enfermedad se expresa o se hace aparente (García, 2002: 134-135). Finalmente, las cosas naturales incluían todas las cosas del cuerpo humano que lo componían y que no son visibles a los sentidos (los elementos de la tierra -aire, fuego y agua-, y *spiritus* -sustancia manufacturada en el corazón de aire inspirado y transmitido al cuerpo por medio de las arterias-); partes corporales percibidas físicamente (humores -los fluidos corporales-, y miembros, o partes del cuerpo); y actividades o funciones (virtudes y operaciones). Esta lista sirve para introducir tres conceptos clave de organización que asignan relaciones entre las partes del cuerpo y sus funciones: complexión, los humores, y los sistemas (Siraisi, 1990: 101; Lindermann, 2001: 72; García, 2002: 134-135).

La complexión o *complexio* implicaba el balance de las cualidades de caliente, húmedo, frío y seco que resultan de la mezcla de los elementos en el cuerpo humano (Siraisi, 1990: 101-102). La teoría de las complexiones funcionó como un sistema de explicación que proveía el enlace racional entre la terapia y la enfermedad, esta última o *inequalis* ocurría cuando el balance de las cualidades en un individuo se perturbaban. El médico entonces restauraba el balance natural al

prescribir medicamentos en los que las cualidades compaginaban inversamente a los desordenes de la complexión del paciente (Siraisi, 1990: 102; García, 2002: 129-131; García, 1982: 117).

En cuanto a los humores, estos fueron fluidos corporales que eran esenciales a la función fisiológica del organismo y se presentaban en un set de cuatro: sangre, flema, bilis (también nombrada cólera, o bilis roja y amarilla), y bilis negra (o melancolía). La flema fue un termino que recogía todas las secreciones sin color o blancuzcas (excepto el semen y la leche), con sus variedades y sus características. El cerebro era el órgano especial que mas frecuentemente se asociaba con la flema. La bilis roja o amarilla se identificó como el fluido encontrado en la vesícula biliar, y se dijo que se producía en el hígado, junto con la bilis negra y la sangre; la bilis negra fue provista con un receptáculo en el bazo. La sangre tenía un lugar especial entre los humores. El fluido encontrado en las venas se consideraba como una masa sanguínea que consistía de una mezcla del humor puro sangre con una proporción menor de los otros tres humores. Los otros humores se generaban como parte del proceso de manufactura de la sangre; y una función importante de la bilis amarilla y negra –en su buena forma- era, respectivamente, el purificar y fortificar la sangre (Siraisi, 1990: 105-106).

Los humores cumplían dos funciones importantes en la economía del cuerpo. La primera era la nutrición, ya que se consideraba que la mayoría de la sangre se usaba para nutrir cada parte del cuerpo, por lo que se decía que las partes corporales se generaban de los humores. Su segunda función era la de vehículo de complexión. Además, los cuatro humores en conjunto eran los medios por los que la complexión balanceada del individuo se mantenía o alteraba; por lo que, el balance de los humores era responsable de la disposición psicológica y fisiológica (Siraisi, 1990: 106).

Igualmente, la necesidad de poseer un criterio práctico y visible llevó a los médicos a interpretar el concepto de salud en términos de humor sangre y de las dos cualidades que posee que son más obvias a los sentidos: el calor y la humedad. La salud entonces fue definida en base al concepto de “humedad radical” (*humiditas substanciale*), desarrollada para explicar la naturaleza de la vida, los procesos naturales (envejecer) y los procesos patológicos. La medicina galénica consideraba que la vida es posible, desde la formación del embrión, solo por medio del mantenimiento de cierto nivel de humedad (*humiditas*) compatible con el necesario calor vital o innato. Ambos, humedad radical y el calor innato, varían en el curso de la vida de la persona; la

variación del calor es un proceso inevitable como consecuencia del proceso natural de secado de la humedad radical, que puede corromperse y destruirse (García, 2002: 132-133; Siraisi, 1990: 105).

Retomando los conceptos clave, habremos de señalar lo relativo a los sistemas. Los galenistas pensaban que los tres miembros principales –corazón, cerebro e hígado- gobernaban cada uno o proveía el principio rector (*principium*) de un grupo separado de órganos y funciones agrupados en tres sistemas distintos, a los que se les adscribían virtudes -poderes generales de acción o sensación que les correspondían a cada sistema-, operaciones -funciones de órganos particulares-, y facultades -las habilidades peculiares de varias partes del cuerpo- (Siraisi, 1990: 107-108).

De los órganos, el corazón era el órgano principal del sistema al que se le dotaba de las virtudes vitales, siendo los otros órganos del sistema los de la cavidad torácica y las arterias (Siraisi, 1990: 107-108). En conjunto eran llamados miembros espirituales porque distribuían una mezcla de sangre y espíritu (*aire*) por todo el organismo (Lindermann, 2001: 72). Además, el corazón era el centro de las virtudes y asiento del calor vital (Rojo 1993: 52). El cerebro era el miembro principal de una serie de órganos que también incluía la médula espinal y los nervios. Este sistema controlaba el pensamiento, el movimiento y la sensación, llamadas virtudes animales (*anima*, en sentido filosófico) (Lindermann, 2001: 73; Rojo, 1993: 52; Siraisi, 1990: 108). Por último, el hígado se encargaba de las virtudes naturales, es decir, nutrición, crecimiento y reproducción, y a su vez, era parte del sistema formado por el estómago y otros órganos junto con las venas, relacionadas estas con la digestión y la distribución del alimento por medio de la sangre a todo el cuerpo. El alimento ingerido se transformaba en *quilo*, el líquido original de la vida, en el hígado (mediante un proceso similar a cocinar o *mezclar*); además de que formaba parte de los cuatro humores: sangre, flema y las dos bilis. Por último, el hígado solía ser considerado como la fuente de la salud que hacía la buena sangre que nutre todas las partes (Lindermann, 2001: 73).

Bajo estos conceptos la enfermedad podía ser clasificada en malformaciones congénitas (*mala compositio* del cuerpo), desequilibrio complexional (*mala complexio*), y trauma (romper la continuidad del cuerpo) (Siraisi, 1990: 120). Las enfermedades congénitas y de desequilibrio fueron llamadas simples, e incluían la “discrasia” (malicia de la complexión o cualidades), la malicia de la composición como una putrefacción de humores o “cacoquimia”; por exceso de

sangre o “plétora”; o por división de los miembros. Mientras, el trauma se consideró como enfermedad compuesta ya que varias causas simples actuaban conjuntamente (Rojo 1993: 52-53; Laín, 1978: 171; Cunningham, 1991: 41-42). Esta clasificación localizó casi todas las enfermedades internas en el campo del desequilibrio complexional (Siraisi, 1990: 120).

Para la medicina galénica, el cuidado que los médicos ofrecían consintió en el mantenimiento de la salud del cuerpo (el mantenimiento de un buen temperamento) y el tratamiento de enfermedades internas y algunas externas atribuidas a un desequilibrio complexional (Siraisi, 1990: 120). Al momento de restaurar la salud, el galeno debía describir la enfermedad de manera correcta, con lo que se refiere a la contemplación de su aspecto con la intención de reducirlo a “especie morbosa”, a través de la observación del enfermo, junto con la historia de la enfermedad que narra el paciente. El médico se valía además del análisis del excremento y la sangre, la toma del pulso, y los ruidos de la cavidad abdominal para su diagnóstico y pronóstico (Siraisi, 1990: 123-127; Laín, 1978: 315-316). Este último consistió en la capacidad de acertar el día en que el enfermo se va a curar o va a morir, basado en las antiguas prácticas hipocráticas y la doctrina de los días críticos pitagóricos (Rojo 1993: 53).

Para los galenos, el equilibrio de los humores no fue un aspecto solo cuantitativo, ya que cada humor contaba con otras propiedades que hacía que el equilibrio cualitativo fuera necesario para preservar la salud. Si un humor disminuía en concentración, los síntomas podían ser sensación de vacío, mareo y pérdida de peso; mientras que el exceso o acumulación de cualquiera de los humores producía dolor y congestión. Ante el desequilibrio de los humores, los médicos propusieron tres tipos generales de tratamiento, que fueron la dieta, la medicación y la cirugía (que incluía la práctica de la sangría) (Siraisi, 1990: 137- 152; Pérez, 1993: 651). Señalemos que la sangría era empleada para eliminar el humor que estuviera en exceso o que había cambiado sus propiedades, y la dieta era la responsable de evitar que se volviera a desequilibrar el humor que produjo la enfermedad (Pérez, 1993: 651; Lindermann, 2001: 95).

En cuanto a la medicación, giró en torno al concepto de fármaco o “phármakon”, procedente de la medicina hipocrática. El arsenal terapéutico en ese terreno se basaba esencialmente en lo contenido en el tratado de *Materia medica* de Dioscórides (López, 2007c: 97). El concepto de fármaco refería a “lo que modifica el estado presente, y actúa modificando todo lo que tiene más fuerza. Por tanto, se puede modificar, si se quiere, por un fármaco, y si no se quiere, por el alimento” (Sanfilippo 1990: 207). Al momento de emplear medicamentos, el médico consideraba

el siguiente aforismo “la naturaleza es el médico de las enfermedades. La naturaleza encuentra, por si misma, el camino” (Laín, 1970: 302 en Sanfilippo, 1990: 205), con lo que la terapéutica entonces fue considerada como alópata, ya que con los medicamentos producían en el organismo efectos contrarios a los de la enfermedad, aliviando así los síntomas de la misma. En resumen, la enfermedad era eliminada por sus contrarios (Lindermann, 2001: 94; Sanfilippo 1990: 205).

El galenismo también impulsó cambios en la concepción de las epidemias. Aspecto que resulta especialmente pertinente para nuestro objetivo. Los médicos no solo se atenían a enfermedades individuales, también a las de carácter epidémico. En este aspecto, al momento de responder por qué algunas personas enfermaban mientras que otras no, se agregó al pensamiento galénico tradicional la tesis de la patología humoral hipocrática en términos de receptibilidad del cuerpo a la enfermedad. La teoría señalaba que el proceso morboso se iniciaba cuando el aire envenenado alteraba el equilibrio corporal, mediante su introducción en el cuerpo humano que afectaba a los órganos principales. Otros fenómenos atmosféricos, como los vientos, objetos, el aliento y exhalaciones cutáneas, aceleraban la dispersión de la enfermedad (Betrán, 2006: 198-199). Partiendo del tratado de Hipócrates titulado *Sobre el aire, las aguas y los lugares*, la conexión de las enfermedades con el ambiente constituyó un enfoque que se basaba en el concepto de “constitución epidémica” o constelación de circunstancias ambientales y de enfermedades dominantes en un lugar y tiempo determinados, y en los de “epidemia” o “enfermedad popular” la cual afecta a gran parte de la población, y “endemia” o “enfermedad patria” (López Piñero, 2007: 236-237). Otro de los aportes de la teoría a la medicina fueron las nociones de “peste” o “pestitencia”, que hacían referencia a una enfermedad primero del aire y secundariamente del hombre, con varias agentes causales (Betrán, 2006: 197).

3.2.2.2 Ticiotl, medicina náhuatl prehispánica

...la racionalidad de los indios mexicanos en un campo que, como lo es la medicina, se ubicaba tanto a nivel de arte, es decir, saber hacer, como de ciencia, de saber...
(Viesca, 1995: 72).

Por medicina náhuatl, mexica o azteca, en náhuatl *Ticiotl*, entendemos a la medicina que fue practicada por diversas sociedades en el área central de México antes de la conquista española. Se caracterizó por su “pathos” constituido por la religión y la magia, el cual se regía en el plano

de lo sobrenatural, permitiéndoles a los mexicas el construir un sistema médico conformado por principios teóricos, tanto de naturaleza religiosa como de la cosmovisión y procesos naturales observados (López Austin, 1975 en Anzures, 1983: 33; Aguirre, 1963: 38).

El que los nahuas basaran su medicina en la magia y la religión ha hecho que se le considere una medicina “arcaica” o “primitiva”, lo cual no es sinónimo de “precientífico”. La consideración refiere más a que todo lo que conformaba el sistema médico (explicaciones, diagnóstico, tratamiento) fuese entendido y explicado en base a la magia y la religión, aspectos esenciales en su forma de explicar el lugar del hombre en el cosmos, o cosmogonía (Pérez, 1993: 552). La religión admitía la existencia de un poder superior a la humanidad, que los seres sobrenaturales intervenían en la vida humana al ser invocados mediante plegarias, súplicas y actos de propiciación, y que con su uso se imploraba, más no se manipulaba. Al momento de explicar fenómenos naturales mediante la invocación de espíritus, se adentra en el terreno de la magia, la cual admite la manipulación de fuerzas al aplicar leyes que gobiernan el mundo sobrenatural (Ortiz, 1984: 161).

Antes de adentrarnos a la medicina de los mexicas, habrá que comprender su cosmovisión, sin la cual, nos será difícil entender los criterios explicativos propios de su sistema médico. El *imago mundi* de los nahuas se formuló en base a metáforas y mitos que dotaron de un contenido simbólico las ideas cosmológicas, permitiendo así su comprensión. Pese a todo lo señalado, hay que considerar que la cosmovisión contaba también con elementos racionales, lo que permitía a los mexicas distinguir entre lo que era la explicación verdadera, coherente racionalmente con el sistema en su totalidad y no quedarse exclusivamente en el mero estadio mágico-religioso (León Portilla, 1974: 83-84).

La imagen del universo derivaba de cómo los aztecas se explicaban su construcción en base a dos conceptos básicos. Viesca (2013: 53) los menciona como “el de los intentos dialécticos repetidos para buscar un orden ideal, manifestado en las creencias acerca de la existencia de cuatro mundos previos al nuestro, y el de la ordenación del mundo actual siguiendo un eje vertical cuyo centro corta en su centro a la superficie de la tierra sobre la que habita el hombre”. El mundo en el que vivieron los nahuas había estado precedido por la creación y destrucción de cuatro soles –eras- anteriores, y la ordenación del mundo estaba conformado por tres grandes sectores dispuestos sobre un eje vertical. Éstos eran el celeste, constituido por trece pisos; el del centro, la superficie de la tierra, donde habitaban los hombres; y el inframundo, con nueve pisos

subterráneos. Cada uno de los pisos era gobernado por una deidad en particular y constaba de características especiales (Vargas, 1993; Viesca, 2013). La distribución presentaba una división dual de los polos que estaban representados por los cielos y los pisos debajo de la tierra, la cual fungía como el nexo entre ambos, así como la receptora de las acciones generadas en los polos (Viesca, 2013: 57). En cuanto a la superficie de la tierra, la cual se concebía como un rectángulo, era en realidad un plano horizontal que cortaba en dos el eje vertical del universo. Lugar de lo relativo, en ella se constituían las características de los otros sitios del universo, representados a su vez por los puntos cardinales que semejaban los pétalos de una inmensa flor en cuyo centro, se encontraba el eje del universo. En el centro de la flor, en la intersección de los ejes o el centro del centro, vivía el hombre. Su nombre en náhuatl “*tlácatl*”, que significa “el de la mitad, mitad” pudiera hacer referencia a su lugar en el cosmos (Viesca, 2013: 60-61, 63).

El hombre, dentro de la cosmogonía náhuatl, fue un ser de gran importancia ya que respondió al intento ordenador de los dioses, reflejándose en su cuerpo la estructura del universo al contener partes celestes y terrenales, mezcladas de tal forma que lo hacía partícipe del devenir y corresponsable del destino del mundo, y que participaban en él de forma equilibrada, haciéndolo la síntesis ordenada y estable del universo (Viesca, 2013; López, 1995: 25). Las mismas fuerzas externas, tanto naturales y divinas, lo tenían a su voluntad y podían llevarlo a la enfermedad, la desgracia o la muerte. La única vía para lograr la salud y la felicidad consistía en llevar una vida moderada, ordenada, observante del cumplimiento de las obligaciones con la sociedad y los dioses, y en la que había que buscar el contacto con lo sobrenatural, para disfrutar de su buena voluntad y de sus favores (Vargas, 1993: 17).

La forma en la que las fuerzas externas alteraban al humano era a través de las tres entidades anímicas que le eran concedidas al hombre. Estas fuerzas eran el “*tonalli*”, concebido como un resplandor de origen celeste que significaba la presencia de los seres e influjos de los mundos superiores en el hombre; el “*ihíyotl*”, entendido como un soplo, corresponde a los pisos del inframundo; y “*teyolía*”, ubicada en el corazón, entidad propiamente humana que traduce todas las influencias provenientes de otros seres y regiones del cosmos a términos de humanidad (Viesca, 2013: 65-66, 68).

Teniendo noción de la cosmogonía mexicana, que incluía una determinada concepción de cuerpo humano, podemos adentrarnos a la medicina. La tradición señalaba que la Ticiotl había sido desarrollada por cuatro grandes sabios en relación con la naturaleza y el calendario astrológico

(Riera, 1991: 21). El *ticitl* o *tepatiani* (plural, *titici*) era el médico encargado de restablecer el equilibrio entre el hombre y su cosmos mediante el uso de elementos aprendidos en base a la experiencia (López, 1967: 107). La Ticiotl contaba con un sistema tan elaborado que incluso sus practicantes se dividían en especialidades (Aguirre, 1963: 39-40; Ocaranza, 2011: 48, 63; Anzures, 1983: 45-46). Cabe señalar que los titici aprendían el “oficio” a través de la transmisión de los conocimientos por parte de practicantes experimentados. Igualmente, aquellos nacidos bajo ciertos signos calendáricos o nacidos con determinados defectos físicos, podían llegar a ser *ticitl*. La educación empezaba desde temprana edad, ya que el conocimiento de la herbolaría médica, la sabiduría pronostica, el aprendizaje del calendario y su vínculo con la astrología, requería un largo tiempo de aprendizaje (Ocaranza, 2011: 46; Aguirre, 1963: 39).

Recordemos que la medicina náhuatl se basaba en la magia y religión, los cuales hicieron que sacerdotes y médicos tuvieran una estrecha relación, ya que mantenían el orden social, compartían su conocimiento, hacían de intermediarios de los dioses, conjuraban a los espíritus, e incluso eran capaces de predecir el futuro (Estrella, 1992: 24). En resumen, el *ticitl* era un sabio o *tlatimini*, hombre que conocía las cosas, seguía un método y contaba con diversas formas de restablecer el equilibrio o salud de la persona (León-Portilla, 1974: 85).

Tanto para los *titici* como la sociedad, la enfermedad no solo era entendida en base a las alteraciones individuales y sociales. Si la enfermedad era considerada como hecho social, ésta era al individuo una nueva dimensión de la existencia a nivel individual y colectivo. El enfermo no tenía una parte enferma, ya que todo él era el que se sentía mal, tanto en su vivencia actual como la pasada. Con un concepto holístico de enfermedad, se veía afectada la existencia individual y la de la comunidad (Estrella, 1992: 19). Igualmente, las enfermedades eran vistas como el resultado de cambios dinámicos ocurridos en el organismo, y no como problemas estructurales en cuanto a órganos (Viesca, 2013: 75). Dichos cambios provocaban la pérdida del equilibrio, que se expresaba principalmente en términos de exceso de frío o calor (López, 1995: 31).

Al caracterizar el equilibrio del cuerpo humano como salud, se incluía en la medicina la relación entre humano y fuerzas cósmicas que se encuentran en constante relación e intercambio. Cualquier modificación de este sistema se manifestaba en cambios de las propiedades físicas de los seres que habitan el cosmos, y por la desviación del equilibrio se hacía la manifestación de las propiedades de los seres agresores mediante el robo de su energía o la posesión. Con esta

caracterización, las dos series conceptuales, la de los seres causantes de enfermedad y la de sus características físicas, forman un todo congruente y explicable, que derivan de la estrecha correspondencia entablada entre todos los seres del universo (Viesca, 2013: 102-103).

Como bien lo menciona Viesca (2013: 40), las enfermedades de la cosmovisión náhuatl pueden ser relacionadas con padecimientos actuales. Su propuesta llevó a varios autores (Viesca et al., 1999; Estrella, 1992; Ocaranza, 2011) a señalar que la enfermedad no puede ser considerada como específica, sino como síndrome, en su definición actual. Lo anterior se infiere por las descripciones de los padecimientos que tienen el denominador de exponer los síntomas y signos que se agrupan comúnmente, no obstante, la causa tiene orígenes variables. Aunado a las causas se encuentran los mecanismos orgánicos de la enfermedad, que suelen ser complementarios y en la práctica se cruzan, estableciendo diagnósticos de gran precisión al conocer las entidades causales (Viesca et al, 1999: 200). Estas entidades, que derivaban en enfermedad, dañaban a la persona al quitarle su espíritu, o lo ensuciaban y le introducían un objeto extraño. Es así como la enfermedad se consideraba como una presencia independiente a la persona, incorporada al hombre sin dejar de ser extraña a él (Estrella, 1992: 19).

Ya que la construcción de enfermedad náhuatl correspondía a la influencia de diversas fuerzas en la persona, su clasificación guardaba la misma relación. Para los mexicas, las enfermedades se clasificaban en base a “quién” era la causa o causas, que eran múltiples, y lo que resaltaban eran las propiedades físicas de quien lo causaba, que a su vez se relacionaba con el sitio del universo de donde provenían y de las condiciones particulares del individuo al momento de establecer contacto, ya que los aztecas veían a las enfermedades en una forma holística (Viesca, 2003, 2013; Ortiz, 1993). Lo anterior es explicado por López Austin (1974: 216-217 en Ortiz, 1993: 159):

El origen de la enfermedad es complejo; incluye y muchas veces entrelaza dos tipos de causas: las que llamaríamos naturales –excesos, accidentes, deficiencias, exposición a cambios repentinos de temperatura, contagios, y similares- y las causadas por la intervención de seres no humanos o de seres humanos con poderes mayores que los normales. Por ejemplo, un nativo podía pensar que sus problemas reumáticos procedían de la voluntad suprema de Tlilacahuan, de un castigo enviado por los tlaloque por no haber practicado cierto rito, de un ataque directo de un ser que habitaba determinado manantial, y de un prolongado enfriamiento en el agua fría; el nativo no consideraría que todo era la confluencia de diversas causas, sino que lo vería como un complejo.

Ahora bien, Ortiz (1993: 159) dividió las causas y curas de las enfermedades en tres categorías: sobrenatural (religiosa), mágica y natural (física). Señalemos que esta clasificación no corresponde a la forma en la que los aztecas veían a las enfermedades, pero ayuda a los investigadores contemporáneos a conocer la Ticiotl (Viesca, 2013; Ocaranza, 2011; Pérez, 1993; Riera, 1991; Ortiz, 1984, 1993; Anzures, 1981, 1983; Aguirre, 1963).

Volviendo a la clasificación de las enfermedades, las que eran sobrenaturales abarcaban aquellas producidas por los dioses, por espíritus y en relación con fechas astrológicas. Las enfermedades producidas por los dioses se debían al quebranto de tabúes, falta de obligaciones con los dioses, o faltas de distinto tipo, con lo cual el hombre hacía que se liberasen fuerzas dañinas para él. Esta idea hacía pensar al mexica que los dioses lo castigaban al enviarle enfermedades (Viesca, 2013: 78-79; Pérez, 1993: 553-554; Aguirre, 1963: 43). En estas enfermedades, el diagnóstico de la enfermedad consistía en conocer la deidad ofendida y su modo de actuar, permitiendo al ticitl junto con el enfermo, el remediar la falta cometida (Aguirre, 1963: 43; Viesca, 2013). Las enfermedades causadas por un espíritu tenían su fundamento en la idea de que todo lo que existe en el mundo tiene un ánima y si es perturbada, o la persona se encuentra en un momento en el que no debería, el ser, ánima o espíritu cercano le producirá la enfermedad (Ocaranza, 2011: 55-56). En cuando a las relacionadas con las fechas astrológicas, los aztecas creían que tenían consecuencias para la salud, ya que el cosmos se veía reflejado en el cuerpo humano y si había un desequilibrio la persona enfermaría, igualmente si había nacido en ciertos días considerados fatídicos. Lo anterior se relaciona con el tonalli, que regía la vida de la persona y podía estar influenciado por los entes del cosmos, los cuales le auguraban enfermedad o catástrofe a la persona (Ortiz, 1993: 163-165).

En cuanto a las enfermedades mágicas, no es fácil diferenciarlas de las de orden sobrenatural. Ortiz (1993: 71) menciona que para diferenciar las enfermedades entre las provocadas por un hechicero o las enfermedad causadas, ambas deben ser analizadas en términos de dos leyes bien conocidas de la magia, la ley del contacto y la ley de la similitud, para así considerar que la causa es primordialmente mágica. De acuerdo con la ley del contacto, los objetos que han estado en contacto con un individuo pueden seguir ejerciendo influencia a la distancia, y se los puede usar mágicamente. Según la ley de la similitud, las acciones que se ejecutan en un plano pueden actuar de forma análoga en otro. Una aplicación clásica de la ley de la similitud es clavarle alfileres a una muñeca vudú para causar un dolor. En algunos casos se han

clasificado las enfermedades como mágicas porque no son, de manera obvia, ni religiosas ni naturales.

Dentro de las enfermedades mágicas encontramos aquellas producidas involuntaria o voluntariamente por hombres que estaban dotados de una energía especial, y que actuaban de forma directa o como intermediarios al realizar un acto mágico para enfermar a la persona (Viesca, 2013: 88; Ortiz, 1993: 171). Otro tipo de enfermedad mágica se sustentaba en la creencia de que el hombre enfermaba cuando un cuerpo extraño de naturaleza material le era introducido por fuerzas sobrenaturales o por magia (Aguirre, 1963: 47). Los *tlatlatetecolo* lanzaban hechizos que podían alojarse en diversas partes del cuerpo y “manifestarse” como trozos de hueso y obsidiana, que sólo otro hechicero podía quitar (Ortiz, 1993: 172).

Por último, los mexicas relacionaban la etiología natural con sucesos en los que había una clara conexión entre causa y efecto, como en heridas, caídas o mordidas de animales (Ortiz, 1984: 165). Al encontrarse con un padecimiento con causa próxima, como las picaduras de serpientes, arañas e insectos venenosos, a la persona se le hacía un corte en la lesión, para después succionar el veneno y frotarle tabaco en la herida (Ortiz, 1993: 181).

La clasificación de las enfermedades no estaría completa si no consideramos aquellas de causalidad mixta, producidas por el frío. Estas enfermedades tenían causas naturales próximas pero orígenes últimos que podían ser sobrenaturales, y se relacionaban con el tonalli, que por sus atributos resulta claro que la enfermedad entrañaba un desequilibrio de lo caliente y lo frío (Ortiz, 1993: 188). Ortiz (1993: 189) y Viesca (2010: 31) mencionan que cuando las fuerzas celestes o naturales causaban enfermedades en el hombre, dependiendo su origen, las enfermedades eran calientes si las causaban las deidades o los espíritus calientes, o eran frías si los espíritus o deidades provenían de los pisos infraterrestres. Estas posibilidades plantean la existencia de un sistema de relaciones en el cual todas las partes del cuerpo y las del universo, mantienen una correspondencia que las hace armónicas entre sí (Ortiz, 1993: 189).

Cuando la persona enfermaba y los conocimientos de los familiares no le hacían recobrar la salud, el ticitl era llamado para así poder diagnosticar la enfermedad (Aguirre, 1963). Ya en la práctica médica, la relación entre el médico y el paciente juntaba a dos personas no solo con la finalidad de obrar sobre una enfermedad, también para reproducir una parte de la historia de la comunidad, manteniendo así la cohesión de la sociedad (Estrella, 1992: 29).

Para los titici, el diagnóstico no estaba separado del pronóstico, ya que el acto de adivinar el primero revelaba al segundo (Ortiz, 1984: 168). El pronóstico en la medicina náhuatl es causa y pasión, con un sentido dinámico por ser reversible y manejable en las “manos” del ticitl. Si variados eran los instrumentos que permitían el diagnóstico, más diversas aún eran las técnicas del pronóstico (Aguirre 1963: 49-50). En caso de que se diagnosticara la muerte de la persona, se le preparaba para recibirla y, si habían cometido falta grave, se confesaban ante el médico. La confesión tenía la función no solo de librar al enfermo de su culpa, también de evitarle la acción de los tribunales. Cabe señalar que los mexicas sólo se podían confesar una vez en la vida, por lo que se acogían a este recurso lo más tarde posible (Soustelle, 2003: 198). El pronóstico de las enfermedades sobrenaturales y mágicas puede dividirse en dos tipos básicos: el primero tiene que ver con el futuro patológico de un sujeto sano, y el segundo con el curso de una enfermedad existente (Ortiz, 1984: 168). Sin embargo, la meta inicial del ticitl era el determinar si la enfermedad se debía a fuerzas sobrenaturales, a la magia o causas naturales, con lo que recurría a diversos tipos de actos para diagnosticar y pronosticar el curso de la enfermedad y el enfermo, los cuales eran la adivinación, alucinaciones, y la astrología (Soustelle, 2003: 193-194; Viesca, 2013: 100; Ocaranza, 2011: 50).

La adivinación tenía su base en la mitología azteca al mantener que los dioses creadores, Tezcatlipoca y Huitzilopochtli, dieron las herramientas y el conocimiento para adivinar las enfermedades por medio de la magia a la pareja primordial, Oxomoco y Cipactonal (Ortiz, 1993: 175-176). Entre los procedimientos adivinatorios se encontraban el tirar granos de maíz y los cordeles. En cuanto al primero, el ticitl arrojaba algunos granos de maíz sobre un trozo de tela, o en un recipiente lleno de agua, y según el modo como caían los granos, en grupo o dispersos, o la manera como flotaban sobre el agua o por el contrario se iban al fondo, sacaba sus conclusiones (Soustelle, 2003: 193; Ortiz, 1993: 176). La adivinación por medio de cordeles, especialidad de los *mecatlapouhque* (adivadores de cordeles) consistía en realizar varios nudos en una cuerda en presencia del paciente y luego jalar fuerte de los extremos. Si los nudos se desataban o aflojaban, el paciente se recuperaría; en caso de que se apretaran con mayor fuerza, moriría (Soustelle, 2003: 194; Ortiz, 1993: 176).

Con el fin de identificar quién enfermaba a la persona, el ticitl, en otras ocasiones recurría a plantas o elementos de estas que le provocaban un estado de trance y alucinaciones. Se creía que las alucinaciones revelaban quién había enfermado a la persona. La denuncia que estos

oráculos lanzaban contra un individuo se tenía por indiscutible: de allí arrancaban los rencores y los odios entre familiares del enfermo y los supuestos hechiceros (Soustelle, 2003: 194).

Algunas enfermedades eran anunciadas por consideraciones astrológicas (Ortiz 1984: 160). Así, toda enfermedad que se iniciara en los días llamados *nemontemi*, o los últimos cinco días del año, que correspondían a los cuatro últimos de enero y al primero de febrero de nuestro calendario, anunciaban la muerte de la persona ya que no sanaría; era tal la creencia en estos días que el enfermo era dejado a la voluntad de los dioses. Lo mismo acaecería a los que enfermaban en día uno-mono o *ce-ozomatli*, achacándose la enfermedad a la acción de las *cihuateteo*, las mujeres muertas durante el parto (Viesca, 2013: 100). Pero el calendario no era el único que dictaminaba el diagnóstico o causa de la enfermedad, ya que los antiguos mexicanos concedían gran importancia al mes, las fases de la luna, la dirección y la intensidad de los vientos, la temporada de lluvias, los eclipses y, en general, a todos los fenómenos meteorológicos, telúricos y cósmicos que pudiesen ocurrir. Las mismas circunstancias se tomaban como a propósito o inoportunas para el corte de las plantas, los frutos, las raíces, etcétera, así como para la preparación de los medicamentos (Ocaranza, 2011: 50).

Después de conocer en que consistía el problema de salud, el ticitl la identificaba mágicamente, nombrándola con su nombre secreto en caso de que hubiera sido causada por alguna fuerza natural o sobrenatural. A continuación, se procedía a la invocación de la medicina a aplicar y se amenazaba al responsable del problema.

La terapéutica mexicana consistía en tratamientos integrales que abarcaban todas las esferas del mundo, desde la naturaleza hasta los aspectos sobrenaturales. La terapéutica hacía que se explotara la fe del paciente, con lo cual se lograba la acción de los medicamentos. En este sentido, la importancia y utilidad de conjuros y oraciones son incuestionables en el tratamiento integral de la enfermedad (Viesca, 2013: 193, 203). El conocimiento de la enfermedad y la selección de la terapéutica se basó en una actitud diferenciadora de lo “sobrenatural” y de lo “natural” en el tratamiento (Anzures, 1983: 51). Si el ticitl dotaba a la enfermedad de causa mágica o sobrenatural, la terapéutica empleada consistía en la integración de invocaciones, oraciones, conjuros, etcétera, a los espíritus y divinidades, o a las plantas, animales y minerales, junto con una serie de gestos y prescripciones rituales, pero sin ingestión de medicamento alguno. Es un tratamiento curativo psicológico y religioso, que algunos llaman mágico. La función

de estos actos era la de disminuir la ansiedad en el grupo, y lo demás, era accesorio (Anzures, 1983: 36-37, 54).

Para ilustrar lo anterior, Anzures (1983: 37) propone ejemplos de casos de invocaciones, conjuros, mandas, limpias, soplos, extracciones y tactos. La invocación consistía en llamar a uno de sus dioses pidiendo su intercesión para detener la enfermedad. El conjuro es un discurso en el cual se presupone que el que lo dice y aquél a quien va dirigido tienen fuerzas que son más o menos equilibradas, y que habrá una lucha entre ellos. El resultado dependerá tanto de las fuerzas de cada agente, como de las potencias anímicas que puedan hacer actuar en su favor (Viesca, 2013: 190-191). Las mandas consistían en la presentación del enfermo ante el dios a quien se pedía por su salud, o lo hacía a través de los sacerdotes indígenas. Éstos últimos se valían de la táctica de “soplo” o “tacto” que consistía en apretar la parte enferma/dolorosa, o soplar sobre ésta (Anzures, 1983: 38). El soplido era el procedimiento terapéutico usado cuando la enfermedad se suponía producida por la intrusión de malos vientos en el organismo, y estaba acompañado del conjuro (Aguirre, 1963: 52). La oración implicaba la aceptación de que el sujeto está ante al deseo de la deidad o el poderoso espíritu que lo ha enfermado, y se dirige, el *ticitl*, a la deidad en todo suplicante, existiendo las modalidades de intervención de un sacerdote y de la oración comunitaria (Viesca, 2013: 190). La oración, acompañada por el congraciamiento, sacrificio, y en el caso especial del quebrantamiento de los tabús sexuales, por la confesión, eran los procedimientos terapéuticos a que comúnmente se acudía (Aguirre, 1963: 52). En cuanto a la extracción, el *ticitl* extrae la enfermedad, digamos el espíritu de la enfermedad, materializado en diversos objetos pequeños. El médico, el enfermo y los circunstantes, no miran en esos objetos una forma material, ya que su mentalidad les hace percibir en dichos objetos un ente espiritual (Aguirre, 1963: 52). Por último, las limpias con hierbas servían para extraer a los seres (malos aires).

En caso que la enfermedad no hubiera sido causado por un ser divino, el tratamiento consistía en sustancias de origen vegetal, animal y/o mineral (Anzures, 1983: 33-34). En cuanto a la herbolaria empleada, los nahuas tuvieron un concepto de medicina funcional, y su significado abarcaba tanto enfermedades, en el sentido biomédico, como en cualquier sensación molesta experimentada por el enfermo (Viesca, 2013: 126). Poco se sabe sobre la herbolaria en cuanto a su significado místico-religioso, ya que este conocimiento fue reprimido por los informantes indígenas ante la imposición religiosa a la que se confrontaron a partir del siglo XVI (Viesca, 2013: 125).

3.2.3 Encuentro de sistemas médicos

Incluso antes de que se diera la conquista de México, las medicinas española e indígena habían entrado en contacto y había comenzado la incorporación mutua de algunos elementos. Si bien la medicina de los conquistadores fue impuesta, éstos tuvieron un interés por conocer las prácticas de salud de los conquistados debido a la precaria situación sanitaria de unos y otros. Este acercamiento se dirigió en principio a las similitudes que compartían ambas medicinas. Para ambos sistemas, los conceptos de enfermedad no eran muy diferentes por su carácter mágico-religioso. Basta señalar que ambos grupos concebían a las enfermedades como castigos divinos enviados para expiar culpas y pecados, además de aceptar que el destino del hombre estaba regido por los astros. Las diferencias entre los dos conceptos de enfermedad eran más bien de nomenclatura y de detalle: los dioses respectivos tenían nombres, funciones y mitologías diferentes, muchos de los pecados y varias de las violaciones a las reglas morales y religiosas eran de distintos tipos, algunos de los ritos propiciatorios para apaciguar a los dioses ofendidos eran muy diferentes, y ciertos procedimientos terapéuticos utilizados por los titici se apartaban por completo de los tratamientos favorecidos por los médicos europeos. También encontramos semejanzas en los elementos terapéuticos empleados, como los rezos y los encantamientos, la quema de copal y del incienso, la confesión y las promesas de enmienda, el uso de purgantes y sangrías, los baños de vapor. Igualmente se hacía un uso sistemático de terapia múltiple, así como la cirugía traumatológica y de las heridas de guerra (Pérez, 1993: 564-565). Sin embargo, y pese a que compartían ciertos principios, ambas medicinas claramente eran diferentes (Viesca 1990c: 134).

El interés inicial de los españoles hacia la Ticiotl fue cambiando a lo largo de la etapa de conquista. Anzures (1981: 29-30) nos permite observar las fases, no consecutivas e incluso simultáneas, por las cuales la medicina indígena pasó bajo el proceso de hispanización propio de la época de contacto, las cuales fueron: 1) interés por conocer y estudiar la medicina nativa; en la que las manifestaciones de la cultura mexicana pasaron a través de etiquetas de alabanza por los conquistadores; 2) indiferencia o desprecio hacia ella por su limitación a la atención exclusiva de los “naturales” y las enfermedades que les eran propias; y 3) hostilidad, no tanto por razones médicas sino por las ideas y prácticas religiosas no cristianas, considerándolas como hechicería (Anzures, 1981: 30; Viesca, 1990c: 132-133).

La primera fase se debió principalmente a que los españoles llegados a la Nueva España constataron los beneficios de la terapéutica mexicana, e incluso, hicieron llegar varios elementos a los puertos españoles. Los viajeros, gente mayoritariamente sin estudios y practicantes de la medicina empírica española, no cuestionaron el cuerpo teórico sobre el que descansaba la Ticiotl; en su lugar, se dedicaron a alabar la eficacia de la medicina y a sus practicantes (Viesca, 1987: 92-93). En el ámbito profesional, los galenos se interesaron por la terapéutica y practicantes indígenas debido a su eficacia, creando una ilusión que los obligaba a aprender de los titici. De los partidarios de esta idea se encontraba el médico Nicolás Monardes, quien afirmaba en 1565 que se descuidaba el no ir a la Nueva España, para así aprender de los médicos y yerberos indios el uso de los medicamentos conocidos tan bien por ellos (Viesca, 1990c: 134). Pese a la alabanza de Monardes a la Ticiotl y titici, su comentario deberíamos tomarlo con precaución, ya que nunca pisó el Nuevo Mundo.

En esta primera fase, los titici no tuvieron que dejar de practicar, ya que al ser considerados como “herbolarios”, se les equiparó con empíricos por su conocimiento y no como brujos. Un hecho que es importante destacar tuvo lugar al ser aceptada la herbolaria y los titici: el tratamiento indígena fue prescrito para dolencias definidas por médicos o pacientes españoles. Lo anterior ha suscitado dos consideraciones sobre la aceptación de titici y terapéutica. Por una parte, Viesca (1990: 214) menciona que lo ocurrido fue una interpretación y no apropiación, ya que dos culturas que entendían la salud y enfermedad de distinto modo, se encontraron e ignoraron. Mientras que José Pardo (comunicación personal, 10 de abril de 2017) remarca que lo ocurrido fue derivó de la ignorancia, sino de la inferioridad demográfica y de la enorme precariedad de recursos por parte de los españoles, lo que les hizo adoptar y no combatir la asistencia y recursos terapéuticos de los indígenas, ya que los propios les fallaban, o no contaban con ellos o, incluso, en algunas circunstancias, no eran ni siquiera considerados.

En cuanto a las dos siguientes fases por las que pasó la Ticiotl, corrieron en paralelo. Después de ser considerada como exótica e innovadora, la medicina indígena cayó en desprestigio por no ser científicamente válida según los cánones científicos del siglo XVI y XVII. La descalificación fue propuesta por aquellos que se dedicaron a indagar las virtudes y beneficios de la terapéutica indígena, siendo los escritos de Hernando Ruiz de Alarcón y Jacinto de la Serna, entre otros, los que justificaban la invalidez de la terapéutica en base a argumentos de orden teológico o científico y tradicional (Viesca, 1990: 217, 219; Anzures, 1981: 31-32; Viesca, 1990c: 133).

Al igual que la medicina, sus practicantes pasaron por las mismas fases. En los primeros años de la época de contacto, los titici fueron bien recibidos, al igual que su terapéutica. Con el desprestigio y cuestionamientos científicos por parte de los galenos, los titici cambiaron su actitud al dejar de compartir la terapéutica, y se dedicaron a buscar un lugar en la nueva sociedad mediante la asimilación, apropiación y toma de elementos y teorías de la medicina galénica, logrando así su supervivencia a lo largo de toda la época colonial (Viesca, 1990c: 133; Anzures, 1981: 44).

Pese a que la medicina indígena y sus practicantes pasaron de la aceptación al desprestigio, haciendo que dejara de haber un intercambio de saberes con sus congéneres españoles, ¿es posible hablar de un mestizaje o aculturación entre sistemas médicos?

3.2.3.1 ¿Mestizaje o apropiación médica?

El concepto de mestizaje en la medicina de la Nueva España del siglo XVI hace referencia a la interacción entre galenismo español y Ticiotl mexicana. Dicho fenómeno fue denominado “aculturación inversa” por Juan Comas (1954), y medicina “tequitqui” por Germán Somolinos (1960). Por “aculturación inversa” Comas refería “el impacto que sobre la medicina española clásica tuvo la cultura indígena en la Nueva España”, partiendo del análisis que había hecho del *Tractado de medicina* de fray Agustín Farfán, publicado en primera edición en 1579 y en una nueva versión considerablemente ampliada en 1592 (Comas, en López & Fresquet 1995: 15; Anzures, 1983: 97). Somolinos, por su parte, llamó al mestizaje médico “tequitqui”, adoptando el vocablo náhuatl que significa “tributo” o “vasallaje”, y que es utilizado en el arte para denominar de manera más apropiada lo que se dio en llamar estilo “mudéjar” mexicano. En el sentido que le daba Somolinos, en el campo de la medicina, el término representaba la incorporación de elementos amerindios en la cultura resultante de la conquista española (López & Fresquet, 1995: 15; López Piñero, 2007: 118).

Por su parte, Carlos Viesca (1987: 93) mencionó en su día que, de querer hablar de una aculturación médica, ésta debía ser pensada en el aspecto de la adopción y adaptación de los conceptos y creencias galeno-hipocráticas por parte de los médicos indígenas. Como ya hemos apuntado, los titici desarrollaron estrategias que les permitieron minimizar las diferencias entre sistemas médicos, motivados sobre todo por una estrategia para sobreponerse a las críticas y

descalificaciones recibidas de los médicos llegados de Europa o educados en la universidad mexicana, logrando explicar su práctica en base a la cosmovisión humoral (Viesca, 1987: 93, 104). Más adelante retomaremos esta peculiar adaptación de los titici en la época de contacto.

Pese a las referencias que enfatizan el mestizaje entre medicinas, debemos señalar que desde la perspectiva española, durante el siglo XVI no se dio una fusión médica. Viesca (1987: 93) perfiló mejor esta idea cuando matizó que lo ocurrido en realidad fue la “apropiación de recursos” indígenas, los cuales se emplearon en un contexto ideológico distinto, pero que eso está lejos de poder considerarse una “fusión”. Al mostrar interés por la terapéutica, principalmente la herbolaria indígena, los galenos adoptaron remedios y plantas, pero sin considerar las teorías indígenas acerca del porqué de su aplicación (Viesca 1987: 93, 103-104). Lo anterior se logró después de comprobar, con los recursos experimentales propios de la medicina de los galenos, la eficacia de la herbolaria indígena (Viesca, 2000: 67-68). El interés de los galenos por los efectos del “medicamento” en la restauración de la salud, derivó de la enseñanza de un hipocratismo crítico como el enseñado en la Universidad de Alcalá de Henares, en España, donde se formaron muchos de los galenos llegados a Nueva España en los primeros compases después de la conquista y hasta la época de Francisco Hernández, él mismo educado en Alcalá. Estos estudiosos aprendieron a especificar la posición (dentro del marco científico de la época) de cada nuevo dato concreto, a cada hecho, a cada nueva enfermedad, y a cada nuevo medicamento (Viesca 1987: 97). Para que una planta fuera aceptada en la teoría humoral, tuvo que pasar primero por un riguroso examen que la relacionaba con aquellas mencionadas en los textos de Dioscórides, Teofrasto y Plinio (López & Fresquet, 1995: 18; López Piñero, 2007: 120).

Para ejemplificar lo que se ha mencionado, haremos referencia a las obras de Fray Bernardino de Sahagún y Martín de la Cruz. Sahagún, considerado como el primer estudioso europeo de la cultura mexicana, puso más atención a los aspectos médicos y científicos en su obra *Historia General de las cosas de Nueva España* que redactó entre 1558 y 1559 (López 2007: 118). La obra contiene un apartado sobre las enfermedades y la herbolaria, en las que si bien se puede identificar el nombre en náhuatl de la hierba y del padecimiento a tratar, no hay rasgo de su concepción dentro de la Ticiotl (López, 2007: 118; Aguirre, 1963: 118; Anzures, 1983: 97). Para escribir la parte médica de su obra, que hoy conocemos gracias al llamado *Codice Florentino*, elaborado en los años de 1570, Sahagún hizo uso del testimonio pormenorizado de 8 médicos indígenas, que respondieron ante un escribano al cuestionario que el fraile elaboraba para estos

menesteres¹¹. Estos titici interrogados por Sahagún eran “viejos y muy experimentados en las cosas de la medicina y que todos ellos curan públicamente”, como él mismo hizo notar en su obra (Aguirre 1963: 118). En esta obra, como en la de Martín de la Cruz que veremos a continuación, pese a estar basada en la información de titici indígenas, se nota la influencia del cristianismo de quien registraba la información, ya que en todo momento se impide cualquier expresión del pensamiento mágico y religioso que era la base de la medicina indígena. Se puede hablar de la obra de Sahagún como de un caso de mestizaje médico y personal, ya que él influyó en los indígenas del Colegio Imperial de Santa Cruz de Tlatelolco tanto como éstos influyeron en él al querer ahondar en la cosmovisión náhuatl. Sin embargo, el fraile nunca se alejó de su labor evangelizadora, lo que le acarreó un fuerte hermetismo y una explícita reprobación de todos los aspectos religiosos de la cultura de los nahuas, paradójicamente tan bien descritos en su obra (Aguirre 1963: 118; Anzures 1983: 97).

Con la obra titulada *Libellus de medicinalibus Indorum herbis*, del titicil Martín de la Cruz, quien la escribió o la dictó en náhuatl para ser traducida al latín en 1552 por Juan Badiano, un joven indígena estudiante en el colegio que los franciscanos fundaron en Tlatelolco, tenemos uno de los ejemplos más brillantes del fenómeno de apropiación que estamos tratando de presentar. En los folios del *Libellus*, cuyo manuscrito también se conoce con el nombre de *Códice de la Cruz-Badiano*, se incluyeron representaciones visuales de numerosas plantas terapéuticas usadas por los titici nahuas, acompañadas de su descripción y prescripción; una prescripción que parece corresponder más a una explicación basada en la teoría humoral hipocrático-galénica europea. En todo caso, una prescripción que no muestra en absoluto ni uno solo de los rasgos de la cosmovisión mágico-religiosa de los indígenas (López Piñero, 2007: 118; Aguirre, 1963: 116-117). Anzures (1983: 90-92) menciona que la falta del aspecto mexica en los textos de Sahagún y de la Cruz se debe al yugo de la religión católica bajo la cual se encontraban los informantes indígenas, razón de peso para omitir o anular su cosmovisión. Sin embargo, Gimmel (2008), Pardo (2010) y Afanador (2011) mencionan que, para el *Códice de la Cruz Badiano*, no se trata de un ejemplo de imposición, sino de hibridación debido a la coexistencia de dos visiones (nahua y española) del mundo que difícilmente pueden diferenciarse, además de ser un producto propio del contexto cultural novohispano.

¹¹ El libro está escrito en náhuatl, y los médicos coautores son (con apellido castellano, mostrando así el mestizaje y aculturación) Gaspar Matías, Francisco Symon, Felipe Hernández, Miguel García, Pedro de Santiago, Miguel Damián, Pedro de Raquena y Miguel Motolinía (Aguirre 1963: 118).

En conclusión, no se ha pretendido en este apartado negar el mestizaje médico, sino más bien señalar que, durante la época de contacto, el proceso tuvo episodios complicados que, dependiendo el escenario, lo facilitaron o lo dificultaron. Pasemos ahora a conocer la influencia que cada medicina tuvo en la otra.

3.2.3.2 Americanización de la medicina española

Junto a la apropiación de diversos recursos, especialmente herbolarios, por parte de los galenos, durante la que hemos dado en llamar época de contacto, la medicina española sufrió otros cambios también debidos a la americanización de las instituciones peninsulares. Una de las primeras modificaciones no fue propiciada por los médicos universitarios, sino por lo que podríamos considerar el contingente español “lego” en medicina llegado a la Nueva España. Dicho sector, practicante de la medicina que la cultura médica universitaria tildaba siempre de “empírica”, para distinguirla de la propia, calificada de “racional”, al tener contacto con la Ticiotl y los titici, aceptó sin cuestionarlos tanto a una como a la práctica de los otros debido a que el manejo de elementos mágico-religioso en ambos sistemas médicos facilitó una comprensión de esos mecanismos y una menor reticencia a adoptarlos, incorporarlos o usarlos (Aguirre, 1963: 25, 27-28, 30, 32).

Los legos no fueron los únicos encargados de esparcir estas ideas de la medicina *folk* (por emplear un término que abarque a una y otra) sino que los mismos galenos universitarios lo hicieron igualmente. La preparación en las diversas universidades españolas por parte de esos médicos llegados a la nueva colonia no excluía ni mucho menos una mentalidad que seguía teniendo fuertes elementos religiosos y mágicos, que propiciaban que algunos fenómenos de enfermedad fueran considerados como eventos mágico-religiosos, logrando que se compaginaran estos conceptos con algunos similares procedentes de la medicina indígena mexicana (Aguirre, 1963: 26). Esto no excluyó el que las autoridades novohispanas siguieran en su empeño continuo de erradicar y/o controlar las idolatrías, una represión ideológica y un empeño conversor al cristianismo que atacaban la raíz de la cosmovisión mexicana y, por tanto, las bases creenciales e ideológicas sobre las que se había construido la Ticiotl (Anzures, 1983: 81). Es la tensión entre uno y otro fenómeno lo que hace especialmente complejo e interesante el problema de la fusión o no, de la hibridación o no, del mestizaje o no, de los sistemas médicos galénico y mexicana.

Los gobernantes de la Nueva España no solo se preocuparon por controlar las prácticas médicas prehispánicas, ya que también regularon a los practicantes peninsulares, quienes llegaron al territorio en fechas tan tempranas como 1520. De los sanadores recién llegados, la gran mayoría de ellos fueron en realidad bachilleres, cirujanos, sangradores o barberos, quienes ejercieron la práctica médica por igual sin la jerarquización en oficios que había sido establecida en España por el Protomedicato (Somolinos, 1987: 83; Anzures, 1982, 1983). Estos practicantes ejercieron en la Nueva España por dos razones, que corresponden a los dos grupos que Somolinos (1987) estableció para un mejor entendimiento del pluralismo médico novohispano, y que fueron aquellos obligados a actuar bajo las circunstancias del momento, y aquellos que trataron de cumplir con el sueño de hispanización.

El primer grupo fue conformado por los sanadores que acompañaron a los conquistadores desde su arribo a las tierras mexicanas hasta consumada la toma del imperio mexica. Entre ellos estuvieron barberos y bachilleres que atendían a los heridos en las guerras de conquista, y mujeres que fungieron como enfermeras de los heridos. Los asistentes médicos de este primer grupo se retiraron de la práctica sanitaria al poco de consumada la conquista debido a que buscaron hacerse con riquezas y renombre social (Micheli-Serna, 2001: 258; Viesca, 2000: 56-57; Somolinos, 1979: 148-149). En cuanto al segundo grupo de practicantes, los cuales se sitúan temporalmente en los primeros 40 años posteriores a la toma de Tenochtitlan, tuvieron como característica el conjuntar la práctica médica con la regulación de la práctica de titici, curanderos, charlatanes, y no tanto de sus colegas, debido a su escasez (Miéville, 2012: 100). Con la regulación de la práctica médica, se sentaron las bases para la instauración del Tribunal de Protomedicato de la Nueva España en 1570, y de las cátedras de medicina en la Real Universidad de México a partir de 1578 (Anzures, 1983: 81-82, 84; Schendel, 1980: 133; Micheli-Serna, 2001: 260; Guerra, 1973b: 352).

Detengámonos un instante en las dos instituciones mencionadas. Los españoles, como lo vimos en el capítulo de la sociedad en la Nueva España, trataron de establecer sus instituciones en suelo americano, lo que fue llamado como hispanización de América. No solo se intentó hacerlo en el aspecto gubernamental y social, también la medicina se trató de hispanizar mediante, primero, el control de la práctica médica, después, la instauración de Protomédicos y, finalmente, la del tribunal del Protomedicato de la Nueva España. El proceso podrá parecer simple, pero para que se diera la consolidación de la supervisión de los labores sanitarios, habría de pasar más de un siglo después de la conquista de Tenochtitlan.

De forma muy superficial presentaremos el proceso de instauración del Protomedicato en la Nueva España, basándonos en el trabajo de Gerardo Martínez (2014). A pocos años de consumada la conquista de México, los gobernantes locales se preocuparon por controlar la práctica sanitaria de la colonia, por lo que el Ayuntamiento de la Ciudad de México estuvo a cargo, desde 1527 hasta 1604, del nombramiento de Protomédicos. No resulta extraño que los poderes locales llevaran a cabo la designación y supervisión sanitaria, ya que, debido a las condiciones y características que presentaba la Nueva España, carecía de una sólida estructura institucional (Martínez, 2014: 192-193). Volviendo a los protomédicos, sus funciones fueron supervisar la capacidad de los diferentes sanadores que ejercían en la ciudad y después, prescribir disposiciones durante las epidemias y ordenar las visitas a las boticas (Martínez, 2014: 110; Villanueva, 2004: 83). Pese a que el nombramiento de los protomédicos fue una tarea solo del rey, parece ser que en el caso de la Nueva España, los monarcas españoles no impidieron o se molestaron por los nombramientos bajo autoridades locales ya que se velaba por el control de la sanidad. Lo anterior se confirma por las disposiciones de 1535 y 1538 en las que el monarca remarcaba las funciones de los altos mandos y protomédicos, como el no dejar practicar a aquellos que no contaran con licencia en Castilla, y que visitaran las boticas (Martínez, 2014: 111-113).

La situación novohispana cambió en 1571, cuando Felipe II nombró Protomédico General de todas las Indias, Isla y Tierra Firme del Mar Océano al doctor Francisco Hernández. El nombramiento de Hernández lo acreditaba como la autoridad en asuntos sanitarios americanos, aunque su poder como autoridad se vio mermado tanto por la disposición real como por las autoridades locales. Además de velar por la práctica médica, a Hernández se le comisionó el escribir la historia natural de las tierras americanas, tarea a la que se volcó completamente por los problemas con las autoridades novohispanas. Su estancia en la Nueva España como naturista y protomédico fue de 1571 hasta 1577, año en que regresó a España. Después de Hernández, el Rey no volvió a nombrar protomédico, dejando este acto nuevamente a cargo de las autoridades novohispanas (Martínez, 119-125, 127).

Una vez que los nombramientos de protomédicos volvieron a manos de las autoridades locales, Martínez (2014: 127-128) nos deja ver cómo los virreyes iniciaron una pugna por colocar a sus médicos personales, recién llegados de la Península, en los cargos de Protomédico. La batalla entre la Audiencia de la Ciudad de México y el representante del rey tuvo un ganador en el año

de 1604, cuando los nombramientos de los protomédicos por parte del ayuntamiento desaparecieron de las actas del cabildo, con lo que podemos asumir que los virreyes estaban ahora a cargo de los nombramientos de quienes vigilarían las profesiones sanitarias (Martínez, 2014: 133-134).

Lo que ocurrió después de la toma de poder en el sector médico por parte de los virreyes hasta la consolidación del Protomedicato en la Nueva España guarda estrecha relación con la instauración de la cátedra de medicina en la Real Universidad de México en el siglo XVI. Así es que será necesario detenerse, aunque sea brevemente, en la formación de los médicos universitarios en la Nueva España.

La universidad de México se fundó en 1551, y desde un inicio fue establecida como una institución real propiamente dicha, por lo que no tuvo que pasar un largo periodo de consolidación institucional, aunque las pugnas se hicieron presentes (Martínez, 2014: 140). Las primeras noticias sobre la intención de fundar una universidad en la Nueva España se tienen desde 1536, por parte del obispo fray Juan de Zumárraga. El fraile pedía una universidad donde se formaran tanto indígenas como españoles, además de considerar a la institución como una forma de abolición de los abusos que los conquistadores y encomenderos tenían hacia la población nativa. El sector religioso no fue el único que pedía un centro para formar a la población, ya que también el ayuntamiento solicitó al monarca una universidad para los hijos de los conquistadores en el año de 1539. Después de varias peticiones al rey, tanto por parte del sector religioso como del gubernamental, el 21 de septiembre de 1551 el monarca español daba la orden de fundar una universidad en México que se rigiera igual que la Universidad de Salamanca (Martínez, 2014: 141-147).

Sin embargo, la universidad de México, si bien en teoría se regía como la universidad de Salamanca, fue en realidad un modelo colonial, inédito hasta entonces y creado a partir de unas circunstancias completamente nuevas. El principal interés de la corona al ordenar su instauración fue la evangelización, ya que el patronato que los monarcas castellanos habían logrado sobre la Iglesia indiana hacía que la universidad se enfocara en la formación del clero que debía llevar a cabo la tarea de la propagación de la fe (Martínez, 2014: 148). Pero, pese al intento de los religiosos, la universidad se formó además para y por los españoles, dejando fuera la educación de la población indígena.

Los estudios que se consideraron desde un inicio en la universidad fueron los brindados en las Facultades de leyes y cánones, así como los propios de las Facultades de teología y artes, dejando al final la Facultad de Medicina, que demoró aún dos décadas y media (Martínez, 2014: 150-151). En efecto, si bien la universidad de México empezó a crear cátedras desde 1553 en sus diversas Facultades, la de medicina no tuvo cátedra hasta el año de 1578. Sin embargo, la facultad de medicina entro en función desde un inicio, no en el aspecto docente desde las cátedras sino mediante el otorgamiento de grados en medicina por la vía de incorporación de grados obtenidos en las universidades del otro lado del Atlántico, haciendo así que el número de médicos fuera incrementando a partir de la segunda mitad del siglo XVI, médicos que ahora contaban con el grado incorporado por la Universidad de México.

Como acabamos de indicar, la primera cátedra de medicina tuvo que pasar por un proceso de ajuste hasta que el 13 de mayo de 1578 se ordenó su creación, y su lectura comenzó a principios de 1579 (Martínez 2014: 151-154, 157-158). En 1598 se abrió la segunda cátedra de medicina, un evento que estuvo permeado de intrigas por parte del virrey. Si bien el representante del rey había logrado quitarle el poder al ayuntamiento del nombramiento del protomédico, antes de la apertura de la segunda cátedra de medicina trató también de adentrarse en el ámbito académico, acto que solo quedó en intenciones ya que, pese a su petición al monarca de mandar un académico peninsular, la cátedra fue ocupada por uno de los primeros graduados de la Universidad de México (Martínez, 2014: 166).

Señalemos que el interés de formar galenos en la Nueva España se debió a que, para el siglo XVI, la población requería una mayor cantidad de médicos en los centros urbanos, lugares donde se concentraba la gran parte de los grupos españoles. Sin embargo, la mayoría de médicos académicos para finales del siglo XVI no fueron los formados en la Universidad, sino los que continuaron llegando del Viejo Mundo y pedían la incorporación de sus grados en la universidad mexicana para poder practicar la medicina (Martínez, 2014: 167-169, 174-175).

Así pues, para finales del siglo XVI y principios del XVII, la Nueva España contaba con una Universidad que formaba galenos, así como un protomédico encargado de velar por la sanidad. Sin embargo, la situación general que vivía la medicina en aquella época distaba mucho de estar regulada eficazmente por este sistema importado de la metrópoli, principalmente porque las autoridades permitían que médicos deficiente o mediocremente formados ofrecieran sus servicios sin ninguna restricción. Para tratar de solucionar el panorama anterior, Felipe II envió

una pragmática a la Nueva España en 1617 en la que dictaba la conformación del Tribunal del Protomedicato, compuesto por tres miembros, así como la lectura de tres cátedras en la facultad de medicina: la de prima, la de vísperas, ya existentes, y una tercera que debía dedicarse a la enseñanza de la cirugía y la anatomía (Martínez, 2014: 297, 303).

Las órdenes del monarca tardaron en cumplirse. Conocedor de la situación sanitaria que imperaba en la Nueva España, Felipe IV envió en 1640 al visitador Juan de Palafox y Mendoza a consolidar el sistema que velaría por la salud de esos territorios. Al momento de la llegada de Palafox, el tribunal del Protomedicato estaba formado por tres médicos que ni siquiera estaban ligados a la enseñanza de la medicina en la Real Universidad. Ante tal situación, el visitador escribió al rey en diciembre de 1644 señalando los abusos que los virreyes habían cometido desde que quitaron el nombramiento de protomédico al ayuntamiento de la Ciudad de México (Martínez, 2014: 426, 432). Considerando la situación de la organización médica, Palafox le propuso al rey que el Tribunal continuara formado por tres protomédicos con características específicas. Para el protomédico perpetuo, Palafox considero al catedrático de prima de la universidad debido a su antigüedad y buena fama; el segundo puesto del tribunal lo ocuparía el decano o doctor de mayor antigüedad, y el tercero lo podía nombrar el virrey, siempre y cuando estuviera incorporado a la real Universidad de México y no fuera su médico privado llegado de la península, como se dio con los virreyes anteriores. La sugerencia fue avalada por el rey en cédula real fechada el 18 de febrero de 1646 (Martínez, 2014: 432-434). En términos generales se puede decir que el Protomedicato de la Nueva España tuvo como finalidad principal el velar por la salud del virreinato a través de la supervisión de la capacidad profesional de los médicos, cirujanos y boticarios al revisar sus títulos, visitar las boticas, y la forma de llevar a cabo las sentencias y la posibilidad de hacer apelaciones (Martínez, 2014: 445-446).

Entre la instauración del Protomedicato y la primera cátedra de medicina, fue creciendo una atmósfera intelectual que demandaba conocimiento médico (Martínez, 2014). Somolinos (1987) mencionó que en los siglos XVI y XVII hubo dos épocas en la producción literaria médica; la primera corresponde a los médicos llegados a México que practicaron el arte de curar antes de 1550, y la segunda a los galenos instalados en la Nueva España en años posteriores, momento en que la colonia de la Nueva España quedó instaurada y el ejercicio médico empezaba a ser regulado (Somolinos, 1993: 33-34; Viesca 1990: 219).

En la primera época encontramos dos obras anteriormente mencionadas. Una de ellas, el *Libellus de medicinalibus Indorum herbis* (Librito de las hierbas medicinales de los indios), fue elaborada por indígenas por encargo del hijo del Virrey Mendoza para regalársela al Rey de España, Felipe II. Como ya señalamos, el médico Martín de la Cruz la dictó o escribió en náhuatl y el joven Juan Badiano la tradujo al latín en 1552. La segunda obra es la que elaboró Fray Bernardino de Sahagún bajo el título de *Historia General de las cosas de la Nueva España*, reuniendo los testimonios de sus informantes en un apartado específicamente dedicado a la Ticiotl (Viesca, 1990).

El panorama editorial de la segunda época, o periodo colonial, es mucho más vasto ya que encontramos a galenos y cirujanos como Pedro Arias de Benavides (1567), Francisco Bravo (1570), Francisco Hernández (1577), Juan de Cárdenas (1591), Alonso López de Hinojosos (1578) y Pedro García Farfán (1579), principalmente (Anzures, 1983: 57; López, 2007: 223). En el capítulo “Análisis de la información” se profundizará en las obras, por lo que en las siguientes líneas nos enfocaremos en los personajes, su llegada a la colonia y la fecha de impresión de las obras.

El médico Pedro Arias de Benavides llegó a la Nueva España en 1554, y después de instaurarse, estuvo a cargo del Hospital del Amor de Dios por ocho años. A su regreso a España, publicó *Secretos de Chirugia* (1567). La obra trata sobre el morbo gálico y de cómo se curan los indios de llagas y heridas (Anzures, 1983: 83-84; López 2007: 169).

El doctor y protomédico Francisco Bravo llegó al continente americano a finales de la década de 1560, donde vivió hasta su muerte. Fue uno de los médicos que solicitó la incorporación de su título en la Universidad de México en el año de 1570. En el mismo año, en la imprenta de Pedro Ocharte se imprimía su *Opera Medicinalia* (1570), considerado como el primer libro de medicina publicado en América. La obra consta de cuatro tratados que abarcan diferentes cuestiones médicas; el primer tratado es sobre el tabardillo, el segundo sobre la pleuresía, el tercero habla de los días críticos, y el cuarto hace referencia a las propiedades de la raíz de la zarzaparrilla (Anzures 1983: 57; López, 2007: 168-169).

El primer protomédico real, Francisco Hernández, recopiló su trabajo como naturista en la obra *Historia Natural de Nueva España*, terminada en 1577 aunque no fue publicada en vida del médico. En la obra se agrupan hierbas, animales y minerales que eran utilizados por los

indígenas mexicanos en la medicina nativa. Al tener una formación adquirida en la Universidad de Alcalá de Henares, su labor de recolección y análisis científico hizo que la terapéutica indígena del Nuevo Mundo se incorporara a la del Viejo después de haber pasado por los rigurosos controles científicos de la época (Viesca 1987: 103; López, 2007: 120).

En 1591 se publicó la *Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias*, de Juan de Cárdenas (1563-1609), quien estudió artes y medicina en la Universidad de México, obteniendo el grado de doctor en medicina en 1591. Su obra menciona la influencia del medio ambiente en la complejidad humana y en los animales; igualmente trata algunos puntos de historia natural al hacer mención de plantas curativas, de las bubas y otros males que aquejan a los indígenas, así como de animales ponzoñosos y los hechizos por hierbas.

El médico Gregorio López, madrileño nacido en 1542, pasó a México hacia 1562. Entre 1580 y 1589 compuso *Tesoro de medicina para diversas enfermedades* (Anzures 1983: 57-58; López, 2007: 135, 168-169).

El cirujano Alonso López de Hinojosos (1535-1597) publicó en 1578 *Summa y recopilación de cirugía*, sobre los procedimientos quirúrgicos, sobre el arte de sangrar, sobre las reumas y sobre otras enfermedades. Hinojosos fue cirujano y enfermero del Hospital de San José de los Naturales, en la ciudad de México; además, en 1576, estudió junto con Francisco Hernández la epidemia de cocoliztli y llevaron a cabo disecciones para conocer la causa de la enfermedad (Anzures, 1983: 58). Mucho se ha dicho que éstas pudieron haber sido las primeras disecciones en la Nueva España, sin embargo, Pardo (2012: 194) señala que hay evidencia de dicha práctica en años anteriores, específicamente entre los años de 1530 y 1545.

La siguiente obra es el *Tractado breve de anothomia y chirurgia* (1579) del médico Pedro García Farfán, reimpreso en 1592 y en 1610 (Anzures 1983: 57-58; López, 2007: 135, 168-169). Farfán estudió medicina en las Universidades de Alcalá y Sevilla, graduándose de esta última en 1552 y se mudó en 1557 a la Nueva España. En México, consiguió el grado de doctor por la universidad de México en 1567. La primera edición de la obra estuvo destinada a cirujanos romancistas, barberos sangradores y todos los que estuvieran apartados de ciudades y pueblos grandes. López Piñero (2007: 226-227) menciona que, como lo dice el título, solo fue un tratado "breve" por su nivel de síntesis que expone detalladamente los aspectos teóricos, los cuadros clínicos y los procedimientos operatorios, aunque con finalidad divulgadora. Sin embargo, la obra no es ni

simple ni breve, ya que en los folios se encuentran una gran cantidad de males que atacaban a la población de la época, y su contenido fue tan valioso que hasta el siglo XIX, tanto remedios como nombres de enfermedades seguían nombrándose y consultándose (Guevara, 2011).

3.2.3.3 Hispanización de Ticiotl

A partir de 1521, la situación tanto de la sociedad indígena mexicana como de su medicina, fue la misma que la de otras sociedades sometidas, es decir, fue casi destruida por la guerra, la conquista y la muerte masiva. El colapso de la sociedad prehispánica puso en serio peligro la supervivencia de la sociedad indígena y, por tanto, de su medicina. Sin embargo, como ya hemos señalado, hay que mencionar que los conquistadores aceptaron los resultados empíricos de la medicina prehispánica, especialmente contrastados con la enorme escasez de sus propios recursos médicos y asistenciales; por ello, mostraron interés por los recursos terapéuticos, aunque con la operación preventiva de privarlos de todo valor cosmogónico; así toleraron a los titici y la continuidad de su asistencia a las comunidades indígenas, incluso toleraron el recurso a ellos por parte de los recién llegados (Anzures, 1981: 29; Viesca, 1987: 93; Hernández & Foster, 2001: 21). Dicho de otro modo, parece indudable que la “otra” medicina – o la medicina de “los otros”- continuó practicándose sin trabas oficiales explícitas hasta, por lo menos, finales del siglo XVI (Viesca, 2000: 57, 59).

Si bien la Ticiotl y titici fueron permitidos en la época de contacto, recordemos que las actitudes hacia una y otros oscilaron entre la aceptación, la simple tolerancia y el desprestigio, dependiendo de contextos y momentos concretos. Uno de los condicionantes fundamentales para pasar de la primera o la segunda de estas actitudes a la tercera fue la llegada progresiva de galenos y cirujanos peninsulares a la Nueva España, así como la cacería de herejías por parte de los religiosos que, una vez constatado el fracaso de sus primeras conversiones en masa, se alarmaron ante la persistencia de las viejas creencias no cristianas, lo que les llevó a una represión de la práctica y de los practicantes indígenas, que perdieron su lugar en la sociedad colonial (Pardo, 2013). Fue así como la Ticiotl se convirtió, a los ojos de los colonizadores, en curanderismo y charlatanería, obligándola a adoptar y explicar su pathos en base a la religión católica y teorías de la medicina galénico-hipocrática y empírica española para seguir siendo practicada (Viesca, 1990c: 134; Viesca, 2013: 231-232; Pérez, 1993: 566; Anzures, 1983: 56). En cuanto a los titici, fueron tolerados en un principio debido a la escasez de médicos españoles,

para después ser destinados a atender solo a los indígenas, aunque eso no evitó nunca que fueran el recurso de algunos pobladores novohispanos, vistos como “vulgo” por los galenos, pero no siempre pertenecientes realmente a los estamentos más bajos de la sociedad (Viesca, 2000: 57, 59).

Pese a que los gobernantes novohispanos se dieron a la tarea de regular y modificar tanto la práctica de galenos como de titici, los religiosos tuvieron mayor influencia en el mestizaje y regulación que sufrió la práctica indígena. Al implementar la religión católica, los frailes españoles se dieron a la tarea de reemplazar a los antiguos dioses por el dios español, logrando que la Ticiotl modificara algunos aspectos de sus explicaciones etiológicas de la enfermedad, que ahora pasaba a ser castigo del dios de los españoles. Este proceso llevó aparejada la pérdida de algunos recursos terapéuticos por la implementación de los traídos desde la península, aunque la mayor parte de la herbolaria autóctona se mantuvo (Pérez, 1993: 566) e incluso se transportó a la medicina de los conquistadores, como ya indicamos.

Aunque se trató de destruir a la Ticiotl, se mantuvo y practicó especialmente en las comunidades indígenas y en los llamados “pueblos de indios”; este mantenimiento podemos analizarlo en base a tres puntos: el diagnóstico de la enfermedad, sus causas y la terapéutica.

Por lo que se refiere al primero de estos tres puntos, el diagnóstico continuó como en la época prehispánica, a través de oraciones, medición con las manos y coloración o movimiento del agua, con los cuales, se pretendía conocer la causa (divina, mágica o natural) de la enfermedad. Habremos de recordar que, aunque las formas fueron prehispánicas, hubo inserción de elementos hipocráticos y religiosos en ellas (Anzures, 1981: 34-39). Para ejemplificar lo anterior, mencionaremos una de las oraciones o invocaciones de la enfermedad, recogida por Anzures (1981: 34), en la que se observa cómo el lugar de los dioses prehispánicos fue reemplazado por santos cristianos:

*Para descubrir al causante del mal
Mirará aquí en el libro
Quién de aquellos le aborrece,
Quién se irrita, quizá un santo.
Dígnate venir, el golpeado contra las piedras en nueve lugares,
El desmenuzado entre las manos en nueve lugares...
¿quién eres tú el que se digan enojarse?*

¿Acaso nuestra venerable madre?
¿acaso el venerable San Gaspar?
¿Quién se digna enojarse?
¿acaso el venerable San Juan?...
¿Quizá los dueños del agua, los venerables ángeles de Dios?
¿Quizá cayó en manos de los habitantes de los lugares difíciles?
¿O (en las de) Uno Conejo que está boca arriba?
¿O (en las de) mi padre, mi madre, Cuatro Caña que está moviéndose?

En cuanto al segundo aspecto, las causas por las cuales se presentaban las enfermedades, retomemos la idea de que, pese a estar sometidos al gobierno virreinal, los titici continuaron considerando que las enfermedades se debían a la acción de los dioses, procesos relacionados con el animismo-magia de espíritus y el accionar de los mismos hombres y, por último, a causas naturales. Al adaptarse la cosmovisión indígena a los preceptos cristianos, la enfermedad como causa divina no fue erradicada, aunque si cambiada por un solo dios en lugar del amplio panteón mexica. Lo mismo ocurrió en el caso del animismo-magia, ya que los espíritus mexicas fueron cambiados por santos españoles. Las enfermedades que no sufrieron modificaciones fueron aquellas atribuidas a causas naturales, ya que compaginaban bien con la medicina galénica española (Anzures, 1981: 40-42).

El tercer punto de la Ticiotl practicada tanto en la época de contacto como en la colonial, se refiere a la terapéutica indígena, la cual reúne las curaciones psico-religiosas, las mixtas y los remedios naturales. Anzures (1981: 66) nos permite identificar las modificaciones en la terapéutica debido a la eliminación de elementos prehispánicos, e imposición de aspectos españoles:

Tabla 3.2 Terapéutica indígena en la época prehispánica y en la época de contacto

	Época prehispánica	Época de contacto y colonial
Sistema psico-religioso	Solo se dicen oraciones y se hacen algunas ceremonias, pero al paciente no se le receta ningún medicamento tomado o untado	Limpias o barridas, mandas. En esta época se promete a la virgen o santo al que se pide la salud que el enfermo vestirá un tiempo su hábito. Persistencia de creencia y rituales antiguos. Se dieron actitudes sincretistas
Sistema naturalista	A base de hierbas, animales y minerales medicinales, solos o combinados, se curaban las enfermedades "naturales". No hay intervención de oraciones, conjuros u otras formas de curación	El médico indígena usa, además de las hierbas, animales y minerales del país, algunos de los traídos por los españoles
Sistema mixto	En esta forma de curar, además de recetar al enfermo que tome algo o se	Igual que en época anterior. La manda se hace a los santos cristianos, a Dios o a la

	ponga algún emplasto de plantas, animales o minerales, se le hace una limpia o se le rezan conjuros, o el enfermo hace una manda	virgen
--	--	--------

Tras la conquista, la salutación a los enfermos, el elemento oratorio de la terapéutica mexicana, continuó en práctica, pero su contenido se transformó radicalmente. En la época prehispánica, las saluciones correspondían a la vieja palabra o *huehuetlatolli*, discurso ocupado para el mantenimiento del orden social por parte del sacerdote-médico o el *ticitl*, y que se pronunciaba en diversos eventos de la vida de los individuos, entre ellos el momento de la enfermedad. Los sacerdotes cristianos aprovecharon estos discursos para implementar la religión católica mediante el cambio de elementos indígenas por aquellos propios del cristianismo (López, 1973: 92-93).

Como hemos visto, si bien la *Ticiotl* continuó en práctica por falta de galenos y demanda de *titici*, tuvo que ser modificada para adaptarse a los estándares del conquistador. Sin embargo, el arte necesitaba de sus practicantes para que dichos cambios ocurrieran, y que a su vez, ellos mismos cambiaran. Referente a lo último, el *ticitl* pudo ejercer en la Nueva España, como se ha mencionado, por dos razones, siendo la primera la falta de asistencia médica peninsular, y la segunda su manejo en la herbolaria. Además de todo esto, hemos de insistir en que se le permitió practicar por su aceptación de algunos de los preceptos europeos en la práctica médica. Naturalmente, además de estos casos, la pervivencia de la *Ticiotl* y del accionar de los *titici* se dio también en las zonas periféricas o alejadas, que escapaban del control efectivo de los conquistadores y colonos, porque como otros elementos de la cultura prehispánica, la medicina y sus practicantes buscaron refugio en las zonas alejadas del virreinato, pudiendo así practicar la *Ticiotl* sin abandonar su cosmogonía (José Pardo, comunicación personal, 2017; López, 1973: 92).

Los *titici* si bien atendían a la población en general, pasaron por una serie de imposiciones gubernamentales que les obligaban a asistir médicamente solo a la población indígena, después de avalar su profesión ante el virrey (Viesca, 2001: 50). Las razones de los gobernantes para dicha disposición se sustentó en la corriente hipocrática que permeaba la medicina renacentista española, la cual consideraba que las enfermedades se diferenciaban en latitud y zonas geográficas (Viesca, 2000: 72-73; Viesca, 1990b: 95). A la idea anterior se anexó la explicación que los galenos dieron al impacto que las grandes epidemias del siglo XVI tuvieron en la

población indígena, concluyendo que la medicina de los indios era mejor y más adecuada a su naturaleza (Viesca, 2000: 72). Aunque este límite de la acción asistencial de los titici, reflejado en la disposición oficial, no se llevó a cabo de forma general, ya que fueron muchos los titici que trabajaron en los hospitales asistiendo tanto a indígenas como a mestizos y españoles allí ingresados (Miéville, 2012: 104-105).

La actitud de desprestigio hacia los titici que, como hemos dicho, se dio a inicios de la época colonial y convivió con otras actitudes más tolerantes, está íntimamente relacionada con el cambio en la conciencia epistemológica que la labor misional y de conversión al cristianismo se impuso desde el principio; y más aún a medida que los aires de la Contrarreforma católica que se iban imponiendo en la metrópoli alcanzaban la colonia. El sector religioso tuvo, lógicamente, un gran peso en esta situación, ya que fue uno de los que más pugnó por el rechazo del ticitl por considerarlos ejecutores y repositorios de las costumbres prehispánicas y uno de los elementos clave para la pervivencia de las mismas (López, 1967: 112; Viesca, 1990: 220, 225; Viesca, 1990c: 144). Ambas acciones hicieron que Ticiotl y Titici fueran considerados diferentes a lo europeo, provocando con creciente frecuencia el desconocimiento de su validez y pugnando por confinarlas en la consideración de curanderismo para la práctica, y de curanderos para los practicantes (Viesca, 1995: 73).

En palabras de Viesca (2001: 47), la palabra curandero “hacía mas referencia al rol de un individuo como sanador, implicando que dicho personaje no es doctor en sentido occidental. Un curandero es una persona que cura, o que trata de curar, acorde a los conocimientos prehispánicos, añadiendo conocimiento español”. Tal “curandero” es un producto de la Conquista y muestra el poder de la parte española sobre la indígena. Aquellos que fueron nombrados como curanderos, en la época prehispánica, fueron sanadores que ejercían como expertos, que resolvían problemas de salud mediante prácticas variadas, entre las que ocupaba un lugar principal la preparación de medicamentos. La paradoja, fue que esto, visto a veces como una amenaza, contribuía sin embargo al mantenimiento del orden social (Viesca, 2001: 48).

Así pues, tal y como lo hemos presentado en este apartado, tanto la medicina española como la Ticiotl sufrieron cambios durante la época de contacto. Sin embargo, la población hacia uso de ambas, probablemente en niveles y ámbitos mayores de los que los testimonios que han sobrevivido nos llevan a pensar. Por eso, en el siguiente apartado, nos gustaría centrarnos en uno de esos escenarios en los que los dos sistemas podían encontrarse en contacto directo: los

hospitales. Éstos fueron sin duda uno de los espacios que más influyeron en la apropiación de recursos autóctonos e instauración de prácticas nacidas del contacto entre una y otra medicina.

3.2.3.4 Un escenario médico destacado: los hospitales.

...lo prescribió un medico, lo recetó un curandero indio o aconsejó su uso algún compañero conocedor, poco importaba, debido a que solo se buscaba el alivio del paciente

(Viesca, 1987: 93)

Como ya se mencionó en el apartado anterior, los titici fueron aceptados en determinadas condiciones y contextos, como lo fueron los hospitales novohispanos (Muriel, 1956; Villanueva, 2004; Martínez, 2014). Este hecho permitió la interacción de practicantes españoles e indígenas, y esclavos negros, así como el contacto de dos medicinas que buscaban brindar salud a la población, máxime en situación casi continua de emergencia epidémica. Por eso, el hospital resulta clave en nuestro intento de entender el contexto colonial en el que se desarrolló el cocoliztli de 1545.

Los hospitales de la Nueva España se erigieron ante la presencia de necesidades sociales adversas propiciadas por las constantes epidemias, el interés de la corona por contar con una población sana que hiciera frente al alto número de indígenas en la colonia, y a la ventaja de contar con espacios que permitieran concentrar el esfuerzo evangelizador para los vencidos. Estos centros tuvieron una doble función, que fueron de curación, y al mismo tiempo, espacios de obligada conversión al cristianismo, es decir, instrumentos de control social, ideológico e incluso político, que ayudaron a consolidar la empresa colonial española en México (Martínez, 2014: 202-203; Muriel, 1956: 33; Villanueva, 2004: 82; Campos & Ruíz, 2001: 598). La corona aprovechó el repoblamiento, congregación y conversión de los hospitales para tener un mayor control de la sociedad. Mientras que los religiosos que estuvieron a cargo de nosocomios velaron por la salud física del objeto productor de riquezas, así como procuraron la conversión a la fe cristiana de los mismos. En resumen, es posible mencionar que en los hospitales novohispanos se hizo sentir la mancuerna corona-religión como en ninguna otra institución novohispana, no solo por brindar ayuda física, también por imponer la ayuda espiritual (Miéville, 2012: 139-140; León-Portilla, 1990: 217).

Tanto la construcción como funcionamiento de los hospitales estuvo, desde los tempranos años de la colonia, regulada por toda una legislación hospitalaria. Una de las primeras leyes emitidas fue la ordenanza de Carlos V, fechada el 7 de octubre de 1541, dirigida a los virreyes, audiencias y gobernadores que, a quienes se les pedía que con especial cuidado, proveyeran que en todos los pueblos se funden hospitales donde sean cuidados los enfermos pobres y se ejercite la caridad cristiana. Posteriormente, en el Concilio de Trento celebrado en 1545, se estableció que todos los hospitales dependían de la Iglesia, aunque hubieran sido fundados y estuvieran administrados por laicos. Como en la península ibérica, la mayoría de los primeros hospitales novohispanos fueron resultado de patronatos privados o colectivos, y especialmente resultado de una particular forma de entender la práctica de la caridad por parte de sus fundadores. Hubo por ello hospitales que respondieron a fundaciones de diverso origen: los hubo fundados por la corona, por conquistadores, por religiosos del clero secular y por las órdenes religiosas (Villanueva, 2004: 83; Campos & Ruíz, 2001: 598; León-Portilla, 1990: 217).

Retomando la legislación, en 1555 el Primer Concilio de México, con una buena parte de religiosos como asesores, ordenó que en cada pueblo, al lado de la iglesia, se edificara un hospital para refugio de enfermos y pobres, con lo cual pudieran los sacerdotes visitarlo fácilmente y darles los sacramentos. A este mandato se añadieron las disposiciones del Tercer Concilio Provincial Mexicano de 1585, en las que se ordenó que todos los hospitales fueran para personas pobres, prohibiéndose que se recibiera paga por los servicios médicos, hospitalarios o de alimentación de los enfermos, bajo pretexto alguno. Según esta disposición, los ricos sólo podían ser admitidos excepcionalmente en el caso de una necesidad grave y mediante paga (Villanueva, 2004: 83; Campos & Ruíz, 2001: 598; León-Portilla, 1990: 217).

Bajo todo un cúmulo de leyes, en la Nueva España se establecieron en el siglo XVI diversos hospitales que se diferenciaban por dolencias y etnias. Los primeros variaron en generales o especializados, siendo estos los que se ocupaban de enfermos infecciosos, leprosos, dementes, bubosos o sífilíticos y pacientes convalecientes. Como ocurría también en el Viejo Mundo, no había nosocomios para la atención obstétrica, los partos se atendían en los domicilios. Había también hospitales para naturales (indios), para españoles y para las distintas castas, y aun los clérigos y militares acabaron por contar con sus propios establecimientos (Villanueva, 2004: 84).

Haciendo un repaso muy general de los hospitales fundados en el siglo XVI, el primer Hospital constituido en la ciudad de México fue el de la Purísima Concepción de Nuestra Señora, fundado

por Hernán Cortes y que abrió sus puertas probablemente en 1524. El nosocomio fue dedicado a la atención de los españoles caídos en la desgracia y a los que tenían fiebres. Los médicos que ahí laboraban tenían que ser aprobados por el Ayuntamiento, posteriormente por el Protomedicato, y se tiene constancia de que a los titici se les permitió practicar en la institución (Martínez, 2014: 203; Villanueva, 2004: 84).

El segundo de los hospitales creado en la ciudad de México en el siglo XVI fue el de San Lázaro, también obra del conquistador, destinado a los enfermos de lepra. Abrió sus puertas entre 1521 y 1524, pero para 1528 el presidente de la primera Audiencia, Beltrán Nuño de Guzmán ordenó su destrucción. Fue hasta 1572 que el doctor Pedro López erigió un nuevo Hospital de San Lázaro en la capital para cubrir las necesidades de los leprosos de todo el territorio novohispano (Villanueva, 2004b: 117).

El mismo doctor que dio vida nuevamente al hospital de leprosos, fundó en 1582 el Hospital de los Desamparados, enfocado a las clases más desprotegidas de la sociedad colonial, es decir, a los negros, mulatos y mestizos. Sus principales huéspedes fueron los niños mestizos, hijos de uniones ilegítimas entre españoles e indias, recién nacidos que eran abandonados, y esclavos negros venidos de las Antillas o desde África quienes, por el maltrato que recibían, amén de la segregación racial, eran presa fácil de las enfermedades (Martínez, 2014: 205-206).

Una enfermedad común en la Nueva España fue la sífilis, por lo que en 1539 el obispo fray Juan de Zumárraga fundó el Hospital del Amor de Dios, destinado a los enfermos de sífilis, mal de bubas o mal gálico (Villanueva, 2004b: 117-118).

A la par que se creaban centros sanitarios para la población española y las clases más desprotegidas, se hizo lo mismo pero para la población indígena. Se sabe de hospitales de indígenas construidos pocos años después de la conquista, aunque desconocemos sus fechas de aparición y a sus fundadores. Entre los primeros nosocomios encontramos el hospital levantado por los franciscanos en el Convento de Xochimilco, que tenía iglesia propia y sala para enfermos. Icazbalceta (en Muriel, 1956: 111) habla de un hospital infantil fundado por los franciscanos frente al convento grande de San Francisco, y señala que cerró su función por órdenes del virrey don Antonio de Mendoza, quien decidió emplear el local para el Colegio de San Juan de Letrán (Muriel, 1956: 111).

Para 1531, los franciscanos de la ciudad de México fundaron el hospital para indios llamado Sanct Joseph. Se desconoce la vida del hospital en los primeros tiempos, ya que pudo haber sido creada a partir de la epidemia de sarampión o tepitzahuatl en el año de 1531. Igualmente, pudo haber prestado servicios a los enfermos durante la epidemia de 1545. La organización de este recinto la podemos imaginar igual a la de los otros hospitales franciscanos del altiplano mexicano, regidos por ordenanzas como las de fray Alonso de Molina. Este hospital, a inicios de la segunda mitad del siglo XVI, o había desaparecido o se encontraba en situación de abandono, por lo que no pudo prestar más servicios. Por ello, las autoridades novohispanas pidieron al rey la erección urgente de un hospital para los naturales (Muriel, 1956: 115; Villanueva, 2004: 85). Ante la petición, en 1553 se fundó bajo la administración de franciscanos, el Hospital Real de San José de los Naturales. La construcción fue costeadada por la Real Hacienda, por lo que tenía en el nivel más alto de su organización al Patronato real, que incluía al virrey pero no a las autoridades civiles y eclesiásticas. Tanto el rector como los capellanes del hospital debían manejar el náhuatl y el otomí, por ser las lenguas mayoritariamente habladas por los pacientes. En cuanto a los médicos, solo se les pedía un mínimo de información sobre las culturas locales. En este centro se encontraban titici, así como temazcalero o especialista en los baños de temazcal, y parteras externas (Villanueva, 2004: 85).

Otras ciudades novohispanas contaron con hospitales, entre los que se encontraban, en Puebla, el Hospital de Puebla (1538), el Hospital Real de Puebla (1545), el Hospital de la Santa Veracruz, llamado posteriormente de La Concordia (1545), y el Hospital Real de San Pedro (1541). Un poco más alejado del centro de la Nueva España, fue erigido el Hospital de Tiripitio (1537) en Michoacán (Ocaranza, 2011: 136-137). Si bien lo anterior demuestra los esfuerzos de los gobernantes por brindar asistencia a su población, los hospitales de las zonas rurales fueron pobres, pequeños y deficientes, centrados en ayudar a los indígenas y con pocos o ningún galeno. El triunfo en la salud que se esperaba con dicha fundación más bien fungió como triunfo en la evangelización y control social (Miéville, 2012: 171).

Referente a los pacientes de los hospitales, pareciera que hubo una gran mezcla entre grupos étnicos, ya que en los primeros tiempos se aceptaron a indígenas y negros en los hospitales de españoles, como ocurrió al parecer en el Hospital del Amor de Dios. Aunque varios grupos se “ocuparon” de brindar salud, los pacientes, si estaban en condiciones de hacerlo, se negaban a adentrarse en los hospitales. En el caso de españoles, Lanning (en Miéville, 2012: 170-171) comenta que en España “cada día...los hombres pobres venden sus muebles miserables para

evitar ir a los hospitales” una frase que les sonaba como muerte inminente en lugar de una esperanza.

Más significativos son, para el objetivo que nos ocupa, los testimonios de resistencia de los indígenas a la reclusión en el hospital. La situación de rechazo indígena hacia los hospitales está fuera de dudas. En primer lugar, la creación de estas instituciones debió generar extrañeza en la población nativa, ya que en la época prehispánica no contaban con algo parecido al hospital cristiano (León-Portilla, 1990: 218-219). Arias de Benavides (en Miéville, 2012: 115) señala que los indígenas eran “enemísimos de médicos y de cirujanos si la necesidad no les constriñe mucho”; y de hecho, los ejemplos de los tratamientos de indígenas a manos de los médicos españoles escasean en las fuentes. Fray Gerónimo de Mendieta en su obra escrita a partir de 1570, menciona la resistencia de los indígenas al anotar que

Ni yo puedo ni se puede acabar con los indios que entren en el hospital a curarse, si no es algún pobre que no tiene quien mire por él. Los demás, más quieren morir en sus casas que alcanzar salud en el hospital (Mendieta, 1870: 307)

El fraile nos da a conocer como, pese a que los hospitales querían brindar servicio a los indígenas, éstos preferían morir en sus casas que alcanzar salud en el hospital. El hecho de verse lejos de la propia familia, sometido a formas desconocidas de tratamientos, incluyendo la aplicación de los santos óleos o extremaunción, generó un desgano de vida en los indígenas de la Nueva España (León-Portilla, 1990: 219).

Dos puntos que hemos venido mencionando, merecen que nos detengamos un poco más sobre ellos: la presencia de sanadores y asistentes indígenas en los hospitales, y la relación entre medicina y conversión al cristianismo.

Por lo que se refiere al primero, no pasemos por alto que si bien la mayoría de los hospitales eran administrados, dirigidos y controlados por los europeos, la participación indígena era abrumadora. Este sector aprovechó la situación y terminó adaptando la institución impuesta (Campos & Ruiz, 2001: 600). En cuanto a la presencia de titici en dichos centros, durante la época de contacto el personaje del médico indígena fue asimilado e incorporado en los nosocomios. Las razones fueron, entre otras, la escasez de médicos académicos españoles y la eficacia que habían demostrado los tratamientos locales. Después de comprobar la eficacia tanto

del ticitl como de su herbolaria, no hubo problemas por parte de las autoridades en dejarlos practicar, siempre que estuvieran bautizados, en los nosocomios. Incluso fue tal la fama que llegaron a tener practicante y práctica, que fray Alonso de Molina, en su *Ordenanzas para el gobierno de hospitales* (1552), escritas para los hospitales franciscanos, y posiblemente ocupadas por las órdenes agustina y dominica, señala la recepción de Ticiotl y titici para el cuidado de la salud de la población novohispana. Señalemos que, pese a la buena aceptación de los titici, los frailes tratarían de suprimir las prácticas terapéuticas supersticiosas y diabólicas, lo cual se volvió un reto para ellos ya que tanto la medicina indígena como la propia tenían fuertes componentes sobrenaturales atribuidos a la divinidad (Pardo, 2014: 760). La recepción de la medicina indígena y su practicante fue cambiando de matiz con el paso de época de contacto a época colonial, momento en que solo los galenos llegados de España o los que incorporaran su título en la Universidad de México, eran autorizados a practicar en los hospitales para españoles (Viesca, 1990c: 142; Campos & Ruíz, 2001: 2001).

En cuanto al segundo de los aspectos, comencemos por señalar que el que los frailes mostraran interés en los titici y la Ticiotl no fue un acto caritativo, sino que estuvo sujeto a una estrategia de evangelización de la población nativa. La intersección entre medicina y conversión ha sido poco estudiada hasta los trabajos recientes de José Pardo (2013, 2014c, 2014b, 2017), en los que hemos podido conocer cómo los conventos y hospitales construidos por dos de las tres órdenes religiosas (franciscanos, agustinos, ya que los dominicos no estuvieron tan apegados a la labor sanitaria en la época de contacto) tuvieron un rol preponderante en la producción y circulación de conocimiento, y fueron también lugares de intercambio del arsenal médico de españoles, indígenas, negros y asiáticos (Pardo, 2013: 24). Ante dicho intercambio, se desarrolló una medicina la cual tuvo una forma peculiar de confrontar la lucha contra la enfermedad en el contexto de la Nueva España, y que ha sido llamada “medicina de la conversión” (Pardo 2017: 11; 2014c: 751).

La medicina de la conversión tuvo como centro emblemático al hospital, tanto en su condición de instrumento para reafirmar, en los convertidos, los principios básicos que unían la salud espiritual a la corporal, como en su condición de espacio privilegiado de comunicación entre los sanadores indígenas y los frailes, y cuando los había, los sanadores cristianos: barberos y cirujanos, principalmente (Pardo, 2014c: 758-759). Las razones para esta interacción fueron simples: por el lado de los religiosos, se debía conocer los objetos medicinales locales para así brindar a los suyos y a los indígenas salud, junto con la erradicación de las “idolatrías” que impedían la

conversión de los naturales a la verdadera fe; por el lado de los indígenas, este intercambio médico les permitió resistirse, revelarse o acomodarse al nuevo estatus que tuvieron en la que había sido su tierra y sociedad (Pardo, 2014b; Pardo, 2013: 24).

La medicina de la conversión se desplegó entre otras cosas gracias a una apropiación de recursos terapéuticos indígenas por parte de los frailes. Para ejemplificar lo anterior, Pardo presenta varios ejemplos pertenecientes a la segunda mitad del siglo XVI. El primer caso proviene de la zona de Tlatelolco, al norte de la actual ciudad de México, y que en el siglo XVI fue el lugar escogido por los franciscanos para formar un complejo religioso conformado por iglesia, escuela y convento, con su respectivo hospital. Fue aquí donde los franciscanos y titici produjeron el primer resultado de la medicina de la conversión, materializado en la obra de Martín de la Cruz y Juan Badiano por encargo del hijo del Virrey. Si bien el *Libellus* lo hemos mencionado en páginas anteriores, en este caso presenta claramente como los frailes hicieron suya la Ticiotl, al igual que los titici se apropiaron de la medicina galénica, y de la lucha-dialéctica entre ambos, que derivó en la construcción de una obra literaria novohispana. Como bien señalamos, fue un regalo para un monarca español, pero en su interior encontramos prácticas curativas para una sociedad mestiza (Pardo, 2013).

El segundo ejemplo tomado de Pardo (2014b) proviene de la obra de Gregorio López, titulada *Tesoro de medicina*, que se preparó entre 1580 y 1589, aunque fue publicado a finales del siglo XVII. López permaneció 9 años internado en el Hospital de Santa Cruz de Huaxtepec (Oaxtepec, en el actual estado de Morelos), fundado cerca del convento levantado por los dominicos en el año de 1528. El que los frailes se asentaran en la localidad no fue coincidencia, ya que desde tiempos prehispánicos, los aztecas habían ocupado la zona para el recreo y la curación mediante baños termales y huertos de plantas medicinales. En este contexto, López se empapó de la medicina indígena, la cual combinó con los saberes de la medicina galénica, resultando en un compendio de remedios con el mismo carácter que el *Libellus*; es decir, un compendio novohispano.

Por último, Pardo (2014c) nos da otro ejemplo a través de la medicina de fray Agustín Farfán en su *Tratado breve de anathomia y chirujia* (1579), del cual también hemos hecho mención anteriormente. En esta ocasión, la obra de Farfán es, en palabras de Pardo (2014: 767) “el resultado de la experiencia acumulada durante los años de despliegue novohispano de la medicina de la conversión”. Farfán presenta a la población blanca una medicina que pasó por un

largo diálogo con los saberes médicos nativos, que fueron adaptándose al entorno colonial. De hecho, el que Farfán haga referencia en su recetario de la materia médica autóctona, es una necesidad de vencer la desconfianza hacia lo que procede del arsenal terapéutico indígena (Pardo, 2014c: 767).

Conclusión

El recuento histórico que acabamos de hacer nos llevó a situarnos en la fractal Nueva España en la época de contacto. Primero tuvimos un acercamiento a la mente de los conquistadores y los primeros colonos, así como sus consideraciones hacia los indígenas. En ellas pudimos apreciar que al natural se le quitó su pertenencia para que los extranjeros, representados por los españoles, se apropiaran del espacio físico y de las personas del lugar, lo que llevó a la alteridad y otredad, escenificados en la forma de gobierno, construcción de ciudades y modo de vida durante la época de contacto. Ocupando otras palabras, la primera parte de este capítulo nos hizo reconstruir el escenario en el que la obra “cocoliztli” se presentaría. Éste estaría incompleto si no adecuáramos ciertos elementos que le permitieran a indígenas y españoles actuar su representación. Los elementos del escenario a los que nos referimos son la interacción de los sistemas médicos de los grupos humanos, motivo por el cual, igualmente recorrimos parte de su historia en la época de contacto, y sin los cuales, no podríamos acercarnos a las cosmogonías de los agentes que construyeron al cocoliztli como enfermedad.

Fue necesario conocer el espacio e interacción de los agentes que crearon el cocoliztli, pese a que fue concebida por el sector indígena, como señalan los estudios previos, para así, al momento de aplicar el giro retórico a la información recopilada, podamos conocer como se fueron generando y mezclando los signos y símbolos de la enfermedad. Además, podremos usar esta enfermedad como un caso de medicina de la conversión al analizar si estamos estudiando una enfermedad indígena, española o novohispana, producto esta última de las luchas de poder y evangelización que los religiosos llevaron a cabo durante la época de contacto. Ahora bien, ya con un escenario listo, pasemos a analizar los documentos que hacen mención al cocoliztli de 1545.

Capítulo 4

Análisis de la Información

En este apartado, se presentará la información recopilada de las fuentes pertenecientes a los siglos XVI-XVII producidas en la Nueva España, y que hacen mención del cocoliztli. Como ya expusimos en el apartado de la introducción relativo a las fuentes de nuestra investigación, los documentos a los que se recurrió se han dividido en: Códices, Crónicas (civiles y religiosas) y Libros médicos. Habrá de advertirse que debido a la escasez de fuentes primarias, es poco probable una aproximación satisfactoria al pensamiento de aquellos que concibieron al cocoliztli como entidad nosológica. Sin embargo, la información que se extraerá de los documentos, a la que consideramos como “excepcional normal” por su rareza, será evaluada en base al giro hermenéutico para identificar los signos y narraciones del evento a estudiar (Calnek, 1978). De esta forma podremos tener una aproximación a la concepción que los titici elaboraron de lo que nombraron como “cocoliztli”,.

Pero, ¿cómo estudiamos los signos, símbolos y narraciones de una sociedad a la que se trató de borrar su cosmovisión? Recordemos que Navarrete (1997: 173) nos da la solución al mencionar que debemos hacer un gran esfuerzo por tomar una posición dialógica que nos permita escuchar las voces que se ocultan en los documentos, y así entenderlas en su contexto y las realidades complejas en las que se desarrollaron. Si se toma al pie de la letra lo propuesto por Navarrete, al momento de realizar estudios referentes a la población indígena en la Nueva España del siglo XVI, el investigador se dirige inmediatamente a los códices indígenas, pues son las voces más directas con las que contamos del evento. Los códices indígenas se conforman de dos partes inseparables: los glifos ideográficos, que trazan lo esencial de los hechos forma simple, y su complemento, la tradición oral memorizada y transmitida por generaciones. Para leer los códices prehispánicos, por tanto, se debería poder repetir (oír y cantar) la transmisión oral motivada por los glifos (Dibble, 1963: 9). En resumen, los códices y sus pinturas hablan y cantan tanto a la población que los realizó, como al investigador (León-Portilla, 1997: 140).

Por eso, antes de presentar la información recopilada, veremos la forma de abstraer las voces que nos narran los glifos.

4.1 Glifo y Canto. El estudio de los códices prehispánicos y su complemento en las crónicas.

Los códices permiten un análisis semántico debido a sus potencialidades, ya que estos libros de pinturas y caracteres pudieron ser soporte para los prehispánicos y sus historias, genealogías y otras formas de memoria (León-Portilla, 1997: 142). Elizabeth Hill Boone, en su introducción al volumen *Writing without words* acuñó el término *semasiografía* para referirse a la “escritura del significado”, es decir el sistema que aporta ideas independientemente del lenguaje, siendo así un “sistema de discurso” con una estructura interna y sus convenciones para dar significado (León-Portilla, 1997: 144). De los alcances de este sistema, propio de la cultura mesoamericana pre y post hispánica, dan cuenta los trabajos reunidos por Boone y Mignolo (1994). La misma Boone afirma que:

En los sistemas semasiográficos de los mixtecos y aztecos las pinturas son textos. No hay distinción entre palabra e imagen. Se usan glifos individuales o compuestos para indicar nombres de personas y lugar, pero ellos son fundamentalmente parte de la presentación pictórica. Y es la relación de los diversos elementos pictóricos la que conlleva el significado. (Boone, 1994: 20)

Si bien los códices hubieran permitido conocer el mundo mexica y, por tanto, para lo que a este estudio se refiere, las posibles concepciones que se tuvieron sobre el cocoliztli, debería recordarse que estos *huehneh nenotzaliztlahtolli* (antiguos relatos de la palabra, según traducción de León-Portilla, 1997: 137) fueron sometidos a una destrucción masiva por parte de los religiosos cristianos, para así llevar a cabo el proceso de evangelización. El acto previo hizo que los códices con los que actualmente contamos sean, en su inmensa mayoría, reproducciones realizadas en el siglo XVI, debidas al interés de los gobernantes y religiosos españoles. En este punto, nos enfrentamos a un problema de trasposición o ‘traducción’ difícil de desentrañar satisfactoriamente, puesto que se refiere a que lo pictográfico no se corresponde completamente con lo que se “cantaba” sobre él ni a lo que se dejó plasmado en los varios códice indígenas.

Calnek (1978) propuso la metodología para adentrarse a los códices y al mismo tiempo, hacer uso de los documentos aculturalizados que cantaban lo plasmado. El estudio en que Calnek se centró para proponer su método se basó en la peregrinación de los aztecas desde Aztlan, que

consiste en unir escenas pictográficas específicas con las posteriores versiones escritas del mismo material (Calnek, 1978: 240). El evento representado en varios códices se observa como un todo, que no es solamente histórico o una forma de pseudo-historia, sino que conlleva una lección, la cual ya es la interpretación del investigador en base al texto y los logos (Calnek, 1978: 252). Muy similar a lo realizado por Calnek es lo que hemos estado realizando a lo largo de esta investigación, lo cual se verá más adelante en base a los diferentes códices que cantan sobre el cocoliztli.

Al lector le vendrá la pregunta de dónde buscar la voz o canto del códice. Calnek (1978: 252) se adelanta a la pregunta al mencionar que lo pictográfico de cualquier episodio específico necesariamente incluye información suficiente para elucidar un texto oral particular; además, el mismo episodio contiene información sobre el tema central del códice, a modo de "information storage". Sin importar la distribución actual de la información entre los segmentos pictográficos y orales, con la metodología propuesta por Calnek, los episodios individuales deberían emerger con especial claridad como la unidad principal de la organización de la narrativa (Calnek, 1978: 252). Habría de añadirse que uno de los grandes valores para coordinar los textos pictográficos con las tardías versiones escritas de los mismos episodios es la unión de las escenas individuales, que también están separadas de cada una por simples dispositivos transicionales, como ciertos glifos o símbolos que refieren a un mismo concepto. Con lo anterior, el manuscrito pictográfico presenta una estructura sintáctica que debería ser claramente reconocible en las crónicas escritas (Calnek, 1978: 252-253).

En otras palabras, cada una de las escenas pictóricas, junto con su correspondiente texto oral, representa un solo episodio histórico, y la unidad primaria de organización para la combinación pictográfico-jeroglífico y textos orales. El manuscrito pictográfico como un todo determina tanto la selección de episodios y la secuencia específica en la que deben ser vistos y escuchados (Calnek, 1978: 253). Cualquier episodio específico es definido especialmente por su contenido informacional. Sin embargo, hubo dos factores limitantes en este proceso: por un lado, el discurso y diálogo fueron necesariamente asignados al componente oral, con lo que escapa a nuestra tarea hermenéutica; y, por otro lado, el segmento pictográfico contiene demasiada información concreta y factual como para nombrar sin ambigüedades el episodio al que se refiere (Calnek, 1978: 253).

Con la finalidad de superar las limitantes mencionadas, Calnek (1978) desarrolla su metodología para leer los glifos y escuchar a los códices. En primer lugar, se deben realizar identificaciones provisionales de episodios simples para luego utilizarlos en comparaciones experimentales. Si se trabaja con un texto escrito, los límites entre episodios pueden establecerse al notar las equivalencias escritas en la transición pictográfica, así como el criterio de coherencia interna y continuidad narrativa general. No debe pasarse por alto que los primeros cronistas europeos, lectores o intérpretes de los códices, debido a su desconocimiento de las funciones sintácticas de la transición, las omitieron en sus escritos (Calnek, 1978: 254). El segundo punto de la metodología trata sobre las problemáticas que se encuentren entre lo pictográfico y lo escrito. Para esto, Calnek (1978: 254) menciona que no hay tanto de qué preocuparse, ya que con la identificación de los episodios separados, los errores entre crónicas y códices se corrigen por sí mismos según el análisis y la comparación realizada.

Si los antiguos habitantes de México concibieron sus libros para que fueran cantados al momento que el sabio identificara los pictogramas, habrá que tratar de cantar como ellos. La voz de los sabios fue silenciada por el proceso de conquista militar y espiritual a la que fue sometida México-Tenochtitlan; sin embargo, a través de otros cantos, principalmente el de peninsulares y/o mestizos en los siglos XVI y XVII, se puede escuchar la voz de los códices.

Hemos juzgado necesario detenernos en estas consideraciones metodológicas antes de adentrarnos en la lectura e interpretación de los signos y símbolos que refieren al cocoliztli de 1545 en los códices. Así, ha llegado el momento de presentar a continuación la información recuperada en las fuentes: primero abordaremos la de los Códices, después la que hemos extraído de las Crónicas de Indias, tanto de religiosos como de autores mestizos y, finalmente, la de las Relaciones Geográficas de Indias y las obras médicas novohispanas.

4.2 Los códices novohispanos y el cocoliztli de 1545

De los trece códices que fueron ya relacionados en este estudio en el capítulo de metodología, sólo cinco registraron el cocoliztli de 1545, los cuales fueron

- el Códice en Cruz (1553)
- el Códice Aubin o Códice de 1576 (1562)

- la Tira de Tepechpan (1298-1596)
- el Códice Telleriano Remensis (s. XVI)
- y el Codex Mexicanus (1571-1590)

En las páginas siguientes se mencionaran las características de estos documentos, así como los pictogramas que representan la enfermedad que nos interesa. Después pasaremos al análisis de los elementos de los códices, buscando el elemento “glifo” que los conforma.

4.2.1 El Códice en Cruz

El Códice en Cruz es un documento post-cortesiano de aspecto indígena realizado aproximadamente en 1553 (Dibble, 1942: 142; Noguez, 2012). De autor anónimo, se considera que el tlacuilo que lo realizó tenía afinidades Texcocanas (de Texcoco), debido a la forma en la que retrata las tradiciones y eventos sobresalientes de la región, así como conocimiento de los hechos mas trascendentales de la historia de México-Tenochtitlan (Noguez, 2012). El código se divide en tres partes, en la que cada una presenta los acontecimientos sobresalientes de un ciclo calendárico mexicano de 52 años. Los signos de los 52 años (los cuatro portadores de los años: *Tochtli*, *Acatl*, *Tecpatl* y *Calli*) están divididos en cuatro partes de trece años cada una, que parten del centro y van en las cuatro direcciones de los márgenes. Tanto la distribución como la división de los signos de los años le dan al código el aspecto de una cruz griega, justificando así su nombre (Dibble, 1942: 9).

La representación que se hace en el código sobre la epidemia de cocoliztli de 1545 es la siguiente:

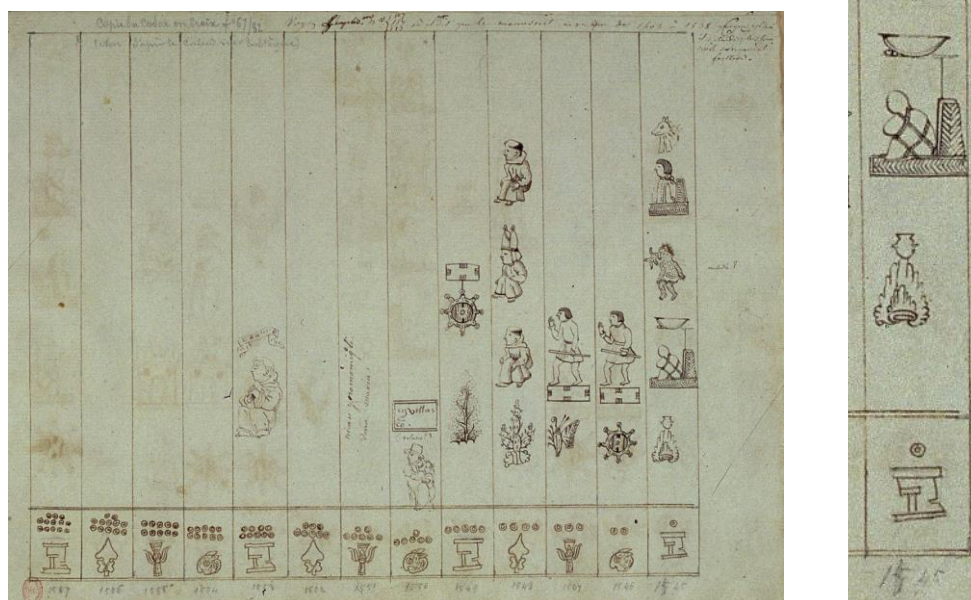


Imagen 1. Códice en Cruz

Dibble (1942: 132) describe los pictogramas de cocoliztli, aumentados en la imagen a la derecha, y que se leen de abajo hacia arriba, de la siguiente forma: “Sobre el glifo de Texcoco viene un muerto sobre un icpalli. El glifo de su nombre es un arco y fecha. Sigue una persona cuyo cuerpo está cubierto de puntitos; lleva cabello enmarañado y arroja un líquido de la boca. Más arriba está otro señor sentado en un icpalli, pero el glifo que da su nombre está destruido”.

El muerto es Don Antonio Pimentel Tlauitoltzin, (de *tlauitoll*-arco-), descendiente de los señores texcocanos, quien reinó Texcoco de 1540 a 1545. La figura con el cabello enmarañado refiere a la representación de la epidemia que tuvo lugar ese año (Dibble, 1942: 132). Al revisar *Los Anales de México y sus contornos*, Dibble (1942: 132) interpreta lo escrito como

1 calli 1545 En este año invadió la peste que consistió en echar mucha sangre por las narices, y fue cuando murió D. Antonio, Señor de Tezcoco (Ramírez en Dibble, 1942: 132).

En otro lugar de los mismos anales se menciona “1545 1 Calli Llegó la enfermedad que consistió en echar sangre por las narices y morir” (Dibble, 1942: 132).

4.2.2 El Códice Aubin o Códice de 1576

Lamentablemente, es muy poca la información y estudios de que disponemos sobre el Códice Aubin. Dibble (1963: 13) propone que fue realizado en 1562 por un tlacuilero de San Juan, quien llevó el registro de lo acontecido por espacio de una generación. Los años de 1597 a 1606, así como el sumario del reinado de los señores, corresponderían a trabajos de otros tlacuilos posteriores.

El pictograma que se refiere a la epidemia de 1545 se encuentra junto al símbolo del año Casa (calli-1), una inscripción en náhuatl y representa a un indígena al que le sale sangre, no se especifica si por boca y/o nariz.

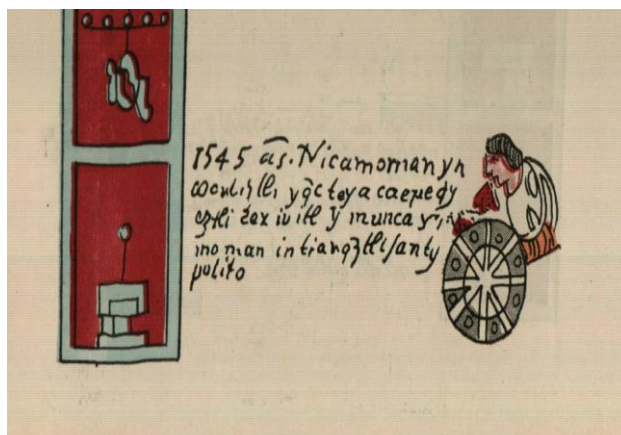


Imagen 2. Códice Aubin

La anotación que acompaña al jeroglífico está escrita en náhuatl y es la siguiente: [1 calli] 1545 Años. Nican moman yn cocoliztli yqc toyacacpa qz eztli ce xiuitl y manca yqc moman in tianqztlī Sant ypolitō”, cuya traducción al castellano sería:

Aquí se extendió la enfermedad. Fue cuando de nuestras narices salió sangre. Un año duró. Fue cuando se puso el mercado en San Hipólito. (Dibble, 1963: 65).

4.2.3 La Tira de Tepechpan

La Tira es un códice colonial procedente de Santa María Magdalena Tepechpan o Tepexpan, pueblo del municipio de Acolman, del distrito de Texcoco, en el Estado de México (Noguez,

1978: 9). El código refiere principalmente a eventos históricos entre los años 1298 a 1596. Su presentación formal usa como sistema básico una línea continua de círculos que representan glifos cronográficos anuales, dibujados de acuerdo al sistema prehispánico (Noguez, 1978: 9). La línea divide los acontecimientos de los señoríos de México-Tenochtitlan en la parte inferior, de los de Tepechpan en la parte superior, acomodados sincrónicamente (Noguez, 1978: 13-15). Su lectura es de izquierda a derecha, donde los dibujos y glosas en náhuatl dan a conocer lo acontecido, algunas veces unido al año en que ocurrieron. La línea continua de años utiliza el sistema prehispánico de cuenta de años, a través de la combinación de trece numerales y cuatro cargadores (Acatl, Técpatl, Calli y Tochtili), señalando cada 52 años la atadura de años. A partir del año 1519-1 Acatl inició la correlación sistemática entre los años de los calendarios cristiano e indígena, ya que antes de este año, pocas cifras fueron añadidas (Noguez, 1978: 15-16).

A continuación reproducimos la imagen de la *Tira* sobre el cocoliztli de 1545. La primera imagen es del código en su estado actual, el cual, por el deterioro, ha sido copiado como se muestra en la imagen de la derecha:

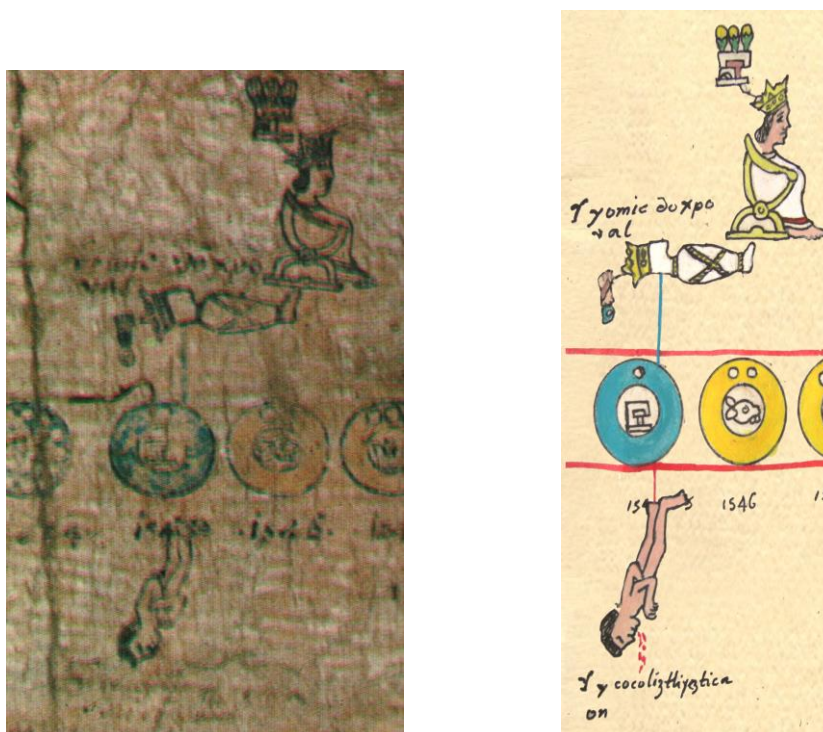


Imagen 3. Tira de Tepechpan

Los pictogramas de la Tira representan, en la parte superior, la muerte del gobernador indígena de Tepechpan, Cristóbal de Maldonado, instalado en su puesto en el año de 1540, y que

Horcasitas (1978: 138), describe así: “1545: 1. Calli, 1546:2. Tochtli. El año de 1545 será el último pintado de color azul turquesa... la sucesión en el gobierno de Tepechpan se ha marcado, si fue el mismo año, dividiendo el círculo del glifo cronográfico en dos colores diferentes con el objeto de enfatizar el cambio de gobernador. En este caso el pintor ha cubierto con un solo color el glifo de 1. Calli, y es hasta el siguiente año de 2. Tochtli, 1546, cuando se inician los círculos amarillos. Lo anterior está dando noticia de la instalación del nuevo gobernador de Tepechpan: en el registro superior se han colocado dos imágenes que indican un gobernador indígena muerto (1545) y otro instalado (1546). El difunto, al lado izquierdo, se dibujó en posición horizontal, liado con mecates y exhibiendo una corona europea. Más hacia la izquierda, y como costumbre establecida...”

En la parte inferior de la imagen se representa a la enfermedad, que Noguez (1978: 141) describe como:

En el año de 1545 aparece por segunda vez en la pictografía el registro de una epidemia. Vemos en la parte inferior, unido al glifo cronográfico con una línea roja, a un indígena de cabeza, desnudo, con los ojos cerrados, los brazos cruzados en el pecho, y de cuya boca sale sangre. No lleva prenda o atavío alguno...

4.2.4 El Códice Telleriano-Remensis

Se desconoce el origen del códice, aunque se presume que proviene de Texcoco, debido a las alusiones representadas en el documento y que señalan que fue elaborado en Culhuacán, además de representar al gobernante de dicha localidad (Abrams, 1973: 139).

En cuanto a su estructura, el códice está dividido en tres partes, siendo la primera un almanaque nativo, seguido de la ruta migratoria de Huitzilopochtli, y termina con las guerras y alianzas dinásticas, incluida la conquista española y los primeros años de la colonia. Los anales pictográficos terminan en 1562, a los que le siguen veinte párrafos, en castellano. La parte pictográfica, por la información en el documento, fue finalizada entre 1550 y 1556, aunque se tiene el registro hasta el año de 1563. El códice muestra un claro sincretismo cultural, ya que la parte pictográfica es de carácter indígena y la escritura es española (Abrams, 1973: 140).

El sistema calendárico que se representa en el códice es común de México, ya que los nombres glíficos para los años están dibujados con rectángulos trazados en color azul, así como los puntos y las representaciones, con un fondo de color rojo (Abrams, 1973: 140). Abrams (1973: 140-141) menciona que las anotaciones al documento probablemente fueron realizadas después que los dibujos, ya que en ocasiones no hay relación entre la narrativa y lo pictográfico. Para el año (1545, 1-Calli) y epidemia de esta investigación, se plasmó así:



Imagen 4. Códice Telleriano-Remensis

El dibujo esta acompañado de la narración:

En 1544 y 1545 hubo gran mortandad entre los indios. 1. Violentas tempestades que derribaron los árboles (Kingsborough, 1831: 151).

Mientras, Abrahms (1973: 152) interpretó la escena de la siguiente forma: "1544-1545 (Lámina VI): Debajo del signo Trece Pedernal aparece el dibujo de una colina curva, que es la representación glífica de Culhuacan. Debajo de la esquina derecha de la colina aparece un bulto funerario sobre un ecpalli: su glifo es una flor. Después aparece un español barbado sentado en una silla española que sostiene en su mano derecha una flor. El glifo de su nombre aparece

detrás de la silla. Entre el signo del año Trece Pedernal (1544) y el del año Uno Casa (1545), están varios bultos funerarios”.

La interpretación que se ha dado sobre los glifos señala que el cadáver pertenece al decimoquinto gobernador de Tenochtitlan, don Diego de Tevetáquitl, quien gobernó durante 13 años y que murió durante la epidemia. En cuanto a los personajes muertos o *empetetados* (del término náhuatl castellanizado “*petate*”), Arreola (en Abrams, 1973: 152) se basa en fray Bernardino de Sahagún, quien escribió sobre una gran peste en esos años, de la que mucha gente murió por una enfermedad que provocaba hemorragias bucales. Abrams (1973: 152) continua con Arreola y menciona que el virrey Mendoza pudo ser representado mediante los glifos que aparecen detrás del español sentado en una silla española, como una mano que sostiene una lanza con la que abre una zanja; detrás de la mano hay un maguey. Ello corresponde a *melt* (maguey) y *toca* (enterrar o sembrar), de donde resulta el compuesto *mel-toca*, que quiere decir “enterrar o sembrar maguey”, y que es, fonéticamente, muy semejante a Mendoza. Esta traducción, al mismo tiempo que significa el nombre del virrey, puede referirse a la gran obra de caridad que realizó el virrey Mendoza durante la gran epidemia de 1544-1545, lo cual le valió ser llamado “padre de los indios” (Abrams, 1973: 152).

4.2.5 El Codex Mexicanus

Mengin (1952: 391) señala que el códice fue producido entre 1571 y 1590, e intervinieron varios artistas en su realización. El tlacuilo que inicio el documento tenía conocimientos sobre hechos y cronologías tanto indígenas como europeas. Además, pareciera que fue utilizado a modo de memoria para recordar el calendario e historia de la gente del artista (Mengin, 1952: 392).

Sin tener más datos sobre el códice, se pasará a presentar la imagen del códice sobre el cocoliztli de 1545.



Imagen 5. Codex Mexicanus

El año de 1545 tiene el glifo Calli-1, y sobre éste, un indígena al que le fue dibujada sangre al nivel de la cara. No se puede distinguir si proviene de boca o nariz. Mengin (1952: 477) acompaña su estudio de la crónica de Chimalpahin, quien para el año de 1545 señala:

Año 1 casa (1545). Luego hubo mortalidad. La sangre salía por la boca, los ojos, la nariz y la base; perecieron nobles, mujeres y hombres, así como las personas comunes.

4.2.6 El análisis del Glifo

Siguiendo la metodología propuesta por Calnek (1978), se pasará a analizar los signos y símbolos de los códices en los que se encontró mención al cocoliztli de 1545.

Los cinco documentos presentados anteriormente, contienen cuatro elementos que sirven para su análisis. Éstos son el año que registra la epidemia, la región a la que pertenece el código y donde se presentó el cocoliztli, la representación pictográfica de la enfermedad, y el texto que acompaña y/o explica al glifo. En la tabla siguiente se mencionan a detalle los elementos anteriores.

Tabla 4.1. Elementos de los Códices

Código/Característica	Año	Región	Pictograma	Leyenda
Código en Cruz (1553)	1545	México-Tenochtitlan	Persona con cuerpo cubierto de puntitos, cabello enmarañado y arroja líquido de la boca	
Código Aubin (1562)	1545	Texcoco	Indígena vestido con huipil, y con sangre representada a nivel facial	(En náhuatl) Aquí se extendió la enfermedad – cocoliztli-. Fue cuando de nuestras narices salió sangre (Dibble, 1963: 65)
Tira de Tepechpan (1298-1596)	1545	México-Tenochtitlan	Indígena de cabeza, desnudo, con los ojos cerrados, los brazos cruzados en el pecho, y de la boca sale sangre. No atavío o prenda (Noguez, 1978: 141)	
Código Telleriano Remensis (s. XVI)	1544-1545		Bultos funerarios entre los glifos de 1544 y 1545	(En castellano) En 1544 y 1545 hubo gran mortandad entre los indios (Kingsborough, 1831: 151)
Codex Mexicanus (1571-1590)	1545		El año 1-Calli (1545) tiene sobre él glifo a un indígena acostado al que le fue dibujada sangre a nivel facial	

Los elementos, así como fueron presentados en la tabla, serán analizados para los cinco códices. El primer elemento, como hemos señalado, se refiere al año en que ocurrió la epidemia de cocoliztli. Lo más significativo es que en cuatro de los documentos se señala claramente que la epidemia aconteció en el año de 1545 para el calendario latino, 1-Calli en la cuenta de tiempo mexica. Sobresale que el tlacuilo del código Telleriano consideró incluso el año de 1544 como el de inicio de la epidemia. El mismo documento presenta un dato de gran relevancia. A través del pictograma y su narración, las cuales refieren a bultos funerarios, y se lee “año de 1544 y mil quinientos cincuenta y cinco hubo gran mortandad entre los indios” (Kingsborough, 1831: 151), con lo que cristaliza aquí la idea de la alta mortandad que produjo entre los indígenas.

Habrà de señalarse que los códices estudiados pertenecen a la cultura mexica, la cual, en épocas anteriores la conquista de México, se extendía en todo el centro del país. Dicho lo anterior, se entiende el que la información plasmada, específicamente en los códices en Cruz, Aubin y la Tira de Tepechpan, corresponda a la misma área, específicamente a los territorios de México-Tenochtitlan (actual Ciudad de México) y Texcoco (actual municipio del Estado de México, ubicado al este de la Ciudad de México). No se sabe a qué zona hacen referencia los códices Telleriano y Mexicanus, aunque se piensa, por relación en cuanto a los glifos, que igualmente relatan lo acontecido en la zona donde habitaban los mexicas y que era su centro neurálgico de poder.

En cuanto a los pictogramas que representan al cocoliztli, a excepción del que se halla en el códice Telleriano, encontramos siempre el glifo que representa a un indígena expulsando sangre por alguno de los orificios faciales, sin especificar el origen de ésta. En el Códice en Cruz, el personaje presenta también pintados unos puntitos o exantemas, algo que no se repite en los otros documentos. Si bien pudiéramos darle importancia al exantema representado ya que nos guiaría en la construcción e interpretación del cocoliztli, al ser éste el único códice que plasma un enfermo así, fue considerado como caso irrelevante debido a que ninguna otra fuente de las consultadas menciona como síntoma el exantema. Volviendo al sangrado o gotas de sangre, se tiene la narración escrita en náhuatl con alfabeto latino del Códice Aubin, que menciona “1545. Aquí se extendió la enfermedad. Fue cuando de nuestras narices salió sangre” (Dibble, 1963: 65). Si bien el texto ha sido traducido del náhuatl al español, la palabra con la cual se identifica “enfermedad” fue, “cocoliztli”. La leyenda anterior permite inferir que las representaciones de gotas de sangre o sangrado de los códices, hace referencia al sangrado nasal.

Resumiendo la información anterior, los códices mencionan que para los años de 1544 y 1545, hubo una enfermedad, en nahuatl “cocoliztli”, la cual tuvo como característica principal un sangrado nasal. Esta enfermedad generó una alta mortandad entre la población indígena. Por último, se puede saber que cocoliztli afectó a la población nativa del área central de la Nueva España.

Si bien los pictogramas han dado elementos para conocer el diagnóstico llevado a cabo por el ticitl, falta conocer la segunda parte de estos documentos. En otras palabras, aun falta escuchar la voz que canta lo plasmado en el papel amate. Para ello, como explicamos antes, ante la imposibilidad de un acceso directo a la oralidad, el historiador debe recurrir a algunos textos tal y como se recogen en las crónicas novohispanas (religiosas y civiles), así como en algunos libros médicos impresos de los siglos XVI y XVII.

4.3 La voz de los códices. Crónicas de Indias, Relaciones geográficas y Libros médicos novohispanos

Pasemos ahora a la información recuperada de las Crónicas de Indias, las Relaciones Geográficas y las obras médicas novohispanas. Recordemos que a los códices, si bien nos cuentan lo que sucedió a través de los pictogramas, les hace falta la parte oral o cantada, la

cual, trataremos de encontrar en los documentos escritos principalmente por españoles, religiosos o no, y por los llamados cronistas mestizos y ladinos en los siglos XVI y XVII.

De los numerosos documentos tipificados como crónicas y el capítulo que dedicamos a las fuentes y la metodología, se obtuvo información relacionada con el cocoliztli de 1545 en quince de ellos. Estos serán los documentos a los que se referirá este apartado, en donde los hemos catalogado de acuerdo a tres categorías: crónicas gubernamentales (en donde incluimos algunas Relaciones geográficas), crónicas religiosas y crónicas ladinas o mestizas (entre las que incluimos también algunas que fueron originadas como lo que más tarde se conocerá como Relaciones geográficas). Pese a no ser crónicas, se incluirán también los testimonios extraídos de los impresos médicos novohispanos publicados en los siglos XVI y XVII.

Del primer grupo de crónicas, las gubernamentales, se obtuvo información significativa de:

- la “Carta del Virrey de la Nueva España, Don Martín Enriquez al Rey Don Felipe II, dándole cuenta de la ejecución de diferentes órdenes que se le habían comunicado y de otros varios asuntos-México, 31 de octubre de 1576”
- la “Historia general de los hechos de los castellanos en las Islas y Tierra firme del Mar Oceano”, de Antonio de Herrera (1601-1615)
- la Relación de Cuiseo de la Laguna-Michoacán (1579)
- la Relación de Tiripitio-Michoacán (1580)

Del segundo grupo de crónicas, elaboradas por los religiosos, se obtuvo información significativa de:

- Fray Domingo de Betanzos en su “Carta de...Tepetlaoztoc, Nueva España, 11 de septiembre de 1545”
- Fray Bernardino de Sahagún con “Historia General de las Cosas de la Nueva España” (1570-1582)
- Fray Agustín Dávila Padilla en “Historia de la fundación y discurso de la providencia de Santiago de México de la Orden de Predicadores, por las vidas de sus varones insignes, y casos notables de Nueva España” (1596)
- Fray Gerónimo de Mendieta en “Historia eclesiástica indiana” (1597)
- Juan de Torquemada, con su “Monarquía Indiana” (1615)

- Juan de Grijalba con “Crónica de la orden de N.P.S. Agustín en las provincias de la Nueva España” (1624).

Del tercer grupo de crónicas, conocidas también como crónicas ladinas, ya que las elaboraron autores mestizos, hemos encontrado información significativa en:

- la “Relación de Tezcoco” (1582) de Juan Bautista Pomar
- la “Historia de Tlaxcala” (1584), de Diego Muñoz Camargo
- los “Anales de San Gregorio Acapulco” (1606), de autor anónimo
- las “Relaciones originales de Chalco Amaquemecan” (1606-1631), de Don Francisco de San Antón Muñón Chimalpahin Cuauhtlehuanitzin

Por último, de los impresos médicos mexicanos de la época, la información significativa se halla en la obra de Juan de Cárdena titulada “Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias” (1591).

Para presentar la información recopilada de los documentos anteriores, recordemos nuestro objetivo, el cual es conocer la construcción que los titici hicieron sobre la entidad de enfermedad para cocoliztli. Con el objetivo claro, y a sabiendas de que nos queremos introducir en la memoria indígena, trataremos de encontrar la voz que permita cantar a los códices al presentar la información obtenida de las Crónicas en base los grupos étnico (indígena, ladino, criollo, peninsular) y social (gubernamental y religioso) del autor. Señalemos que el orden propuesto se relacionará en gran grado con la clasificación de los documentos históricos mencionados en los párrafos anteriores, aunque comenzaremos por las crónicas de autores mestizos o ladinos.

4.3.1 Crónicas mestizas o ladinas

Las primeras referencias a la epidemia de cocoliztli de 1545 las encontramos en documentos escritos por indígenas o en base a los testimonios de los mismos. Dichos documentos son los

Anales de San Gregorio Acapulco (1952)¹², y las *Relaciones Geográficas de Cuiseo de la Laguna* (1579)¹³ y *Tiripitio* (1580)¹⁴.

Los *Anales* fueron redactados a finales del siglo XVI, proceden del Valle de México y narran los sucesos de un pueblo del barrio de Xochimilco, en la actual Ciudad de México. Poco más se conoce del contexto de producción del documento, aunque por las fechas que se registran en él, queda claro que el indígena a cargo de la redacción plasmó los eventos que ocurrieron desde 1520 hasta 1606. En cuanto a la epidemia de cocoliztli, el cronista anotó:

*1545 años. Aquí se puso el mercado en San Hipólito y (hubo peste en la cual salió sangre de la nariz) de que hubo muerte*¹⁵ (*Anales de San Gregorio Acapulco*, 1952: 110).

En cuanto a las relaciones de Cuiseo de la Laguna y Tiripitio, ambas pertenecen al compendio de Relaciones geográficas de Indias del obispado de Michoacán. La primera fue ejecutada entre el 28 de agosto y el primero de septiembre de 1579, y su interés radica en la participación de informantes indígenas de entre noventa y cien años. La respuesta a la 5ta pregunta del cuestionario¹⁶ nos proporciona datos sobre el cocoliztli de 1545, así como el vocablo purépecha con el que se conocía a la enfermedad en la región, como se lee a continuación:

*En cuanto al quinto capítulo: En tiempos pasados hubo muchos indios, hasta que puede haber treinta y tres años que hubo una enfermedad general, que murieron gran parte de los naturales;... A esta enfermedad llamaron los naturales TEREZEQUA, que quiere decir en lengua castellana "pujamiento de sangre pútrida"*¹⁷ (Acuña, 1987: 79-80).

¹² En Anónimo de 1520-1606 (1952). "Anales de San Gregorio Acapulco" paleografía y traducción de Byron McAfee, Robert H. Barlow y Fernando Horcasitas. **Tlalocan**; 2(III): 103-141.

¹³ En Acuña, René (ed.) (1987). **Relaciones geográficas del siglo XVI: Michoacán**. UNAM: México.

¹⁴ En Acuña, René (ed.) (1987). **Relaciones geográficas del siglo XVI: Michoacán**. UNAM: México.

¹⁵ La redacción original de los Anales menciona: [1 calli] 1545 anos. Nican omoman tianquiztli/ sant ipolito ynhua niquac ye/ [ztli toyacapan oquiz ic?]/ micoaca (*Anales de San Gregorio Acapulco*, 1952: 110).

¹⁶ La pregunta 5 de las Relaciones Geográficas refiere a "De muchos o poco indios, y si ha tenido más o menos en otro tiempo que ahora, y las causas que dello se supieren; y, si los hay, [si] están poblados en pueblos formados y permanentes; y el talle y suerte de sus entendimientos, inclinaciones y manera de vivir; y si hay diferentes lenguas en toda la provincia, o tienen alguna generalmente en que hablen todos" (Acuña, 1988: 18).

¹⁷ *Terétskua* o *terétsikua*, "tifo, tifoidea, fiebre" (Velásquez Gallardo 1978: 189 en Acuña, 1987: 80). Acuña (1987: 80) menciona que posiblemente uno de los elementos de la palabra sea *tereri*, "cosa podrida" (Gilberti 1559: TE, 56 en Acuña, 1987: 80).

La Relación geográfica de Tiripitio, realizada el 15 de septiembre de 1580, contó con informantes indígenas de entre 80 y 90 años, aunque la información de la pregunta 15¹⁸, la cual menciona al cocoliztli, fue proporcionada por el corregidor Don Pedro Montes de Oca (Acuña, 1987: 332-333):

15 [...] hasta la pestilencia pasada antes desta en que ahora está, que les parece a estos antiguos que puede haber treinticinco o treintiséis años; y que esta pestilencia era un flujo de sangre de las narices, que no había cura para ello... (Acuña, 1987: 345-346).

En los tres documentos encontramos datos sobre el año en que ocurrió la epidemia, el nombre con el que se conoció, la zona afectada y sus síntomas o descripciones. Si bien los indígenas consultados pertenecían a diferentes zonas de la Nueva España, como Xochimilco y Michoacán, permitiéndonos conocer el impacto geográfico de la enfermedad, coinciden en indicar que el año de la epidemia fue el de 1545. Notamos diferencias en cuanto a los nombres que el evento recibió, ya que en los *Anales* se le tradujo como “peste” aunque el texto remite a *iztli* (cocoliztli) o enfermedad, mientras que en la relación de Cuiseo se le nombra *terezequia*, ya que el documento procede de Michoacán, de una zona de habla purépecha, y en la relación de Tiripitio como “pestilencia”. Los dos vocablos indígenas van acompañados de características de la enfermedad, ya que en los *Anales* hay referencia a sangrado de nariz, y en la relación de Cuiseo se menciona “pujamiento de sangre pútrida”. Igualmente, la relación de Tiripitio nos indica que los enfermos tenían flujo de sangre de las narices.

Por la información anterior, inferimos que la pestilencia ocurrida en 1545 afectó el centro de la Nueva España y parte de Michoacán, y se caracterizó por expulsión de sangre por nariz u otro orificio corporal.

Las siguientes crónicas que nos hacen mención al cocoliztli de 1545 pertenecen al grupo de las llamadas ladinas, ya que sus autores fueron mestizos, es decir, descendientes de la unión entre españoles e indígenas. A este grupo pertenecen Juan Bautista Pomar con la *Relación de Tezcoco*¹⁹ (1582), Diego Muñoz Camargo y la *Historia de Tlaxcala*²⁰ (1584), y Don Francisco de

¹⁸ Para la pregunta 15 de las Relaciones Geográficas, se tenía que contestar a lo siguiente: “Cómo se gobernaban y con quién traína guerra, y cómo peleaban, y el hábito y traje que traína y el que ahora traen, y los mantenimientos de que usaban y ahora usan, y si han vivido más o menos sanos antiguamente que ahora, y la causa que dello se entendiere” (Acuña, 1988: 19).

¹⁹ En Pomar y Zurita, Juan Bautista (1891). **Pomar (1582). Relación de Tezcoco. Breve relación de los señores de la Nueva España. Nueva Colección de Documentos para la Historia de México. Tomo III, Siglo XVI.** México.

San Antón Muñón Chimalpahin con *Relaciones originales de Chalco Amaquemecan*²¹ (1606-1631).

Juan Bautista Pomar (1535-1590) fue originario de Texcoco, hijo de español y de indígena, y es considerado como historiador y panegirista de la ciudad de Texcoco (Icazbalceta, 1891: VIII-X). Icazbalceta menciona, sobre la forma de escribir de Pomar, que “no inventa lo que ignora, y aquello que le consta lo dice sin tanta exageración”. La mención del cocoliztli en el texto de Pomar, se encuentra en la descripción de las enfermedades frecuentes de los habitantes de Texcoco, en la que se lee:

... y como todas son enfermedades conocidas de los españoles, se han curado y curan por su orden y consejo, aplicándoles las medicinas y remedios ordinarios, con que se valen el día de hoy; de manera que solo los cocoliztles no han hallado remedio; y si al principio se valieron contra él fueron dos géneros de personas, que eran las unas la gente rica y vestida y abrigada y regalada, y la otra la que vivía en tierras cálidas, de suerte que en la gente más pobre y que vivía en regiones frías y secas hicieron más efecto: el secreto y misterio de lo cual tampoco se pudo saber... Suelen tener diviesos²², sarna y nacidos, enfermedad vieja suya, que nace de sangre corrompida, aunque para las pestilencias generales que han tenido, a lo menos la de ahora siete años y la que pasó ha casi cuarenta, no tuvieron ni hallaron remedio, sin embargo de que entonces los médicos indios y españoles hicieron para ello las diligencias posibles, que ellos llaman cocoliztli ezalahuaoque, quiere decir pestilencia de cólera adusta y requemada, y así era la verdad, porque los más que morían echaban por la boca un humor como sangre podrida... (Pomar, 1891: 56-57).

En el párrafo citado, Pomar señala la falta de terapéutica para el cocoliztli, el grupo de personas que se salvó de padecer la enfermedad, la colaboración que se dio entre médicos españoles y tlichi para frenar la epidemia, y el síntoma característico de la misma: el flujo de sangre.

²⁰ En Muñoz Camargo, Diego (1892). **Historia de Tlaxcala. Anotaciones de Alfredo Chavero**. Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, México.

²¹ En Chimalpahin Cuauhtlehuanitzin, Don Francisco de San Antón Muñón (1982). **Relaciones originales de Chalco Amaquemecan**. Fondo de Cultura Económica, México.

²² Divieso: absceso doloroso y con picazón en la piel que estaba infestado de insectos.

Detengamos un momento la referencia de Pomar para continuar con Diego Muñoz Camargo. Nació en Tlaxcala en 1528, hijo de un conquistador español que sirvió a Hernán Cortés y madre indígena de la realeza tlaxcalteca; murió en Tlaxcala en 1599. Fue educado en la ciudad de México desde los 7 años, y llegó a ser Intérprete oficial del Cabildo indígena por su fluidez en la lengua náhuatl. Para el año de 1550 dejó la ciudad de México y regresó a Tlaxcala a vivir con su familia materna; es entonces cuando se dio a la tarea de redactar la historia de su “pueblo”, la cual culmina con su obra concluida en 1584. El documento es la recopilación de información que Muñoz realizó sobre la religión, costumbres, cultura, economía y forma de vida de los tlaxcaltecas prehispánicos, y también el registro de los acontecimientos posteriores a la llegada de los españoles (DHCIAL²³, 2015).

En la *Historia*, Muñoz Camargo presenta el registro de una “pestilencia y mortandad”, a modo de los anales prehispánicos. Ésta referencia, pese a los datos escasos en cuanto a síntomas de la enfermedad, señala la mortandad indígena y duración del cocoliztli, permitiendo ligarla con los códices, en forma de lo que se canta. Su mención al cocoliztli de 1545 dice lo siguiente:

(Haciendo mención al Virrey Mendoza)... Ovo en su tiempo una muy grande pestilencia y mortandad en los naturales desta Nueva España el año de 1545, que duró más de seis meses, arruinó y despobló la mayor parte de todo lo poblado de la tierra... (Muñoz, 1892: 266).

El último en el grupo de los ladinos es Don Francisco Chimalpahin (1579-1645), miembro de la nobleza Chalca. Recibió su educación en español en la ermita de San Antonio Abad, del barrio indígena de Xóloc. Sus *Relaciones* fueron redactadas a modo de anales entre los años de 1606 y 1631, a partir de la consulta de códices e información oral, y la información refiere principalmente a los señoríos de Colhuacan, Tenochtitlan, Texcoco y la Confederación Chalca.

Para la epidemia de cocoliztli, Chimalpahin menciona:

Año 13-Pedernal, 1544. Año 1-Casa, 1545. Hubo plaga y mortandad; enfermedad de sangre que se arrojaba por las bocas y ojos, narices y anos. Mató muchísima gente, hombres y mujeres de las clases nobles, así como de los colonos. Entonces ocurrió que

²³ Las siglas DHCIAL refieren al *Diccionario de Historia Cultural de la Iglesia en América Latina*.

perros salvajes y coyotes famélicos entraran a Chalco a devorar a la gente, a causa de la mortandad (Chimalpahin 1982: 260-261).

De los tres cronistas mencionados, Muñoz Camargo y Pomar son dos de las fuentes directas con las que contamos para adentrarnos al cocoliztli y su sociedad en 1545, ya que el primero nació en el año de 1528, y Pomar en 1535. Tanto estos dos, observadores directos, como Chimalpahin coinciden en que la epidemia inició en el año de 1545, y Muñoz Camargo agrega que duró 6 meses, aunque no especifica cuáles. En cuanto a las zonas afectadas por la enfermedad, los autores nos remiten al área centro de la Nueva España, al referir información sobre Texcoco, Tlaxcala y Chalco, y que la población afectada fue la indígena.

En cuanto a la enfermedad y su concepción, Pomar y Muñoz Camargo las nombran como “grande pestilencia” y “pestilencia general”, respectivamente. Sobresale el que si bien la llaman pestilencia general, Pomar también la señale como “cocoliztli”, aunque la describe como una pestilencia “de cólera adusta y requemada”. Chimalpahin nos sorprende al referirse al evento como “enfermedad de sangre”, haciendo que se compagine su registro con el de Pomar ya que ambos refieren a sangre que el enfermo arrojaba. Para complementar lo anterior, los mismos autores nos amplían la información sobre las características de la enfermedad al señalar, primero Pomar, que se arrojaba por la boca un humor como sangre podrida; mientras que Chimalpahin describe que el enfermo arrojaba sangre por las bocas y ojos, narices y anos. Enfatizamos que Chimalpahin no fue observador directo de la epidemia y se basó en códices, crónicas y testimonios orales, los cuales, pudieron haber interferido en su presentación de la enfermedad, incluso trasladando características de la epidemia de 1576 a la de 1545.

Hasta ahora nos hemos referido a lo que el sector indígena y ladino de la sociedad fractal relató sobre el cocoliztli de 1545. Si consideramos que los ladinos tuvieron una influencia indígena muy grande en su modo de pensar, podemos comparar la información de ambos grupos con la finalidad de conocer más sobre la concepción indígena de la enfermedad, y la voz de los códices.

La información recopilada de relaciones indígenas y crónicas ladinas se encuentra resumida en la siguiente tabla.

Tabla 4.2. Crónicas indígenas y ladinas

Autor/ Variable	Pomar	Muñoz Camargo	Anales de Sn Gregorio	Chimalpahin	RG Cuiseo de la Lguna	RG Tiripitio
Año nacimiento/ Llegada a Nva. España	1535	1528	1520-1560	1579	1579	1580
Etnia	Ladino	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena	Indígena
Año epidemia	1545	1545 6 meses	1545	1545	1545	
Zona	Texcoco	Tlaxcala	Xochimilco	Chalco	Michoacán	Michoacán
Nombre/ vocablo	Pestilencia general Cocoliztli – pestilencia de cólera adusta y requemada-	Grande pestilencia	Cocoliztli (peste)	Enfermedad de sangre	Terezequia (pujamiento de sangre pútrida)	Pestilencia
Mortandad		Entre naturales	Muerte	Mortandad	Naturales	
Descripción	Salía por boca un humor como sangre podrida		Sangre por nariz	Sangre por boca, ojos, nariz y ano		Flujo de sangre por narices
Otro	Colaboración entre titici y galenos No cura					No cura

Lo primero que observamos es que Pomar, Muñoz Camargo y el escribano de los *Anales*, fungieron como observadores directos de la epidemia ya que habían nacido para cuando el evento tomo lugar. A excepción de la relación de Tiripitio, se menciona que la epidemia ocurrió en el año de 1545, y sabemos por Muñoz Camargo que tuvo una duración de seis meses. En cuanto a las zonas afectadas, podemos puntualizar zonas de la Nueva España que se vieron afectadas, como son Texcoco, Tlaxcala, Xochimilco y Chalco; incluso se obtuvo información de áreas periféricas como Cuiseo de la Laguna y Tiripitio, en el actual estado de Michoacán. Por último, se conoció que cocoliztli no fue una enfermedad que por afectar solo a indígenas desmereciera el interés y ayuda de los galenos, ya que Pomar señala la colaboración entre éstos y titici para tratar a los enfermos; ni unos ni otros, como el mismo cronista y la relación de Tiripitio refieren, tenían un tratamiento que detuviera la enfermedad.

Referente a la entidad del cocoliztli, los nombres que se le dieron en castellano fueron “pestilencia”, “peste” y “enfermedad”; mientras que en náhuatl se le llamó “cocoliztli” y en purépecha “terezequia”. Los vocablos fueron acompañados por adjetivos que indicaban su alcance poblacional, como bien lo demuestran Pomar al llamarla “general”, y Muñoz Camargo al refiere a ella como “grande”. El mismo Pomar, junto con Chimalpahin y los informantes de la relación de Cuiseo, nos dan más detalles de la enfermedad al acompañar sus denominaciones de características. Siendo más específicos, Pomar menciona una pestilencia de sangre,

Chimalpahin habla de una enfermedad de sangre, y el informante de Cuiseo especifica que se trató de una enfermedad de pujamiento de sangre pútrida. Los cronistas no se detuvieron en mencionar síntomas característicos o los que mas visibles les fueron. Pomar acompaña el nombre de la enfermedad de su característica, que fue la expulsión por la cavidad oral de humor “como” sangre pútrida; en los *Anales* y la relación de Tiripitio se habla de sangrado nasal, y Chimalpahin nos señala que la sangre no solo provenía de boca y nariz, también de ojos y ano. Como último dato, se confirma la gran mortandad que hubo entre la población nativa de la Nueva España.

En resumen, por las crónicas ladinas e indígenas, el canto que pudiera acompañar a los códices, señala que en 1545 hubo una pestilencia o enfermedad muy grande que duró 6 meses. Fueron afectados poblados de la zona centro de la Nueva España y de Michoacán, donde se vieron enfermos que sacaban sangre por nariz, boca, ano y ojos. Pese a la colaboración entre galenos y titici, aquellos que enfermaban tenían poca esperanza de sanar, ya que la gran mortandad que hubo entre indígenas así lo demuestra.

IV.3.b Crónicas gubernamentales

Dejemos por un momento las relaciones indígenas y las crónicas ladinas para centrarnos en los cronistas gubernamentales de la Nueva España. Éstos son la carta dirigida al Rey Don Felipe por el Virrey Don Martín Enriquez en 1576²⁴; y la *Historia general de los hechos de los castellanos en las Islas y Tierra firme del Mar Oceano*, de Antonio de Herrera (1601-1615)²⁵.

Don Martín Enríquez fue el cuarto virrey de la Nueva España (1568-1580). En el documento que nos interesa, Enríquez le informa al rey Felipe II sobre la situación tributaria que ocurre en la colonia, y justo en la parte final del documento, se hace mención de la “pestilencia” que estaba ocurriendo entre los naturales en 1576 y que le informaron “indios viejos” ocurrió en el año de 1544. Las palabras de Enríquez son:

²⁴ En Enriquez, Don Martin (1576). “Carta del virey de la Nueva España Don Martin Enriquez al Rey Don Felipe II, dándole cuenta de la ejecución de diferentes órdenes que se le habían comunicado y de otros varios asuntos.- Mexico, 31 de octubre de 1576” en Ministerio de Fomento (2008). *Cartas de Indias* (1º ed. 1877). Ed. Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 323-334.

²⁵ En Herrera, Antonio de (1726). *Historia general de los hechos de los castellanos en las Islas y Tierra Firme del Mar Oceano*. Vol. IV. Oficina Real de Nicolás Rodríguez Franco, Madrid.

El año de 44 anduuo esta mesma pestilencia y murieron grandisima suma de indios, según la relación que tengo, y el año de 59 anduuo otra uez, aunque no con tanta fuira, y siempre mediado agosto y setiembre, suele auer entrellos trauajo; mas el deste año, después de la pestilencia del de 44, no a auido otro tan grande, y a sido Dios sruido que no a tocado en los spañoles. Dizen algunos indios uijos que estas mortandades de tantos á tantos años, siempre las huuo entrellos. Dios lo remedie, que si dura, el mayor mal es que puede uenir á la tierra. (Enríquez, Don Martín, 2008: 331).

El virrey hace mención de la afección que se vivió en la Nueva España por la “pestilencia” ocurrida en 1544, los meses en los que se presentó, y enfatiza que los afectados fueron los indígenas.

En cuanto a Antonio de Herrera y Tordesillas, nació en la villa de Cuéllar, Segovia, en 1559 y murió en Madrid el 27 de marzo de 1625. Fue historiador, biógrafo y conocedor de lenguas clásicas, además de ser considerado como erudito en su tiempo (Memoria Chilena –MC-, s/f). En 1596 fue nombrado Cronista general de Castilla e Indias por Felipe II, cargo que continuó hasta el reinado de Felipe IV, y que le permitió el acceso libre a los papeles y relatos de los conquistadores, con los que redactó una historia “verdadera”, para su tiempo, del océano, descubrimiento, conquista y colonización de América, pese a no haber cruzado el océano (MC, s/f). Para 1598, presentó su obra *Historia general de los hechos de los castellanos en las Islas y tierra firme del mar Océano*, conocida también como *Décadas de Indias*, que abarca el periodo de 1492 a 1554 (desde el descubrimiento de América hasta finales del reinado de Carlos V). Fue publicada por partes y tardó diecinueve años en ser escrita. Los autores en los que más se basó fueron Cervantes de Salazar, Pedro Cieza de León y Bartolomé de las Casas (MC, s/f).

En su obra, Herrera da a conocer un evento epidémico ocurrido en Perú para el año de 1546. Sin saber el vínculo que pudiera tener con la epidemia de la Nueva España en 1545, se considera por su descripción de síntomas, además de ser enfermedad de “indios”. Las palabras del cronista mencionan que:

...Hubo este año entre los Indios una general pestilencia por todo el Reino del Perú, que comenzó demas adelante del Cuzco, i se extendió por toda la tierra, de la qual murieron gentes sin cuento: era el mal que daba un dolor de cabeza, i accidente de calentura mui

recio, i luego se pasaba el dolor de la cabeza al oído izquierdo, i agravaba tanto el mal, que morían en dos, o tres días (Herrera, 1726: 42).

En cuanto a la información que las crónicas mencionadas nos brindan, si nos enfocáramos exclusivamente en la que nos ofrecen las crónicas de Don Enriquez y de Herrera, obtendríamos muy poca información sobre el cocoliztli que nos interesa, como se observa en la siguiente tabla si se la compara con la Tabla 4.2 donde ofrecíamos la información contenida en las crónicas ladinas y las relaciones de Cuiseo y Tiripitío.

Tabla 4.3 Relaciones Gubernamentales

Autor/Variable	Virrey Don Enriquez	De Herrera
Año llegada	1568	1596
Año de epidemia	1544 (ago-sep)	1546
Zona	Nueva España	Reino del Perú-Cusco
Nombre	Pestilencia	General pestilencia
Descripción	Mortandad	Dolor de cabeza y calentura recia

De estas dos crónicas, pese a que somos conscientes de que la información de Herrera corresponde al Reino del Perú, obtenemos un lapso de tiempo mayor en el que cocoliztli afectó a la población, siendo éste de tres años, de 1544 a 1546. Adicionalmente sabemos que la enfermedad pudo haber pasado de la Nueva España a Cuzco por navíos españoles que llevaban soldados para controlar y someter a los indios del Perú. En cuanto a los nombres con los que se le identificó, encontramos los vocablos españoles “pestilencia” y la expresión “General pestilencia”. Por lo que se refiere a la enfermedad, Herrera nos habla de dolor de cabeza y calentura recia y el virrey Enríquez se limita a señalar la mortandad producida. Por último, ambas crónicas nos vuelven a revelar el impacto que cocoliztli tuvo solo incidencia entre la población indígena.

En resumen, las Crónicas gubernamentales nos presentan la epidemia de cocoliztli como iniciada en el año de 1544 y que duró hasta 1546, sin saber si fue constante en todo ese lapso. La enfermedad se presentó en la Nueva España y el Reino del Perú, fue conocida como

“pestilencia”, y se caracterizó por dolor de cabeza, calentura, pujamiento de sangre principalmente flujo nasal. Por último, la mortandad entre indígenas fue alta.

4.3.3 Crónicas Religiosas

Hasta ahora hemos presentado la información proveniente de Crónicas indígenas, ladinas y gubernamentales de la Nueva España. Nos queda por conocer lo que los frailes, tanto peninsulares como criollos, tienen que cantarnos sobre el cocoliztli.

Empecemos con Fray Domingo de Betanzos y su carta del 11 de septiembre de 1545²⁶. Betanzos (1480-1549) fue misionero dominico, y uno de los fundadores de los primeros conventos de la Orden de Predicadores en la Nueva España, en 1526, así como de la creación de la Provincia de Santiago de México de dicha Orden, en 1532. Nació en León (España) y estudió leyes en Salamanca. Al entrar a la orden y ordenarse como sacerdote en Sevilla en 1513, se convirtió en fiel seguidor de la línea reformada que buscaba reencontrarse con los postulados originales de Cristo y Santo Domingo de Guzmán. El documento del dominico que nos narra el cocoliztli, es una carta redactada en Tepetlaoztoc, municipio del actual Estado de México. En ésta se hace mención del impacto que tuvo la enfermedad en la población, el periodo de duración de la epidemia y el nombre de ésta. Para describir lo que ocurría en 1545, Betanzos escribió:

... sepan Vuestras Caridades que después que desta Nueva España se partieron, desde ocho meses a esta parte ha habido tan gran mortandad de indios, mayormente en México e en veinte leguas alderredor, que no se puede creer; pero por lo que diré podrán conjeturar todo lo demás. En Tascala mueren agora ordinariamente mill indios cada día, y aun dende arriba: y en Chulula día ovo de novecientos cuerpos, y lo ordinario es cuatrocientos, y quinientos, y seiscientos, y setecientos cada día. En Guaxocinco es lo mismo, que ya casi está asolada. En Tepeaca comienza agora, y así ha andado en derredor de México y dentro en él, y va cundiendo cada día adelante. Es cosa increíble la gente que es muerta, y muere cada día. En este nuestro pueblo de Tepetlaoztoc

²⁶ En Betanzos, Fray Domingo de (1858-1866). “Carta de Fray Domingo de Betanzos, , Tepetlaoztoc, Nueva España a 11 de septiembre de 1545”, en García Icazbalceta, Joaquín. **Colección de documentos para la historia de México: versión actualizada/ publicada por Joaquín García Icazbalceta**. Antigua Librería Porrúa, México.

donde agora estoy, ya pasan harto de catorce mill los que son muertos... (Betanzos, 1858-1866).

Continuemos con el cronista y americanista por excelencia, fray Bernardino de Sahagún. Bernardino de Rivera nació en 1499 ó 1500. Cursó los estudios de filosofía, teología, gramática, retórica y lenguas clásicas en la Universidad de Salamanca, entre 1512-1514. Profesó en la Orden de san Francisco entre 1516 y 1518, y en 1526 hizo sus votos. Para 1529 pasó a la Nueva España y murió en 1590. Cabe señalar que Sahagún estuvo y fue partícipe del proyecto fundacional del Imperial Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco. Durante su tiempo en la Nueva España, y por disposición propia, el fraile fue recogiendo testimonios de la vida y costumbres de los antiguos habitantes de México. Entre 1569, 1577 y 1582, y a partir de sus notas, formuló su obra *Historia General de las Cosas de Nueva España* (1570-1582)²⁷, aunque no fue publicada hasta 1829, pues en su momento, el Rey Felipe II mandó confiscarla, junto con otros documentos que mencionaban las costumbres de los prehispánicos (Garibay, 1979).

Sahagún llamó a su obra *Historia*, que en palabras del Padre Garibay (1979: 535), refiere en el sentido del verbo griego *Istoreo*, que quiere decir “ver y hablar de lo que se ve, explorar directamente y recontar lo explorado, allegar datos y proponerlos a quien no los adquirió. Todo eso es el libro del franciscano”. Dentro de la *Historia*, las referencias sobre el cocoliztli de 1545 son pocas y casi siempre se mezclan con hechos biográficos. Pese a ello, el testimonio de Sahagún es interesante, puesto que permite conocer las zonas afectadas por la enfermedad, la mortandad, el nombre que los españoles dieron a la enfermedad, e incluso presenta datos sobre los gobernantes que estaban en el poder en el momento del evento.

La primera referencia sobre el cocoliztli de 1545, se encuentra en la historia de los gobernantes de Tenochtitlan, en el gobierno de don Diego Teuetzquiti. Ésta menciona:

El quinceno gobernador de Tenochtitlan se nombró don Diego Teuetzquiti, y gobernó trece años. Y en su tiempo de éste fue la mortandad y pestilencia muy grande en la Nueva España; y salía, como agua de las bocas de los hombres y mujeres naturales,

²⁷ Los años que se dan a la obra de Sahagún corresponden al periodo que tardó en redactar la información. Las ediciones consultadas en esta investigación fueron Sahagún, Fr. Bernardino de (1979). **Historia general de las cosas de Nueva España**. Edición de Garibay K., Ángel María. Ed. Porrúa, México; Sahagún, Fray Bernardino de (2011). **Historia General de las Cosas de la Nueva España, Tomo I y II**. Editorial Linkgua, Barcelona.

grande copia de sangre, por lo cual moría y murió infinita gente. Y porque en cada casa no había quien tuviese cargo de los enfermos, muchos murieron de hambre, y cada día en cada pueblo se enterraban muchos muertos... (Sahagún, 2011b: 43).

La segunda referencia, en la que se narra la fundación del Colegio de Tlatelolco, Sahagún menciona como afectó la “pestilencia” a los alumnos:

...Yo que me hallé en la fundación del dicho Colegio, me hallé también en la reformatión de él, la cual fue más dificultosa que la misma fundación. La pestilencia que hubo ahora ha treinta y un años dio gran baque al Colegio... (Sahagún, 1979: 584).

El mejor relato que se encuentra en la *Historia...* proviene del “Apéndice. Adición sobre supersticiones” (Sahagún, 1979). Aquí, el fraile da sus razones a la Corona para explicar porque se ha reducido el número de súbditos indígenas, menciona tres enfermedades que sufrió la población indígena, habla sobre el cocoliztli, y confirma que él mismo la padeció. La narración dice lo siguiente:

... Después que esta tierra se descubrió ha habido tres pestilencias muy universales y grandes, allende de otras no tan grandes, ni universales... el año de 1545, hubo una pestilencia grandísima y universal, donde, en toda esta Nueva España murió la mayor parte de la gente que en ella había. Yo me hallé en el tiempo de esta pestilencia en esta ciudad de México, en la parte de Tlatilulco, y enterré más de diez mil cuerpos, y al cabo de la pestilencia diome a mí la enfermedad y estuve muy al cabo. (Sahagún, 1979: 707).

Tanto Betanzos como Sahagún fueron religiosos peninsulares y testigos directos del cocoliztli. Por el contrario, el tercer cronista que presentaremos es Agustín Dávila Padilla, también religioso, pero criollo y que nació en tiempo posterior a la epidemia. En efecto, Dávila Padilla nació en la capital de la Nueva España en 1562. A los trece años se graduó de bachiller en artes, y antes de los 16 años, obtuvo el grado de maestro en la misma facultad. El grado de bachiller en Teología lo estudió en las aulas de su orden, y tomó el hábito de Santo Domingo a los diecisiete años en el monasterio de México, profesando a los dieciocho años, en 1580. De entre los cargos que ejerció, Dávila Padilla fue el revisor de obras literarias en la Nueva España por parte del Tribunal del Santo Oficio, cargo concedido en 1591. Murió el 26 de Julio de 1604, de una ligera calentura (Millares, 1955: VII-VIII, X, XV).

Su obra, titulada *Historia de la fundación y discurso de la providencia de Santiago de México de la Orden de Predicadores, por las vidas de sus varones insignes, y casos notables de Nueva España*²⁸, estuvo dedicada a historiar los avatares de la Orden de Santo Domingo en México. Fue publicada por primera vez en Madrid en 1596, pese a ser compuesta en la Nueva España entre 1589 y 1592. Ésta es la continuación de lo iniciado por fray Andrés de Moguer en 1556, seguido por fray Vicente de las Casas y fray Domingo de la Asunción; estos textos fueron recopilados y puestos en latín por fray Tomás Castellar; en 1589, el material fue enviado a Dávila Padilla para que éste lo tradujera a lengua romance, además de añadir lo correspondiente a México. Sorprende el que Dávila Padilla pida disculpas al lector debido a que su obra es más de predicador que de historiador, ya que en base a la obra y vida de grandes personajes de su orden, se ligan acontecimientos de la sociedad novohispana del siglo XVI (Millares, 1955: XVII, XX).

Las referencias que Dávila Padilla da sobre el cocoliztli de 1545 señalan, en primer lugar, el número de defunciones indígenas que ocurrieron:

...casi siempre ay en toda la tierra enfermedades agudas que van picando y llevando gente, suelen venir algunas pestes generales que los acaban muy por junto. El año de mil quinientos y quarenta y cindo huuo pestilencia entre ellos, y murieron ochocientas mil personas... (Dávila, 1955: 100).

Es de gran interés el pasaje en el que Dávila Padilla menciona cómo afectaba la enfermedad a los españoles, aunque de manera menos frecuente y con menor virulencia:

...es de considerar que sus enfermedades con ser de peste que con facilidad suele pegarse, por maravilla se pega a españoles, y si alguna vez se les pega no es mortal como en los Indios... (Dávila, 1955: 101).

Por último, Dávila Padilla, como bien dice en la parte introductoria de su obra, junta los hechos sociales con los religiosos al señalar el actuar de los religiosos en la epidemia de 1545. Se omitirá el detalle anterior, pero de la narración la cual se encuentra en el Capítulo XXXIX, titulado

²⁸ En Dávila Padilla, Agustín (1955). *Historia de la fundación y discurso de la provincia de Santiago de México de la Orden de Predicadores, por las vidas de sus varones insignes, y casos notables de Nueva España*, 2da edición (1625) (1ra ed. 1596, Madrid, casa de Pedro Madrigal). Editorial Academia Literaria, México.

“De una pestilencia que huuo en esta tierra por este tiempo, y de un caso que sucedió a un Indio con el demonio”, lo que se presenta a continuación es la mención de defunciones, su duración, y la descripción de cuan grande fue el impacto de del cocoliztli entre los indígenas.

El año de mil y quinientos y quarenta y cinco,..., comenzó Dios por sus secretos juycios a despoblar de Indios esta Nueva España, con una pestilencia vniuersal, que duro solos cinco meses, y con todo eso se lleuo mas de ochocientos mil Indios. Cogialos la muerte algunas vezes tan de repente, que al salir de casa se les salía también el alma del cuerpo, y se quedauan a la puerta tendidos, esperando quien los sepultase. Por las calles parecian indios muertos, y en las casas se quedauan, sino auia cuidado de sacarlos: porque sola la muerte despoblar las casas, sin dexar persona viua que pudiese sepultar las muertas. Hazianse unas fosas grandes en los cimiterios de las yglesias, adonde enterrauan juntos ochenta cuerpos de indios, y algunas veces ciento... Morían muchos de solo el mal olor de los muertos, otros de hambre, y otros de pura congoja, viéndose en tan extraños trabajos... (Dávila, 1955: 117-118).

Retomemos a los cronistas religiosos y peninsulares al presentar la versión de Gerónimo de Mendieta, nacido en Vitoria, capital de la provincia vascongada de Álava, España, en 1525. Ingresó a la Orden de San Francisco desde joven, estudiando los cursos de artes y teología en el convento de Bilbao. Llegó a la Nueva España en 1554, después de ordenarse, junto con otros treinta franciscanos más. Fue enviado al convento de Tochimilco en Puebla, donde terminó sus cursos de artes y teología, además de aprender la lengua náhuatl. Tiempo después pasó al convento de Tlaxcala, donde conoció y fue gran amigo de fray Toribio de Benavente, Motolinía (Martínez, 1980: 131).

Debido a su estado de salud y cierta depresión moral, se le permitió viajar al Viejo Mundo en 1570, siendo uno de los frailes que estuvo a cargo de llevar a Juan de Ovando el “Sumario” de la obra de su amigo y correligionario, fray Bernardino de Sahagún. En 1571 se le ordena volver a la Nueva España, pero no es hasta 1573 cuando realiza el viaje. Al llegar en 1575, se instala en el convento de Tlatelolco, donde recupera su salud y se dedica a escribir su obra, que es interrumpida por la segunda peste de cocoliztli de 1576. En 1585 fue nombrado presidente del convento Tlaxcala (Martínez, 1980: 133-135).

Su obra *Historia eclesiástica indiana*²⁹, pese a ser encargada en 1571, fue completada veintiséis años después, en 1597, debido a los múltiples cargos que realizó desde su vuelta a la Nueva España. Ésta trataba sobre la labor evangelizadora por los franciscanos (Martínez, 1980: 136-137). La mención de Mendieta sobre el cocoliztli es de gran valor y se halla en el Capítulo XXXVI “De las muchas pestilencias que han tenido los indios de esta Nueva España después que son cristianos”. No solo presenta números sobre el impacto población, también síntomas y el nombre con el que fue conocida. Estas son las palabras del fraile sobre el evento:

La tercera pestilencia grande y general vino en el año de cuarenta y cinco, que de reliquia de las pasadas debió de retoñecer. Esta fue de pujamiento de sangre, y juntamente calenturas, y era tanta la sangre, que les reventaba por las narices. De esta pestilencia murieron en Tlaxcala ciento y cincuenta mil indios, y en Cholula cien mil, y conforme a esto en los demas pueblos, según la población de cada uno... (Mendieta, 1870: 515).

Juan de Torquemada, el último de los religiosos peninsulares que se mencionarán, debió nacer en Torquemada (Palencia, España), de donde tomó el nombre al entrar en la Orden franciscana, entre 1563 y 1565; murió un martes del mes de enero de 1624, posiblemente de un ataque al corazón. Parece que se trasladó desde muy niño a la Nueva España. Profesó en el convento de San Francisco de México, entre 1579 y 1583, siendo el último año cuando tomó el hábito de San Francisco (Alcina, 1988: 57-58, 60). Sus estudios pudieron haber estado dirigidos por el indio don Antonio Valeriano y fray Juan Bautista. Del primero, Torquemada hace un gran elogio al reconocer sus méritos como maestro suyo y del Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco, mientras que fray Juan Bautista fue su maestro en filosofía y teología. De ambos heredó el amor por la lengua, historia y antigüedades mexicanas (Alcina, 1988: 58).

Nombrado provincial de su Orden, tuvo el encargo de componer una obra que tardó veintiún años en terminar y que fue publicada en Sevilla, en 1615 con el título *Los veinte i un libros rituales y monarquía indiana, con el origen i guerras de los indios occidentales, de sus poblaciones, del descubrimiento, conquista, etcétera*, conocida también como *Monarquía Indiana*³⁰. Para la obra, se comprometió con escribir no solo de la labor misionera franciscana,

²⁹ En Mendieta, fray Gerónimo de (1870). *Historia eclesiástica indiana*. Antigua librería, México.

³⁰ En Torquemada, Juan de (1975). *Monarquía Indiana. Volumen II*. UNAM-Instituto de Investigaciones Históricas, México.

sino también a recoger lo más notable de las tradiciones indígenas (Alcina, 1988: 59; Jiménez, 1996: 39). Torquemada basó su obra en códices prehispánicos y coloniales de la primera mitad del siglo XVI, relaciones indígenas escritas principalmente en lengua náhuatl y caracteres latinos, e información oral procedente de los indios. Igualmente, el fraile tomó referencias de otros frailes seráficos, como Sahagún y Mendieta (Alcina, 1988: 63, 65).

La referencia de Torquemada al cocoliztli de 1545, pese a ser breve, hace mención de la duración de la “gran pestilencia”, el sector de la población afectado y la elevada mortandad. El fraile dejó para la historia, en su Libro Quinto, Capítulo XVIII, la siguiente mención:

El año de 1545 hubo una muy grande pestilencia en los indios que duró espacio y tiempo de seis meses, la cual mortandad arruinó y despobló la mayor parte de la tierra, de donde comenzaron a ir en grande disminución ruina todos estos reinos; pero mostrase don Antonio de Mendoza padre muy solícito en la cura de los enfermos, proveyendo en ella como gobernador cuidadoso (Torquemada 1975: 371).

El último de nuestros cronistas religiosos es el criollo Juan de Grijalba, nacido en la villa de Colima en 1580, y a temprana edad, junto con sus padres, se mudó a la ciudad de Valladolid de Michoacán (Morelia). Contaba con 14 años cuando vistió el hábito agustino en el Convento de Santa María de Gracia de Valladolid de Michoacán. Murió en México en el año de 1638 a los 58 años (León, 1926: V). Estudió artes en el convento de Cuitzeo (Michoacán), y probablemente de ahí pasó al convento de México. Obtuvo el grado de Licenciado en Teología por la Universidad de México el 26 de septiembre de 1612, y el de doctor el 23 de octubre del mismo año. En 1621 fue nombrado cronista de su provincia y prior del Convento de la Puebla de los Ángeles. En 1622 recibe el cargo de Prior del Convento de México, y en 1629 se le nombró prior del convento de Malinalco (León, 1926: V-VIII).

La obra del religioso lleva por título *Crónica de la orden de N.P.S. Agustín en las provincias de la Nueva España*³¹, y fue publicada en el Convento de San Agustín, México, en el año de 1624. Grijalba dejó un recuento sobre el cocoliztli que permite conocer el impacto poblacional que tuvo en los indígenas de la Nueva España. Pese a ser corto, el religioso menciona:

³¹ En Grijalba, Juan de (1926). **Crónica de la orden de N.P.S. Agustín en las provincias de la Nueva España**. Imprenta Victoria, México.

... Apestose el aire el año delante de 45, y empezó tan cruel mortandad, que de seis partes de Indios, faltaron las cinco. De manera, que en el cielo, en el suelo, y en el aire, todo cuanto se via amenazaba total ruina... (Grijalba, 1926: 204).

En otro apartado de la obra, Grijalba señala el nombre para la “peste general” con el cual los indígenas la llamaron:

“Estas señales se terminaron en una peste general, que llamaron cocoliztli, de que (como decíamos) de seis partes de Indios murieron las cinco, y como la enfermedad era tan aguda, y tan pestilente, que en una familia entera no quedaba una sola persona, que pudiese curar de los enfermos, era necesario, que acudiesen a estos los pocos españoles que había...” (Grijalba, 1926: 214).

Contando con la información perteneciente a las Crónicas religiosas, la cual se resume en la siguiente tabla 4.4, pasemos a su análisis.

Tabla 4.4 Crónicas religiosas

Autor/ Variable	Betanzos	Sahagún	Dávila Padilla	Mendieta	Torquemada	Grijalba
Etnia	Español	Español	Criollo	Español	Español	Criollo
Año llegada/ nacimiento	1526	1529	1562	1554	Después 1560	1580
Orden	Dominico	Franciscano	Dominico	Franciscano	Franciscano	Agustino
Año de epidemia	1545 feb-sep	1545	1545 5 meses	1545	1545 6 meses	
Zona	México 20 leguas	Nueva España		Tlaxcala y Cholula		
Nombre		Pestilencia muy grande y universal	Pestilencia universal	Pestilencia grandes y universal	Grande pestilencia	Cocoliztli (peste general)
Mortandad	X	X	X	X		X
Descripción		Tercera pestilencia. Sangre por boca		Tercera pestilencia. Sangre por nariz, pujamiento de sangre y calenturas		
Otros		Enferma	No a españoles o menos mortal			

Lo primero que observamos de las obras de los frailes es que sólo Betanzos y Sahagún fueron observadores directos de la epidemia, ya que los demás frailes nacieron o llegaron a la Nueva

España en épocas posteriores. Por la información plasmada, sabemos que la epidemia inició en el año de 1545, tuvo una duración de 6 meses, y afectó la zona central de la Nueva España. El nombre que le dieron al evento, a excepción de Betanzos, fue el de pestilencia grande y/o universal. Grijalba refiere al evento como “cocoliztli”, traduciendo el vocablo como “peste general”, con lo que la englobamos en la denominación dada por los otros religiosos. Casi todos los frailes, ya que no es el caso de Torquemada, presentan los números de los afectados indígenas por la enfermedad, y Dávila Padilla enfatiza que no se ensañaba con españoles, o era menos mortal. Lo anterior es confirmado por Sahagún, quien nos relata que enfermó aunque recuperó la salud. Por último, solo conocemos los síntomas de la enfermedad por medio de los testimonios de Sahagún y Mendieta, quienes refieren a éstos como pujamiento de sangre, principalmente sangrado de boca y nariz, y calentura.

Si la información plasmada en las páginas anteriores es de gran valor, conozcamos ahora la exploración de los galenos, ya que al estudiar eventos epidémicos y/o enfermedades ocurridas en tiempos pasados, los historiadores de la medicina han tenido la inclinación de buscar referencias en obras redactadas por médicos que observaron el evento. Sin embargo, habrá que preguntarse qué ocurre cuando el sistema médico que explicó el evento, no es el mismo al que se adscriben los practicantes que dejaron registro.

4.3.4 Obras médicas (siglos XVI y XVII)

Para el cocoliztli de 1545, varios son los documentos de carácter médico que hacen referencia al evento. Las obras de Francisco Bravo (*Opera medicinalia*, 1570), Francisco Hernández (*De la enfermedad de la Nueva España del año 1576 llamada por los indios cocoliztli*, 1577), Alonso López de Hinojosos (*Summa y recopilación de cirugía...*, 1578, 1595), Agustín Farfán (*Tratado breve de medicina y de todas las enfermedades*, 1579, 1592), Juan de Cárdenas (*Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias*, 1594), y Juan de Barrios (*Verdadera medicina, cirugía y astrología*, 1607), hacen mención no solo de la enfermedad, sino también de la terapéutica empleada. Las obras se caracterizan por haber sido escritas por médicos y cirujanos peninsulares que ejercieron su oficio en la Nueva España durante la segunda mitad del siglo XVI y primeras décadas del siglo XVII.

Pese a la idea de que en los folios se podría encontrar información valiosa sobre la enfermedad que se estudia en esta investigación, pocas son las referencias. Los galenos, principalmente,

carecen de datos debido a que no se encontraban en la colonia de ultramar cuando la epidemia ocurrió, y para llenar el hueco informativo, adaptaron lo escuchado y leído sobre la epidemia de 1576 a la de 1545, ya que ambas recibieron el nombre de cocoliztli.

Los historiadores de la medicina actuales han considerado esta información muy valiosa, ya que haciendo análisis retrospectivos, tratan de conocer y proponer la etiología para el cocoliztli de 1545 usando como referencia los registros del cocoliztli de 1576. Pese a los grandes análisis y el lugar común en la historiografía de la medicina mexicana acerca de esta extrapolación, nuestra opinión señala que las obras médicas no permiten mantener esta hipotética relación entre epidemias. Puntualizaremos esta idea en cada una las obras mencionadas.

Pese a ser varias las referencias que se encuentran en los estudios de historia de la medicina de México sobre el cocoliztli de 1545 y Francisco Bravo con su *Opera medicinalia (1570)* (Guevara, 2011), especialmente por el tomo primero, dedicado al estudio del tabardillo, la obra no hace referencia a la enfermedad debido a que el galeno le dio el nombre de “cocoliztli” a la epidemia que había observado en España en la década de 1550. Bravo nos confunde sobre el cocoliztli de 1545 al mencionar como síntoma principal las pústulas en el enfermo, pese a que códices y crónicas, como hemos visto, no narran dicho síntoma. Pese a que para el cocoliztli la *Opera medicinalia* no brindan información, es de gran valor para aquellos que quieran estudiar la epidemia española de la segunda mitad del siglo XVI.

El escrito de Francisco Hernández titulado *De la enfermedad de la Nueva España del año 1576 llamada por los indios cocoliztli* fue escrito en 1576, pero no fue descubierto hasta mediados del siglo XVIII y publicado en la segunda mitad del siglo XX por el Dr. Tudela de la Orden (Somolinos, 1982a 369). Al haber sido redactado en latín, se piensa que no era un informe para el virrey ni un instructivo dirigido a los practicantes (Somolinos, 1982a), sino una *Observatio*, forma de escritura médica que presentaba un caso individual, en el cual, el galeno enseñaba a saber hacer, saber ver y entender una enfermedad (Laín, 1963; López, 1992). Si bien la obra de Hernández es un documento médico de un valor excepcional debido a la descripción clínica del proceso patológico y la terapéutica empleada, no contiene información que se pueda relacionar con el cocoliztli de 1545, por lo que, al utilizar a Hernández como narrador de la epidemia de 1545 se llega a confusiones y falsas inferencias. Si en el futuro los historiadores de la medicina quisieran estudiar el cocoliztli de 1576 con un enfoque biomédico, la obra de Hernández sería la

fuentes más directas que se tienen sobre el evento, pero habrá que dejar de utilizarla para el cocoliztli del 1545.

La obra del cirujano Alonso López de Hinojosos cuenta con dos ediciones, siendo la primera de 1578, y la segunda edición de 1595. En ambas ediciones se encuentran apartados sobre el cocoliztli, y es especialmente interesante la segunda edición debido a su división entre las enfermedades cocoliztli y tabardete; sin embargo, son de poca utilidad para este estudio ya que se centra más en discutir las causas astrológicas que propiciaron la enfermedad. Habremos de añadir que por el síntoma que maneja el cirujano, el cual es la afección de hígado, la obra se centra más en la epidemia de 1576 y no en la que nos interesa, haciendo que la enfermedad estudiada por Hinojosos guarde relación con la misma observada por Hernández. En adición, se puede descartar la obra de Hinojosos ya que se sabe que llegó a la Nueva España en época anterior a 1567, por lo que no fue observador directo de la primera epidemia, y construyó sus apartados sobre el cocoliztli en base a la epidemia observada de 1576.

Fray Agustín Farfán y su obra, pensada para el vulgo y todo aquel que necesitara restaurar la salud sin la ayuda de galeno o ticitl, nos da excelentes ejemplos en cuanto a casos de enfermedades y su terapéutica. El problema con la obra radica en que no hay descripciones para cocoliztli, pese a que cuenta con un excelente apartado sobre tabardete y sangrados nasales. Fueron consideradas las enfermedades anteriores debido a que la última fue el síntoma más mencionado en códices y crónicas para el cocoliztli de 1545, y el tabardete por ser uno de los nombres con los que fue conocida la enfermedad hasta el siglo XIX, cuando se hizo la distinción entre tabardete y tabardillo, refiriendo la primera a fiebre tifoidea y la segunda a tifo exantemático (Guevara, 2011).

De los médicos y cirujanos mencionados en párrafos anteriores, por último tenemos al cirujano Juan de Barrios. Se encontraron dos puntos en contra de Barrios para no considerarlo en este estudio. El primero refiere a que el cirujano llegó a la Nueva España en 1589, por lo que no tuvo oportunidad de observar y vivir ninguna de las dos epidemias de cocoliztli. La segunda consideración trata sobre la información encontrada en su obra, en la que no se hace mención al cocoliztli, aunque hay referencias al tabardete y calentura pestilencial, ambas consideradas como cocoliztli. Sin embargo, la información hace más referencia a los influjos del ambiente y dietética, en lugar de narrar los rasgos de la enfermedad o experiencias de los enfermos.

Pudiera parecer que ninguna de las obras médicas nos dará información sobre el cocoliztli de 1545, aunque en las páginas de *Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias* (1591)³², Juan de Cárdenas nos invita a conocer la enfermedad desde los ojos de un galeno criollo con formación peninsular.

Juan de Cárdenas, originario de Constantina (Andalucía, España), nació en 1563 y desde niño pasó a la Nueva España, en donde recibió su educación en la Universidad de México, donde años después sería catedrático de Vísperas. Entre sus profesores tuvo a Hernando Ortiz de Hinojosa, Fray Juan de Contreras (religioso agustino que le guió en la enseñanza de la filosofía) y al Dr. Juan de la Fuente en medicina. Obtuvo el grado de licenciado en medicina en 1589, y el de doctor en 1590; ejerció la profesión tanto en la capital del Virreinato como en Compostela y en Guadalajara. Murió en 1609, en la ciudad de México (Terrés, 1913: IV; Durán, 1988: 10-11; Ledezma, 2009: 153; Álvarez, 2014: 20).

La obra de Cárdenas fue compuesta cuando contaba con veintiséis años en 1589, e impresa dos años después, en 1591. La pretensión de Cárdenas al escribir el libro fue el difundir las novedades ignoradas en España, acción nada modesta ya que la historia natural del Nuevo Mundo sería tratada según los modelos dados para el Viejo Mundo por Plinio, Avicena o Dioscórides, basándose en que no existen narraciones llenas de maravillas referentes al nuevo continente por falta de escritores (Durán, 1988: 14; Viesca, 1987b: 41). Cárdenas escribió con una posición propia de la ciencia oficial de su época, es decir, una posición galenista, dogmática, ignorante a sabiendas de que se habían descubierto hechos que resquebrajaban el sistema. El interés de Cárdenas no es el innovar, sino reducir la variedad del Nuevo Mundo a los cánones consagrados en el Viejo Mundo (Viesca, 1987b: 49-50).

Somolinos (1996) menciona que los juicios que ha generado la obra de Cárdenas han sido dispares. Mientras que Chinchilla considera que la obra se trata de solo una “obrita...ofrece poquísimo interés a la medicina”, Terres (en Somolinos, 1996) se asombra de que su autor “catedrático de la Universidad, poseyera creencias que ahora sólo son admisibles en los niños párvulos”. Icazbalceta, con más sentido y conocimiento, indica que es “útil para saber cómo se explicaban entonces muchos fenómenos naturales de las Indias”. Si bien no se puede clasificar

³² En Cárdenas, Juan de (1913). *Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias*, (1591). Impreso en casa de Pedro Ocharte, México. Imprenta del Museo Nacional de Arqueología, Historia y Etnología, México.

como un libro médico y menos acorde a la literatura médica del momento, si es de gran ayuda para conocer o explicarse muchas de las extrañas situaciones con que, en ocasiones, tenía que enfrentarse el galeno (Somolinos, 1996: 205-206; Ledezma, 2009: 153).

Para dar soluciones a los enigmas planteados por las maravillas, curiosidades y secretos de la naturaleza del Nuevo Mundo, Cárdenas siguió el método tradicional de los ejercicios y disputas escolásticas, que por su preocupación indagadora, se vuelve también renacentista, a través del procedimiento de preguntas y respuestas (*disputatio quaestionis*), esquematizadas en un formulismo característico: planteamiento del problema, identificación de las causas, cita de los autores, deducción lógica, premisa de resolución y corolario. En cada pregunta Cárdenas plantea un problema para luego postular, con sus argumentos en contra y a favor, posibles demostraciones especulativas (Ledezma, 2009: 154, 164; Viesca, 1987b: 41).

Debido al método empleado, la obra esta planteada como respuesta a preguntas concretas, que se observan en la división del libro en tres partes. La primera trata “del sitio, temple y constelación” de las provincias de las Indias; la segunda sobre los metales y minerales del Nuevo Mundo; y también de las particularidades de nuevas plantas y alimentos como el cacao, el maíz, el chile, las tunas y el tabaco; y la tercera parte trata “de las propiedades y cualidades de los hombres y animales nacidos en las Indias” (Ledezma, 2009: 154; Viesca, 1987b: 41).

En el tercer libro, el cual esta basado en el hipocratismo y la influencia del ambiente en las características de los pobladores de áreas determinadas, y la configuración de la patocenosis (término no empleado por Cárdenas, sino acuñado por historiadores actuales), o el cuadro de las enfermedades presentes y significativas en un lugar dado y en un momento histórico preciso (Viesca, 1987b: 42), es donde encontramos referencias al cocoliztli. Acorde a Terrés (1913: XIII), Cárdenas no contribuyó a la ilustración sobre si el cocoliztli era tabardillo, ya que, pese a que hace la diferencia entre ambas enfermedades, como era típico de la época, no se encuentra en la obra insignia alguna que confirme su participación como observador directo.

Pese a lo anterior, hay ciertos pasajes que merecen ser mencionados. El primero hace la distinción entre las enfermedades en virtud o cualidades ocultas, que refiere (en términos de la medicina galeno-hipocrática del siglo XVI) a aquellas que no tienen calidad manifiesta, además de señalar que cocoliztli era solo enfermedad de indígenas novohispanos. Cárdenas menciona que:

...assi como ay en las medicinas virtudes manifiestas y ocultas o incofnitas a nuestros sentidos, assi ay enfermedades claras patentes y manifiestas, y otras que consisten en virtud o qualidad occulta, pongo vn exemplo... vna landre o pestilencia, vn cocoliztle que da a los indios, sin tocar en los Españoles, vn cadarro o moquillo, vn endemoniado tabardillo, las viruelas, y otros que ay deste jaez, no podemos confessar, que estos tales sean, o consistan en calidad manifiesta... (Cárdenas 1591: 172).

En cuanto a la especificidad de la población afectada, Cárdenas menciona otra clasificación, la de los males regionales, o aquellas enfermedades que solo son propios de ciertas regiones geográficas. Para dicha clasificación, el cocoliztli vuelve a ser mencionado de la siguiente manera:

... y es saber que no solamente ay males ocultos, y manifiestos, sino que de los males ocultos y contagiosos, y aun de los manifiestos, ay algunos que llaman regionales, porque de su naturaleza, y propiedan tienen, conservarse mas su contagion y semilla en vna región o provincia, que en otra, como si dixessemos agora, el cocoliztle es vn modo de pestilencia, que por ser propia desta tierra, da a los indios, y no a los Españoles, y este de ordinario da con daño terrible en el hígado, y gran fluxo por la mayor parte de sangre por las narizes... (Cárdenas 1591: 174).

La confusión sobre el cocoliztli y matlazahuatl, o tabardete y tabardillo se hace patente en la cita anterior. Cárdenas considera como propio del cocoliztli la afección del hígado y sangrado nasal, síntomas que con los cambios que sufrió la medicina galénica en los siglos XVII y XVIII, pasaron a ser propios del tabardete. Éste término se fue confundiendo con el vocablo náhuatl *matlazahuatl* (erupción cutánea de color azul en forma de red), al que también se refería como tabardillo. Guevara (2011) clarificó que tabardete no guardaba relación con cocoliztli y/o matlazahuatl, ya que se trató de fiebre tifoidea, enfermedad diferenciada en el siglo XIX al caracterizarse por las alteraciones que provoca en el intestino; mientras que tabardillo y matlazahuatl eran “sinónimos” de tifo exantemático.

Ahora bien, dejando a un lado la discusión sobre Cárdenas y el cocoliztli, enfoquémonos en la relevancia de sus palabras. El galeno, a través de los párrafos señalados, nos permite conocer una realidad: cocoliztli era un mal sólo de los indígenas de la Nueva España. Podría ser

duramente discutido si Cárdenas tomó la postura de no indagar en la enfermedad por no afectar a españoles, o si, por falta de comprensión sobre la misma decidió no considerarla. Sin embargo, lo que si nos permite conocer es el hecho de que cocoliztli, al ser una enfermedad solo de indios, solo fue conceptualizada por los mismos; por lo que, tanto galenos como cirujanos no lograron explicarse la enfermedad de los indígenas.

Si bien los galenos y cirujanos no lograron explicarse el cocoliztli, Cárdenas nos ayuda a identificar como una enfermedad indígena fue adaptada y explicada acorde a la medicina galénica. En las líneas tomadas de la *Primera parte...*, el vocablo *cocoliztli* se encuentra acompañado del de "pestilencia", que para el pensamiento de la época, hacía referencia a una enfermedad que afectaba a varias personas. Cárdenas no solo nos enfatiza que la enfermedad de estudio afectó solo a indígenas, también que tuvo un comportamiento epidémico por sus alcances poblaciones. Si bien lo anterior son pequeñeces, la idea principal es la que nos permite saber que aunque los galenos no entendieron de que enfermedad se trató el cocoliztli, si entendieron su contagio, haciendo que el significado del vocablo náhuatl, el cual solo refería al genérico de enfermedad, pasara a la historia con el significado de "epidemia".

4.3.5 El canto de las Crónicas

Después de analizar las visiones de los cronistas sobre el cocoliztli de 1545, por su cargo social y etnia, pasemos a reunir la información y tratar de obtener la voz que nos permitirá interpretar los glifos de los códices nahuas. La información obtenida se muestra concentrada en la siguiente tabla, la cual señala al cronista y sus aportes.

Tabla 4.5 Crónicas novohispanos

Variable/ Cronista	Llegada/ Nacimiento	Año	Zona	Cocoliztli	Otro Nombre	Mortan- dad	Descripción	Datos varios	Etnia
<i>Fray Betanzos</i>	1526	1545 feb-sep	Nueva España			X			E
<i>Don Enriquez</i>	1568	1544 aug-sep	Nueva España		Pestilencia	X		No en español- es	E
<i>Fray Sahagún</i>	1529	1545	Nueva España		Pestilencia grande y universal	X	Por boca grandes copias de sangre	Padece enferme- dad	E
<i>Pomar</i>	1535	1545	Texcoco	Cocoliztli ezalahuaoque	Pestilencia general de cólera adusta y requemada		Por boca un humor como sangre podrida	No cura Colabora ción entre tititic y galenos	L
<i>Muñoz Camargo</i>	1528	1545 6 meses	Tlaxcala		Grande pestilencia	X			L
<i>Fray Dávila Padilla</i>	1562	1545 5 meses			Pestilencia universal	X		No a español- es o menor grado	C
<i>Fray Mendieta</i>	1554	1545	Tlaxcala y Cholula		Pestilencia grande y universal	X	Por nariz, pujamiento de sangre y calentura		E
<i>De Herrera</i>	1596	1546	Perú- Cusco				Dolor de cabeza y calentura	Todo Cusco	E
<i>Anales de Sn Gregorio</i>	1520- 1560	1545	Xochimil- co	Cocoliztli	Peste		Sangre por nariz		I
<i>Chimalpahin</i>	1579	1545	Chalco		Enfermedad de sangre	X	Sangre por boca, ojos, nariz, ano		L
<i>Fray Torquemada</i>	1560	1545 6 meses			Grande pestilencia				S
<i>Fray Grijalba</i>	1580		Michoa- cán	Cocoliztli	Peste general	X			C
<i>RG de Cuiseo de la Laguna</i>	1579	1545	Michoa- cán	Terezequia	Pujamiento de sangre pútrida	X			I
<i>RG de Tiripitio</i>	1580	1545			Pestilencia		Sangre por nariz	No cura	I
<i>Cárdenas</i>	1570			Cocoliztli	Pestilencia		Daño al hígado, sangre por nariz	No en español- es	C

Nota. X: contiene datos; E: Español; I: Indígena; C: Criollo; L: Ladino.

Los cronistas que hicieron referencia en sus obras al cocoliztli fueron en total quince, de los cuales seis eran españoles, tres ladinos, tres indígenas y tres criollos. Pese a la diferencia de origen étnico, trece de ellos señalan a 1545 como año de la epidemia, con una duración de seis meses. Las zonas afectadas fueron México, Texcoco, Tlaxcala, Cholula, Xochimilco y Chalco; además, la enfermedad se presentó en dos pueblos del actual estado de Michoacán.

Por las crónicas de Pomar, Grijalba y Cárdenas, además de los *Anales*, podemos confirmar que la enfermedad fue nombrada por los indígenas del centro de la Nueva España como “cocoliztli”. Otro vocablo que se utilizó para designar al evento fue el purépecha “terezequía”. Ambos términos, no podemos afirmar si fue por el traductor o escribano de las obras, incluso, si fue la concepción que se le dio, fueron traducidos como “pestilencia o peste”. Dicho nombre fue entendido por la medicina galénica del siglo XVI como una enfermedad del aire y secundariamente del hombre, además de afectar a gran parte de la población; es decir, una enfermedad que se esparcía por el ambiente con carácter epidémico, como actualmente sería entendido (Betrán, 2006: 197; López Piñero, 2007: 236-237).

Junto al nombre que se le dio a la enfermedad, se encuentran rastros de los síntomas que provocaba en los enfermos. El primer rastro lo encontramos en la obra de Pomar, que si bien nos da datos acorde a la medicina de su época, se traducen como una enfermedad de sangre; entiéndase, una enfermedad que esta acompañada por el síntoma de sangrado. La RG de Cuiseo tiene un señalamiento parecido al de Pomar cuando refiere a que es de pujamiento de sangre, lo que entendemos como expulsión de sangre. Por último, Chimalpahin es claro al referir al evento como una enfermedad de sangre. Resumiendo, los tres cronistas nos refieren a que cocoliztli fue una enfermedad con sangrados. El término es muy ambiguo, pues no podríamos especificar qué tipos de sangrados; sin embargo, otros cronistas nos ayudan a especificarlo. El tipo de sangrado que tuvieron los enfermos de cocoliztli fue de boca y nariz; además de estar acompañados por calenturas.

Otro dato que obtuvimos de las Crónicas confirma que la enfermedad tuvo un gran impacto en la población indígena, ya que varios autores nos presentan el número de defunciones que ocurrieron en las localidades debido a la no existencia de terapéutica que la frenara. Por último, pudimos conocer que cocoliztli no fue una enfermedad solo de la población indígena, ya que Dávila Padilla señala que los españoles la sufrían en menor grado, dato que nos permite inferir el porqué Sahagún, pese a haber adolecido de cocoliztli, tuvo una exitosa recuperación.

Conclusión

En este capítulo hemos presentado la información que nos pudiera ser de utilidad para aproximarnos a la concepción que los titico hicieron de la enfermedad ocurrida en 1545. Podrá sorprendernos la poca información recopilada, especialmente cuando hemos hecho mención de numerosos documentos en el apartado “Fuentes de información”, que, en principio, podrían habernos adentrado a la cosmovisión de los médicos indígenas y luego no han contenido esa información esperada. Desconocemos las razones por las cuales estos textos o no mencionan el evento o lo relatan de una forma que, para esta investigación, no es relevante.

Si bien son pocas las referencias, el conceptualizarlas como “excepcional-normal” nos permitió obtener aún más información de lo que se narra en pocas líneas. Por parte de las Crónicas, Relaciones Geográficas y obras médicas, hemos tenido una visión, incluso recreación del evento. Las voces de españoles y mestizos, incluso indígenas, nos adentraron a una sociedad en caos por los estragos que vivían debido a una enfermedad desconocida. Mientras que los Códices pusieron frente a nuestros ojos un sistema de escritura que nos permitió observar los efectos de la enfermedad en los afectados. En conjunto, los documentos excepcionales normales no solo por la información, también por la recreación del evento que nos permiten tener, nos cantan las percepciones de personas que, sin importar su etnia, se unieron ante una enfermedad que los asombró y desconcertó, y que al día de hoy, nos permite contar una historia sobre la enfermedad.

En el siguiente capítulo serán presentadas las conclusiones generales, con lo que cerramos esta investigación sobre la aproximación a lo concebido como cocoliztli, que no puede, aunque queramos, atribuirse solo a españoles o indígenas, ya que, por la información representada y cantada, sabemos que fue una enfermedad que afectó a todos los habitantes novohispanos.

Capítulo 5. Conclusiones

Códices y Crónicas. Glifos y canciones para la reconstrucción del cocoliztli de 1545 en la Nueva España

Era pues un padecimiento hemorrágico, cuya naturaleza no será fácil definir
(Fernando Ocaranza, *Historia de la medicina en México*)

Las palabras de Fernando Ocaranza no nos son extrañas, ya que podemos decir que tiene razón absoluta. Si nos hubiéramos enfocado en conocer la naturaleza de cocoliztli, entendida “naturaleza” como la entidad nosológica de la enfermedad, sí tendríamos problemas para conocerla, pues, como mencionamos en el apartado sobre el marco teórico de nuestra investigación, hubiéramos intentado llevar a cabo, un diagnóstico retrospectivo con el que nos saltaríamos las reglas de la biología y de la historia, al considerar a la enfermedad como una entidad que no cambia a través del tiempo. Además, pasaríamos por alto que las enfermedades, son eventos nuevos en cada sociedad que se presentan, por lo que merecen un estudio particular, ya que las causas (sociales, biológicas y culturales) que propician su aparición o expresión en la población, son únicas.

Ahora bien, si repensamos la frase de Ocaranza desde nuestro punto de partida, el cual fue la aproximación al diagnóstico (volvamos a mencionar que con este término nos referimos a las relaciones entabladas entre los pacientes y practicantes que construyen una enfermedad en base a su cosmogonía) del cocoliztli propuesta por los titici, podríamos debatirla. A diferencia de lo que ocurre al adoptar un punto exclusivamente biológico, esta investigación se adentró tanto en la sociedad novohispana como en las mentes de los practicantes médicos desde una perspectiva histórica y epistemológica, ya que a lo que nos hemos querido acercar es a la creación de conocimiento, siendo más específicos, a la creación de la entidad de una enfermedad. Teniendo en mente esto, podemos señalar que no ha sido tan difícil el aproximarnos a la concepción que titici, nahuas, españoles y mestizos, realizaron sobre el cocoliztli.

Para justificar lo anterior, presentaremos la reconstrucción del cocoliztli que hemos realizado a partir de la información proveniente de códices y crónicas. En otras palabras, y ya que estamos investigando un tema indígena novohispano, digamos que para reconstruir la concepción de

cocoliztli, iremos cantando las imágenes que pudimos identificar en los códices, para así narrar la historia de una de las enfermedades más enigmáticas de la historia de la medicina mexicana.

La construcción de la narración se basa en los elementos compartidos entre los códices, los cuales fueron el año de inicio de la enfermedad, el nombre con el que se le conoció, la zona geográfica que representa cada códice, la mortandad y el síntoma del sangrado. Posteriormente, como se recordará, hemos buscado información en las crónicas y en las obras médicas que se relacionaran con los elementos reflejados en los códices.

A modo de simplificar la información que fue mencionada en el capítulo anterior, en la siguiente tabla presentamos los elementos de los códices y las crónicas que refieren al mismo.

Tabla 5.1 Elementos de Códices indígenas y Crónicas novohispanas

Caracs. Códices/ Cronista	Año/Tiempo	Enfermedad/Cocoliztli	Zona	Mortandad	Sangrado
Fray Betanzos	X		X	X	
Don Enriquez	X		X	X	
Fray Sahagún			X	X	X
Pomar		X	X		X
Muñoz Camargo	X		X	X	
Fray Dávila Padilla	X			X	
Fray Mendieta				X	X
De Herrera	X		X		
Anales San Gregorio		X			X
Chimalpahin			X	X	X
Fray Torquemada	X				
Fray Grijalba		X		X	
RG de Cuiseo de la Laguna			X	X	
RG de Tiripitio					X
Cárdenas		X			

La historia que hemos de contar inicia en la Nueva España en el año de 1545, cuando una enfermedad se hizo sentir entre la población por un tiempo de entre cinco y seis meses. La enfermedad recibió dos nombres, cada uno acuñado por los dos bandos de la etapa colonial. Por parte de los aztecas, entre los que se encontraban los titici, al evento se le llamó “cocoliztli”, vocablo náhuatl que refiere a “enfermedad”; por el otro lado, los españoles le nombraron “pestilencia”, término que refería a enfermedad que se esparce por el aire y afecta a gran parte

de la población, de ahí los adjetivos “grande y universal” que los cronistas anotaron en sus narraciones (Betrán, 2006; López, 2007).

Los registros que hacen referencia al cocoliztli o pestilencia señalan que se presentó en los pueblos de Texcoco, Tepechpan, Tlaxcala, Cholula, Xochimilco, Chalco, y la ciudad de México, todos localizados en el área centro de la Nueva España, además de dos poblados en el actual estado de Michoacán, que fueron Tiripirio y Cuiseo de la Laguna. Creemos que los mismos autores de los documentos que mencionan al cocoliztli y señalan que afectó a toda la Nueva España se basaron en que, para la época, los pueblos del área central contaban con la mayor concentración poblacional, por lo que generalizaron los alcances de la enfermedad a toda la zona geográfica que cubría la colonia de ultramar. Sin embargo, por la escasez de documentos, no podemos asegurar que, en efecto, afectara a todos los asentamientos humanos que conformaban a la Nueva España.

Esta enfermedad produjo una gran mortandad entre la población indígena, lo cual ha llegado hasta nosotros por la representación de bultos funerarios en el código Telleriano y que es acompañada por una leyenda enfatizando las defunciones. Para tener datos más precisos de cómo se ensañó la enfermedad con la población indígena, diversas crónicas presentan el número de defunciones por poblados, e incluso mencionan que la alta mortandad se debió, entre otras cosas, a que no se contaba con una terapéutica que parara la enfermedad. Si bien la población nativa fue la que padeció con mayor rigor, por los relatos de Sahagún y Dávila sabemos que el cocoliztli también afectó a españoles, aunque sin pérdidas humanas o quizá con muchas menos, hasta el punto de no consignarse o crear en otros testimonios la verosimilitud de la no afectación absoluta de los españoles.

Por último, gracias al código Aubin, inferimos que los pictogramas de los códigos indígenas que detallan a un indígena con gotas de sangre a nivel facial, refieren a sangrado nasal. Esta descripción se complementa con información de las crónicas de Pomar, Chimalpahin y la relación de Cuiseo de la Laguna, en las que se hace mención de una pestilencia con sangrado. Al unir ambas versiones, sabemos que el cocoliztli tuvo como síntomas característicos sangrados nasales, sangrados orales y fiebre.

La historia que acabamos de narrar tiene puntos que implican un mayor desarrollo. El primer punto refiere a vocablos y conceptos. La historia de la medicina ha mantenido que el vocablo

“cocoliztli” refiere a “enfermedad, pestilencia”. Como vimos anteriormente, tanto indígenas como españoles nombraron al evento con sus propios referentes culturales, solo que en la actualidad, dejamos de diferenciarlos y, lo que en un tiempo fue la etiqueta con la que identificaban el evento dependiendo el grupo poblacional, lo hemos convertido en sinónimo. Esta idea la sustentamos partiendo de las narraciones de los documentos consultados, en los que se aprecia que la sociedad indígena observó y nombró a un evento con el vocablo genérico de enfermedad, posiblemente porque se enfrentó a un evento biológico desconocido y decidió nombrarlo de manera “simple”; por otra parte, los españoles y mestizos nombraron al evento con un vocablo que refería a una enfermedad caracterizada por su gran impacto poblacional. Si los nahuas hubieran referido al contagio o propagación de una enfermedad al momento de nombrar el evento, tal y como lo hicieron los españoles, sus narraciones estarían acompañados por el verbo *mahua (nite)* o le hubieran atribuido la causa al dios Tláloc (López, 1996: 404), datos de los que carecen las fuentes consultadas. En resumen, actualmente empleamos dos vocablos como sinónimos, sin considerar su contexto original, en el que referían a ideas y conceptos diferentes; eso ha llevado a tener serios problemas para estudiar el cocoliztli de 1545.

El segundo punto que se desprende de la historia refiere al objetivo de esta investigación, o la aproximación a lo que los titici concibieron como cocoliztli. Hemos mencionado que los síntomas del cocoliztli fueron el sangrado nasal, sangrado oral, y fiebre. Para inferir los síntomas, tuvimos que emplear la hermenéutica pluritópica o pluritemática, añadida al giro retórico, la cual refiere a las interacciones de conocimiento y entendimiento que reflejan el proceso de construir (poner en orden) la porción del mundo que queremos conocer (Mignolo, 1995: 15). Estas formas nos hicieron identificar momentos de tensión entre dos historias y conocimientos locales representados en dos grupos, uno de ellos representa a los españoles, que fue el que impuso tanto su historia, como sus formas de narración y creación de conocimiento, mientras que el otro grupo o sector, el indígena, tuvo que acomodar su historia, narración y episteme al modo del vencedor (Mignolo, 2003: 78). Lo que obtuvimos en cuanto a síntomas corresponde tanto a indígenas como a novohispanos. Para el caso indígena, los síntomas de cocoliztli corresponden al tipo de diagnóstico que se propondrían los titici al basarse en la Ticiotl, ya que tenemos un grupo de síntomas o signos agrupados, con causas varias, las cuales no hemos podido inferir por ausencia de información (Viesca, 2013: Viesca et al., 1999; Estrella, 1992; Ocaranza, 2011).

Por otro lado, tenemos una concepción mestiza de una enfermedad ocurrida en la época de contacto. Lo que queremos señalar es que nos empeñamos en identificar los símbolos de los

titici en los documentos consultados para así conocer la enfermedad, pero lo que obtuvimos fueron los símbolos de una enfermedad que habían sido creados por una sociedad colonial. Es decir, analizamos los símbolos indígenas y obtuvimos una enfermedad, mientras que al analizar los símbolos españoles, nos topamos con un evento que denotaba mortandad. En el momento que dejamos de separar los símbolos por grupos sociales para analizarlos en un contexto colonial y mestizo, nos topamos con una enfermedad caracterizada por sangrado nasal y oral, junto con fiebre, que afectó a la población novohispana. En otras palabras, los símbolos de unos y otros se fundieron en aquellos que se habían formado como mestizos y quienes nos describen al cocoliztli en cuanto a su concepción, y así debemos entender a la enfermedad, como una mezcla de cuerpos médicos que, por el contexto colonial y de conquista en el que se presentó, es tanto indígena como novohispana.

Como conclusión final señalaremos que esta es solo una de las muchas historias que aún se pueden desprender del estudio del cocoliztli de 1545. No es nuestra intención, ni mucho menos, rechazar los estudios biológicos que se pretendan realizar para la enfermedad, solo pedimos que consideren que las enfermedades no son solo entidades biológicas, también son entidades socioculturales. Además, quien se aventure a investigar esta enfermedad, debe considerar seriamente que el usar como referente las narraciones pertenecientes a otros eventos con el mismo nombre, no siempre suele dar buenos resultados, pues hacen referencia a concepciones de enfermedad y eventos diferentes no solo por la sociedad que las concibe, también porque biológicamente son enfermedades diferentes.

Bibliografía

Fuentes Primarias

Anónimo de 1520-1606 (1952). "Anales de San Gregorio Acapulco" paleografía y traducción de Byron McAfee, Robert H. Barlow y Fernando Horcasitas. **Tlalocan**; 2(III): 103-141.

Betanzos, Fray Domingo de (1858-1866). "Carta de Fray Domingo de Betanzos, , Tepetlaoztoc, Nueva España a 11 de septiembre de 1545", en García Icazbalceta, Joaquín. **Colección de documentos para la historia de México: versión actualizada/ publicada por Joaquín García Icazbalceta**. México: Antigua Librería Porrúa.

Bravo, Francisco (1570). "Libro primero en el que se trata copiosamente de la enfermedad (llamada comúnmente Tabardillo) que anda entre el vulgo por esta provincia mexicana", en Bravo, Francisco. **Opera Medicinalia**. Imprenta de Pedro Ocharte, México.

Cárdenas, Juan de (1913). **Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias, (1591). Impreso en casa de Pedro Ocharte, México**. Imprenta del Museo Nacional de Arqueología, Historia y Etnología, México.

(2008). **Cartas de Indias** (1º ed. 1877). Ed. Miguel Ángel Porrúa, México.

Chimalpahin Cuauhtlehuanitzin, Don Francisco de San Antón Muñón (1982). **Relaciones originales de Chalco Amaquemecan**. Fondo de Cultura Económica, México.

(2012). "Códice en Cruz". **Arqueología Mexicana**, 19 (114): 18-19. Disponible en <http://www.arqueomex.com/S2N3nCODICE114.html> [2016, 17 de Abril].

Códice Telleriano Remensis, [en línea]. México: Pueblos Originarios. Escritura y Simbología. Disponible en: <http://pueblosoriginarios.com/meso/valle/azteca/codices/telleriano/telleriano.html> [2015, 15 de diciembre].

Dávila Padilla, Agustín (1955). **Historia de la fundación y discurso de la provincia de Santiago de México de la Orden de Predicadores, por las vidas de sus varones insignes, y**

casos notables de Nueva España, 2da edición (1625) (1ra ed. 1596, Madrid, casa de Pedro Madrigal). México: Editorial Academia Literaria.

Dibble, Charles (1942). **Códice en Cruz.** México.

- (1963). **Códice de 1576, Códice Aubin.** Madrid: Ediciones José Porrúa Turanzas.

Enriquez, Don Martin (2008). "Carta del virey de la Nueva España Don Martin Enriquez al Rey Don Felipe II, dándole cuenta de la ejecución de diferentes órdenes que se le habían comunicado y de otros varios asuntos.-Mexico, 31 de octubre de 1576" en Ministerio de Fomento. **Cartas de Indias** (1º ed. 1877). Ed. Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 323-334.

Grijalba, Juan de (1926). **Crónica de la orden de N.P.S. Agustín en las provincias de la Nueva España.** Imprenta Victoria.

Herrera, Antonio de (1726). **Historia general de los hechos de los castellanos en las Islas y Tierra Firme del Mar Oceano. Vol. IV.** Madrid: Oficina Real de Nicolás Rodríguez Franco.

Horcasitas, Fernando (ed.) (1978). **Tira de Tepechpan. Códice colonial procedente del Valle de México, Primera parte Estudio del códice.** Biblioteca Enciclopédica del Estado de México, México.

Mendieta, fray Gerónimo de (1870). **Historia eclesiástica indiana.** México: Antigua librería.

Mengin, Ernest (1952). Commentaire du Codex mexicanus n° 23-24 de la Bibliothèque de Paris. **Journal de la Société des Américanistes**; 41 (2): 387-498.

Muñoz Camargo, Diego (1892). **Historia de Tlaxcala. Anotaciones de Alfredo Chavero.** Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, México.

Noguez, Xavier (ed.) (1978). **Tira de Tepechpan. Códice colonial procedente del Valle de México. Primera Parte-Estudio del Códice.** México: Biblioteca Enciclopédica del Estado de México.

Pomar y Zurita, Juan Bautista (1891). **Pomar (1582). Relación de Tezcoco. Breve relación de los señores de la Nueva España. Nueva Colección de Documentos para la Historia de México. Tomo III, Siglo XVI.** México.

Sahagún, Fr. Bernardino de (1979). **Historia general de las cosas de Nueva España.** Edición de Garibay K., Ángel María. Ed. Porrúa, México.

- (2011). **Historia General de las Cosas de la Nueva España, Tomo I.** Editorial Linkgua, Barcelona.
- (2011b). **Historia General de las Cosas de la Nueva España, Tomo II.** Editorial Linkgua, Barcelona.

Torquemada, Juan de (1975). **Monarquía Indiana. Volumen II.** UNAM-Instituto de Investigaciones Históricas, México.

Fuentes secundarias

Abrams, H. León Jr. (1973). "Comentario sobre la sección colonial del Códice Telleriano-Remensis". **Anales del Museo Nacional de México**; 3: 139-176.

Acuña, René (1984). **Relaciones geográficas del siglo XVI: Antequera**. México: UNAM.

- (1987). **Relaciones geográficas del siglo XVI: Michoacán**. México: UNAM.
- (1988). **Relaciones geográficas del siglo XVI: Nueva Galicia**. México: UNAM.

Acuña-Soto R.; Calderon R., L.; y J. H. Maguire (2000). "Large epidemic of hemorrhagic fevers in Mexico 1545-1815". **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**. 62 (6): 733-739.

Acuña-Soto, R.; Stahle, D.W.; Cleaveland, M. K., y M., D. Therrell (2002). "Megadrought and megadeath in 16th century Mexico", **Revista Biomédica**. 13: 289-292.

Acuña-Soto, R.; Stahle, D. W.; Therrell, M. D.; Griffin, R. D., y M. K. Cleaveland (2004). "When half of the population died: the epidemic of hemorrhagic fevers of 1576 in Mexico". **FEMS Microbiology Letters**. 240: 1-5.

Acuña-Soto R., Stahle, D. W., Therrell, M. D., Gomez C. S., y M. K. Cleaveland (2005). "Drought, epidemic disease, and the fall of classic period cultures in Mesoamerica (AD 750-950). Hemorrhagic fevers as a cause of massive population loss". **Medical Hypotheses**. 65: 405-409.

Acuña-Soto R., Stahle D. W., Therrell M. D., y Villanueva, J. (2008). "Drought, epidemic disease, and massive population loss: 1000 years of record in Mexico". En Relman, D. A., Hamburg, M. A., Choffness, E. R., y Mack, A. (ed.). **Global climate change and extreme weather events. Understanding the contributions to infectious disease emergence** (pp 183-192). United States of America: The National Academies Press.

Afanador Llach, María José (2011). "Nombrar y representar: escritura y naturaleza en el Códice de la Cruz-Badiano". **Fronteras de la Historia**, 16(1): 13-41.

Aguilar Moreno, Manuel (2009). "The Indio Ladino as cultural mediator in the colonial society". **Estudios de Cultura Náhuatl**; 33: 149-184.

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1963). **Medicina y Magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial.** Instituto Nacional Indigenista, México.

- (1994). **Obra Antropológica XIII. Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México.** Fondo de Cultura Económica, México.

Alberro, Solanhe (1994). "La aculturación de los españoles en la América colonial" en Bernard, Carmen (comp.) **Descubrimiento, conquista y colonización de América a quinientos años.** Fondo de Cultura Económica, México; pp. 249-265.

Alcina Franch, José (1988). **El descubrimiento científico de América.** España: Anthropos Editorial del hombre.

Álvarez, Matías (2014). "Las plantas psicotrópicas americanas en la obra de Juan de Cárdenas. Nueva España, 1591". **Fronteras de la Historia.** 19(2): 14-36.

Álvarez Peláez, Raquel (1992). "La medicina en las relaciones de Indias" en López Piñero, José M. (coord.). **Viejo y Nuevo Continente. La medicina en el encuentro de dos mundos.** Laboratorios Beecham, S.A., España. Pp. 119-139.

Anrubia, Enrique (2003). "Tierra de nadie, tierra con alguien: Hermenéutica del cuidado y la alteridad" en Anrubia, Enrique (ed.). **Cartografía cultural de la enfermedad. Ensayos desde las ciencias humanas y sociales.** Monografías de Ciencias Sociales y de la Comunicación, España; pp. 81-112.

Anzures y Bolaños, Ma. Del Carmen (1981). **La medicina tradicional mexicana.** Secretaría de Educación Pública, México.

- (1983). **La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos.** Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Aranibar Zerpa, Carlos (1963). "Algunos problemas heurísticos en las crónicas de los siglos XVI-XVII". **Nueva Crónica;** 1: 102-135.

Arnold, David (2001). **La Naturaleza como Problema Histórico. El medio, la cultura y la Expansión de Europa**. Fondo de Cultura Económica, México.

Arrizabalaga, Jon (1988). "Medicina universitaria y Morbus Gallicus en la Italia de finales del siglo XV: el arquiatra pontificio Gaspar Torrella (c. 1452-c. 1520)". **Asclepio**. XL (1): 3-38.

- (1999). "Medical causes of death in preindustrial Europe: Some historiographic considerations". **Journal of the History of Medicine**. 54: 241-260.
- (2002). "Problematizing retrospective diagnosis in the history of disease". **Asclepio**; LIV (1): 51-70.

Banks, Caroline G. (1992). "Culture in culture-bound síndromes: the case of anorexia nervosa". **Social Science and Medicine**. 34(8): 867-884.

Batalla Rosado, Juan José (2005). "Códices indianos del siglo XVI. La pervivencia de la escritura indígena tradicional", en **IV Jornadas Científicas sobre documentación de Castilla e Indias en el siglo XVI**. Madrid: Dpto. de Ciencias y Técnicas Historiográficas/Universidad Complutense de Madrid; pp. 11-24.

Baudot, Georges (1983). **La vida cotidiana en la América Española en tiempos de Felipe II. Siglo XVI**. Fondo de Cultura Económica, México.

- (1997). "Los franciscanos etnógrafos". **Estudios de Cultura Náhuatl**. 27: 275-307.
- (2004). **Pervivencia del mundo azteca en el México virreinal**. México: UNAM.

Betrán Moya, José Luis (2006). **Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)**. La Esfera de los Libros, España.

Boone, Elizabeth Hill (2000). **Stories in Red and Black: Pictorial histories of the aztecs and mixtecs**. University of Texas Press, USA.

Boone, Elizabeth Hill & Mignolo, Walter (eds.) (1994). **Writing without words. Alternative literacies in Mesoamerica & the Andes**. Duke University Press, EUA.

Bouchard, Gérard (2003). **Génesis de las naciones y culturas del Nuevo Mundo. Ensayo de historia comparada**. Fondo de Cultura Económica, México.

Brendecke, Arndt. (2012). **Impero e información. Funciones del saber en el dominio colonial español**. Iberoamericana/Vervuert, Madrid/Frankfurt.

Buenrostro, Marco & Barros, Cristina (2001). **La cocina prehispánica y colonial**. Ed. Tercer Milenio, México.

Campos Díez, María Soledad (1996). "El Protomedicato en la administración central de la Monarquía Hispánica", **DYNAMIS**; 16: 43-58.

Campos Navarro, Roberto y Adriana Ruiz Llanos (2001). "Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España". **Gaceta Médica de México**, 137(6): 595-608.

Cañizares Esguerra, Jorge (2008). **Católicos y puritanos en la colonización de América**. Marcial Pons, Madrid.

Calnek, Edward E. (1978). "The Analysis of Prehispanic Central Mexican Historical Texts", **Estudios de Cultura Náhuatl**; 13: 239-266.

Cárdenas de la Peña, Enrique (1992). "Intersección de 2 culturas" en Cárdenas de la Peña, Enrique (coord.). **Temas médicos de la Nueva España**. Instituto Cultural Domeq, A.C., México; pp. 279-294.

Commons, Aurea y Vázquez, Elena (1990). "Extensión del territorio de la Nueva España. Aspectos geográficos" en Aguirre Beltrán, Gonzalo y Moreno de los Arcos, Roberto (coord.). **Historia General de la Medicina en México. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI**. Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, México; pp. 5-12.

- (1990b). "Organización política del espacio en Nueva España (1527-1833)" en Aguirre Beltrán, Gonzalo y Moreno de los Arcos, Roberto (coord.). **Historia General de la Medicina en México. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI**. Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, México; pp. 30-34.

Conrad, Peter y Barker, Kristin K. (2010). "The social construction of illness: Key insights and policy implications", **Journal of Health and Social Behavior**, 51: 67-79.

Cook, N. D. (1999). **Born to die. Disease and New World conquest, 1492-1650**. Cambridge University Press, United States of America.

- (2005). **La conquista biológica: Las enfermedades en el Nuevo Mundo, 1492-1650**. Siglo XXI de España Editores, Madrid.

Cook, N. D., y W.G. Lovell (1991). "Unraveling the web of disease", en Cook, N. D., y W.G. Lovell (ed.). **Secret judgements of God. Old world disease in colonial Spanish América**. University of Oklahoma Press, United States of America, pp. 213-242.

Cordero del Campillo, M. (2001). "Las grandes epidemias en la América Colonial", **Archivos de Zootecnia**, 50: 597-612.

Coulehan, John L. (1991). "The Word is an instrument of healing". **Literature and Medicine**. 10: 111-129.

Crosby, Alfred W. (2009). **Ecological Imperialism. The Biological Expansion of Europe, 900-1900**. Cambridge University Press, USA.

Cunningham, Andrew (1991). "La transformación de la peste: El laboratorio y la identidad de las enfermedades infecciosas". **DYNAMIS**. 11: 27-71.

- (2002). "Identifying disease in the past: cutting the gordian knot". **Asclepio**, LIV (1): 13-34.

Cuenya M., M.A. (1997). "Alrededor de una vieja polémica: algunos comentarios en torno al Matlazahuatl", **Elementos**, 25(4): 25-29.

Curiel Monteagudo, J.L. (2007). **La mesa de Hernán Cortés**. Editorial Porrúa, México.

Diamond, Jared (2004). **Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad en los últimos trece mil años**. Debate, España.

Diccionario de Historia Cultural de la Iglesia en América Latina (DHCIAL). (2015, 7 de agosto). Disponible en:

http://www.enciclopedicohistcultiglesiaal.org/diccionario/index.php/MUÑOZ_CAMARGO_Diego

[2016, 13 de enero].

Dobyns, H. F. (1993). "Disease transfer at contact", **Annual Review of Anthropology**, 22: 273-291.

Durán, Ángeles (1988). "Introducción", en Cárdenas, Juan de. **Problemas y secretos maravillosos de las Indias**. Alianza Editorial, Madrid.

Estrella, Eduardo (1992). "Los sistemas médicos precolombinos" en López Piñero, José M. (coord.). **Viejo y Nuevo Continente. La medicina en el encuentro de dos mundos**. Laboratorios Beecham, S.A., España. Pp. 13-33.

Elliot, John H. (2011). **El Viejo Mundo y el Nuevo, 1492-1650**. El libro de bolsillo, Historia, Alianza Editorial; España.

Fabrega, Horacio Jr. (1975). "The need for an ethnomedical science". **Science**. 189: 969-975.

Fernández Doctor, Asunción (1996). "El control de las profesiones sanitarias en Aragón: el Protomedicato y los Colegios". **DYNAMIS**, 16: 173-185.

Flores y Escalante, Jesús (2003). **Breve Historia de la Comida Mexicana**. Editorial DeBolsillo, México.

Fresquet Febrer, José Luis (1992). "Los inicios de la asimilación de la materia médica americana por la terapéutica europea" en López Piñero, José M. (coord.). **Viejo y Nuevo Continente. La medicina en el encuentro de dos mundos**. Laboratorios Beecham, S.A., España. Pp. 281-307.

- (2002). "La práctica médica en los textos quirúrgicos españoles en el siglo XVI". **DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.** 22: 251-277.

García Ballester, Luis (1982). "Arnau de Vilanova (c.1240-1311) y la reforma de los estudios médicos en Montpellier (1309): El Hipocratismo latino y la introducción del nuevo Galeno". **DYNAMIS**; 2:97-158.

- (1984). **Los moriscos y la medicina**. Labor Universitaria, España.

- (2002). "Artifex factivus sanitatis: health and medical care in medieval Latin Galenism", en García Ballester, Luis. **Galen and Galenism. Theory and medical practice from antiquity to the European Renaissance**. Aldershot, Great Britain.

García Icazbalceta, Joaquín (1891). "Introducción" en Pomar y Zurita, Juan Bautista (1891). **Relación de Tezcoco. Nueva Colección de Documentos para la Historia de México. Tomo III, Siglo XVI**. México; pp. VII-XLV.

Garibay K. Ángel María (1979). "Proemio General" en Sahagún, Fr. Bernardino de. **Historia general de las cosas de Nueva España**. Edición de Garibay K., Ángel María. Ed. Porrúa, México; pp. 1-14.

Gimmel, Millie (2008). "Hacia una reconsideración del Códice de la Cruz Badiano: nuevas propuestas para el estudio de la medicina indígena en el periodo colonial". **Colonial Latin American Review**, 17(2): 273-283).

Gonzalez, Jean-Paul; Guiserix, Micheline; Sauvage, Frank; Guittin, Jean-Sébastien; Vidal, Pierre, Bahi-Jaber, Nargès; Louzir, Hechmi; y Pontier, Dominique (2010). "Pathocenosis: A holistic approach to Disease Ecology". **EcoHealth**. 7: 237-241.

Good, Byron J. (1977). "The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran". **Culture, Medicine and Psychiatry**. 1: 25-58.

Granjel, Luis S. (1974). **El ejercicio medico y otros capítulos de la medicina española**. Instituto de Historia de la Medicina Española-Universidad de Salamanca, Salamanca.

- (1980). **Historia General de la Medicina Española. Tomo II, La Medicina Renacentista**. Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca.

Granjel, Luis S., y Riera Palmero, Juan (1973). "Medicina y sociedad en la España Renacentista" en Laín Entralgo, Pedro (dir.). **Historia Universal de la Medicina. Tomo IV Medicina Moderna**. Salvat Editores, España; pp. 181-190.

Gruzinski, Serge (1994). "Las repercusiones de la conquista: la experiencia novohispana" en Bernard, Carmen (comp.). **Descubrimiento, conquista y colonización de América a quinientos años**. Fondo de Cultura Económica, México; pp. 148-171.

Grmek Drazen, Mirko (1963). "Géographie médicale et histoire des civilisations". **Annales. Economies, Sociétés. Civilisations**. 18e année. 6: 1071-1097.

- (1969). "Préliminaires d'une étude historique des maladies". **Annales. Économies. Sociétés. Civilisations**. 24e année, 6: 1473-1483.

- (1995). "Declin et emergence des maladies". **História, Ciências, Saúde- Manguinbos**, II (2): 9-32.

Good, Byron J. (1994). **Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective**. Cambridge University Press, Great Britain.

Guerra, Francisco (1973b). "Medicina Americana. La medicina colonial en Hispanoamérica" en Laín Entralgo, Pedro (dir.). **Historia Universal de la Medicina. Tomo IV Medicina Moderna**. Salvat Editores, España; pp. 346-356.

Guevara Flores, Sandra Elena. (2011). **Estudio Paleoepidemiológico aplicado a la aproximación de Matlazahuatl como tifo exantemático**. Tesis de licenciatura. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Harley, David (1999). "Rhetoric and the social construction of sickness and healing". **Social History of Medicina**; 12(3): 407-435.

Harley Warner, John (1995). "The History of Science and the Science of Medicine". **Osiris**. 10: 164-193.

Hernández Rodríguez, Rosaura (1982). "Epidemias novohispanas durante el s. XVI", en Florescano, E. y E. Malvido (comp.) **Ensayos sobre la historia de las epidemias en México**. IMSS, México: 215-231.

Hernández Sáenz, Luz María y Foster, George M (2001). "Curers and their cures in colonial New Spain and Guatemala: The spanish component" en Huber, Brad R. y Alan R. Sandstrom (eds.). **Mesoamerican healers**. University of Texas Press, USA; pp. 19-46.

Hofmann, Bjorn (2001). "Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks". **Theoretical Medicine**; 22: 211-236.

Hucklenbroich, Peter (2014). "Disease entity as the key theoretical concept of medicine". **Journal of Medicine and Philosophy**. 39: 609-633.

Jeffers, Clara R. (2011). **Crónicas americanas en la Biblioteca Histórica "Marques de Valdecilla"** (Tesis de Maestría). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Jiménez Villalba, Félix (1996). "La Monarquía Indiana de Fray Juan de Torquemada y la historia pre-azteca del Valle de México". **Anales del Museo de América**; 4: 39-54.

Juárez López, José Luis (2000). **La lenta emergencia de la comida mexicana, ambigüedades criollas 1750-1800**. Ed. Porrúa, México

Kingsborough, Edward King (ed.). (1831). **Antiquities of Mexico: Fac-Similes of ancient mexican paintings and hieroglyphics, Vol. VII**. Londres: Robert Havell

Klor de Alva, J. Jorge (1992). "El discurso nahua y la apropiación de lo europeo" en León-Portilla, Miguel; Gutiérrez Estévez, Manuel; Gossen H., Gary; Klor de Alva, Jorge (eds.) **De palabra y obra en el Nuevo Mundo. Tomo I. Imágenes interétnicas**. Siglo XXI de España Editores, Madrid; pp. 339-368.

Krause, Richard M. (1992). "The origin of plagues: Old and New". **Science**. 257: 1073-1078.

León-Portilla, Miguel (1997). "El Binomio oralidad y códigos en Mesoamérica". **Estudios de Cultura Náhuatl**; 27: 135-154.

Laín Entralgo, Pedro (1963). **Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea**, 2da edición. Editorial Científico-Médica, España.

- (1978). **Historia de la Medicina**. Salvat, España.

Lamar Prieto, Covadona (2006). "Narrativa novohispana del XVI: Un intento de clasificación", en Close, Anthony J. y Sandra María Fernández Vales (coord.). **Edad de Oro cantabrigense: actas del VII Congreso de la Asociación Internacional de Hispanistas del Siglo de Oro (Robinson College, Cambridge, 18-22 julio, 2005)**. AISO, Madrid; pp. 385-391.

Ledezma, Domingo (2009). "Historia natural y discurso idiosincrásico del Nuevo Mundo: Los *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*, del médico novohispano Juan de Cárdenas. **The Colorado Review of Hispanic Studies**, 7: 151-167.

León-Portilla, Ascensión H. De (1986). "Introducción" en Hernández, Francisco. **Antigüedades de la Nueva España**. Madrid. Historia 16; pp. 7-44.

León-Portilla, Miguel (1974). **La filosofía náhuatl**. Instituto de Investigaciones Históricas, México.

- (1976). **Culturas en Peligro**. México: Alianza Editorial Mexicana.
- (1980). "IV. Una categorización de la historiografía náhuatl y de la que a ésta siguió en el siglo XVI" en León-Portilla, Miguel. **Toltecatoytl. Aspectos de la cultura náhuatl**. Fondo de Cultura Económica, México
- (1983). **Los antiguos mexicanos a través de sus crónicas y cantares**. Fondo de Cultura Económica. México
- (1990). "Las comunidades mesoamericanas ante la institución de los hospitales para indios" en Aguirre Beltrán, Gonzalo y Moreno de los Arcos, Roberto (coord.). **Historia General de la Medicina en México. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI**. Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, México.
- (1997). "El Binomio oralidad y códices en Mesoamérica". **Estudios de Cultura Náhuatl**; 27: 135-154.
- (2000). **Fifteen poets of the Aztec World**. University of Oklahoma Press, USA.

León-Portilla, Miguel; Gutiérrez Estévez, Manuel; Gossen H., Gary; Klor de Alva, Jorge (eds.) (1992). **De palabra y obra en el Nuevo Mundo. Tomo I. Imágenes interétnicas**. Siglo XXI de España Editores, Madrid.

Le Roy Ladurie, Emmanuel (1981). **The Mind and Method of the Historian**. The University of Chicago Press, United States of America.

Lindermann, Mary (2001). **Medicina y sociedad en la Europa moderna, 1500-1800**. Siglo Veintiuno de España Editores, España.

Livi Bacci, Massimo (2003). "Las múltiples causas de la catástrofe: consideraciones teóricas y empíricas". **Revista de Indias**. LXIII (227): 31-48.

Lockhart, James (1992). **Los nahuas después de la Conquista. Historia social y cultural de la población indígena del México central, siglos XVI-XVII**. FCE, México.

Long, J. (coord.) (1996). **Conquista y Comida, consecuencias del encuentro de dos mundos**. UNAM, México.

López Austin, Alfredo (1967). "Cuarenta clases de magos del mundo náhuatl". **Estudios de Cultura Náhuatl**. Vol. 7: 87-117.

- (1973). "Saluciones a los enfermos en idioma náhuatl" en **Doctor Francisco Hernández del Castillo. 50 años de vida profesional**. Universidad Nacional Autónoma de México, México; pp. 91-104.

- (1995). "Equilibrio y desequilibrio del cuerpo humano. Las concepciones de los antiguos nahuas" en Fresquet Febrer, J.L y López Piñero, J.M. (eds.) (1995). **El mestizaje cultural y la medicina novohispana del siglo XVI**. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia XLVIII-Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, Universitat de Valencia, Valencia; pp. 25-70.

- (1996). **Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas**. UNAM, México.

López, Juan (1968). "Notanda" en Tello, Antonio (1968). **Crónica miscelánea de la sancta provincia de Xalisco. Libro Segundo, Volumen I**. Guadalajara, México: Universidad de Jalisco-Instituto Jalisciense de Antropología e Historia-INAH; pp. XXVI- XCII.

López Piñero, José M. (1979). **Ciencia y tecnología en la sociedad española de los siglos XVI y XVII**. Editorial Labor, España.

- (1992). "El quinto centenario del descubrimiento de América y la Medicina" en López Piñero, José M. (coord.). **Viejo y Nuevo Continente. La medicina en el encuentro de dos mundos**. Laboratorios Beecham, S.A., España. Pp. 3-9.
- (1992b). "Tradición y renovación en la medicina española del renacimiento" en López Piñero, José M. (coord.). **Viejo y Nuevo Continente. La medicina en el encuentro de dos mundos**. Laboratorios Beecham, S.A., España. Pp. 35-88.
- (2007). **Medicina e Historia Natural en la sociedad Española de los siglos XVI y XVII**. Universitat de València, Valencia.

López Piñero, José María y Fresquet Febrer, José Luis (1995). "El mestizaje cultural de la medicina novohispana del siglo XVI y su influencia en Europa" en Fresquet Febrer, J.L y López Piñero, J.M. (eds.) (1995). **El mestizaje cultural y la medicina novohispana del siglo XVI**. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia XLVIII-Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, Universitat de Valencia, Valencia; pp. 9-23.

López Terrada, María Luz (1999). "La monarquía de Felipe II y el control de las profesiones y ocupaciones sanitarias" en Martínez Ruíz, Enrique (dir.). **Felipe II, la ciencia y la técnica**. Editorial Actas, Madrid; pp. 71-91.

- (2002a). "Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII", **DYNAMIS**; 22: 85-120.
- (2002b). "Los tribunales del Protomedicato y el Protomédico", en López Piñero, José María (dir.). **Historia de la ciencia y de la técnica en la Corona de Castilla. Tomo II, Siglos XVI y XVII**. Junta de Castilla y León, España; pp. 107-125.
- (2002c). "Médicos, cirujanos, boticarios y albéitares", en López Piñero, José María (dir.). **Historia de la ciencia y de la técnica en la Corona de Castilla. Tomo II, Siglos XVI y XVII**. Junta de Castilla y León, España; pp. 161-185.
- (2007b). "The control of medical practice under the Spanish Monarchy during the sixteenth and seventeenth centuries", en Navarro Brotóns, Víctor y William Eamon (eds.). **Más allá de la leyenda negra. España y la Revolución Científica**. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero, Universitat de Valencia, C.S.I.C., Valencia; pp. 283-294.
- (2007c). "El control de las prácticas médicas en la Monarquía Hispánica durante los siglos XVI y XVII: el caso de la Valencia foral". **Cuadernos de Historia de España**; 81: 91-112.

Malvido, Elsa (1982). "Cronología de epidemias y crisis agrícolas en la época colonial", en Florescano, Enrique y Elsa Malvido (comp.) **Ensayos sobre la Historia de las Epidemias en México**, IMSS, México.

- (1992). "¿El arca de Noé o la caja de Pandora? Suma y recopilación de pandemias, epidemias y endemias en Nueva España, 1519-1810", en Cardenas de la Peña, E. (ed.). **Temas médicos de la Nueva España**. Ed Creatividad y Diseño, México, pp. 45-87.

Malvido, Elsa. y Carlos Viesca (1985). "La epidemia de cocoliztli de 1576". **Historias**, nº 11. Dirección de Estudios Históricos del INAH, México. pp. 27-34.

Mandujano Sánchez,. Angélica; Camarillo Solache, Luis; y Mario A Mandujano (2003). "Historia de las epidemias en el México antiguo. Algunos aspectos biológicos y sociales". **Casa del Tiempo**, UNAM, México, pp. 9-21.

Márquez Morfín, Lourdes (1993). "La evolución cuantitativa de la población Novohispana: siglos XVI, XVII y XVIII", en **El poblamiento de México. Una visión histórico demográfico. Tomo II. El México Colonial**. Secretaria de Gobernación-Consejo Nacional de Población, México, pp. 36-63.

Marr, J.S., y J.B. Kiracofe (2000). "Was the Huey Cocoliztli a hemorrhagic fever?", **Medical History**, 44: 341-362.

Martínez Hernández, Gerardo (2011). "El primer impreso médico del Nuevo Mundo: la Opera Medicinalia del Doctor Francisco Bravo, 1570". **Intus-Legere Historia**, 5 (2): 69-87.

- (2014). **La medicina en la Nueva España. Consolidación de los modelos institucionales y académicos**. UNAM, México.

Martínez, José Luis (1980). "Gerónimo de Mendieta". **Estudios de Cultura Náhuatl**; 14: 131-196.

Martínez Hernández, Gerardo (2014). **La medicina en la Nueva España, siglos XVI y XVII**. UNAM: México.

Mayer, Jonathan D. (1994). "A reformed Medical Geography reconsidered". **Professional Geographer**. 46 (1): 103-106.

- (1996). "The political ecology of disease as one new focus for medical geography". **Progress in Human Geography**. 20(4): 441-456.

Memoria Chilena (MC) (s/f). "Antonio de Herrera y Tordesillas: Historia general de los hechos de los castellanos en las Islas y tierra firma del mar Océano".. Biblioteca Nacional de Chile. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-643.html>; [2016, 18 de enero].

Micheli-Serra, Alfredo de. (2001). "Médicos y medicina en la Nueva España del siglo XVI". **Gaceta Médica de México**. 137 (3): 257-263.

Miévelle, Jemima (2012). "Medical pluralism in central Mexico in the early colonial period". **Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía**. King's College London, UK.

Mignolo, Walter (1994). "Signs and their transmission: the question of the book in the New World en Boone, Elizabeth Hill & Mignolo, Walter (eds.). **Writing without words. Alternative literacies in Mesoamerica & the Andes**. Duke University Press, EUA; pp. 220-270.

- (1995). **The darker side of the Renaissance. Literacy, territoriality and colonization**. The University of Michigan Press, USA.
- (2003). **Historias locales/diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo**. Ediciones Akal, Madrid.

Millares Carlo, Agustín (1955). "Prólogo" en Dávila Padilla, Agustín. **Historia de la fundación y discurso de la provincia de Santiago de México de la Orden de Predicadores, por las vidas de sus varones insignes, y casos notables de Nueva España, 2da edición (1625) (1ra ed. 1596, Madrid, casa de Pedro Madrigal)**. Editorial Academia Literaria, México; pp. I-XXVII.

Mol, Annemarie y Lettinga, Ant (1992). "Bodies, impairments and the social constructed" en Lachmund, Jens and Stollberg, Gunnar (ed.). **The social construction of illness. Illness and medical knowledge in past and present**. Ed. Franz Steiner Verlag Stuttgart, Alemania; pp. 163-171.

Molina, Alonso de (1944). **Vocabulario en lengua castellana y mexicana**. Ediciones Cultura Hispánica, Madrid.

Moreau Ashburn, Percy & Frank Davis, Ashburn (1947). **The ranks of death. A medical history of the conquest of America**. Coward-McCann Inc, United States of America.

Muriel, Josefina (1956). **Hospitales de la Nueva España. Tomo I, Fundaciones del siglo XVI**. Publicaciones del Instituto de Historia, México.

Navarrete Linares, Federico (1997). "Medio siglo de explorar el universo de las fuentes nahuas: entre la historia, la literatura y el nacionalismo". **Estudios de Cultura Náhuatl**. 27:155-179.

Nettel Ross, Rosa Margarita (2007). "La despoblación del Occidente de México en el siglo XVI. ¿Exterminio o enfermedad?. En Reyes G, Juan Carlos (ed.) **Memoria. III Foro Colima y su región. Arqueología, Antropología e Historia**. Colima, México; Gobierno del Estado de Colima, Secretaría de Cultura: 1-8.

Ocaranza, Fernando (2011). **Historia de la Medicina en México**. Editorial Cien de México-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México.

Olagüe de Ros, Guillermo (2012). "Las enfermedades viajeras" en Boto R., C (ed.) **Historia, medicina y ciencia en los tiempos de los Virreinos**. Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid: 157-202.

Ortiz de Montellano, Bernardo R. (1984). "Los principios Rectores de la Medicina entre los Mexicanos. Etiología, diagnóstico y pronóstico" en López Austin, Alfredo; y Viesca Treviño, Carlos (coord.) **Historia General de la Medicina en México. Tomo I, México Antiguo**. Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, México; pp. 159- 170.

- (1993). **Medicina, salud y nutrición aztecas**. Siglo Veintiuno Editores, México.

Ortiz Gómez, Teresa (1996). "Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía". **DYNAMIS**; 16:109-120.

Pardo Tomás, José (2010). "Saberes y prácticas médicas en Nueva España. Textos, objetos e imágenes (siglos XVI y XVII). Una propuesta de investigación", en Macarrón, M.A.; Pardo-Tomás, J.; Montesinos, J. (coords.). **Ciencia y cultura entre dos mundos. Nueva España y Canarias como ejemplos de 'knowledge in transit'**. La Orotava, Fundación canaria Orotava de Historia de la Ciencia. Publicación electrónica: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/25436/1/Jose%20Pardo%20Tomas%282%29.pdf>

- Pardo Tomás, José (2012). "Opening bodies in a New World: Anatomical practices in sixteenth-century New Spain", en Olmi, Giuseppe y Claudia Pancino. *Anatome* (eds.). **Sezione, scomposizione, raffigurazione del corpo fra Medioevo e Etá Moderna**. Bononia University Press, Italia; pp. 185-200.
- (2013). "Communication and circulation of knowledge in the Franciscan convent and College of Tlatelolco, 1527-1577". **Quaderni storici**; 142: 21-42.
- (2014). "'Antiguamente vivían más sanos que ahora': Explanations of native mortality in the Relaciones Geográficas de Indias", en Slater, John; López-Terrada, Maríaluz y José Pardo-Tomás (ed.). **Medical Cultures of the early modern Spanish Empire**. England: Farnham; pp. 41-65.
- (2014b). "La medicina de la conversión: el convento como espacio de cultura médica novohispana", en Pardo-Tomás, José & Mauricio Sánchez Moreno (coord.) **Geografías médicas. Orillas y fronteras culturas de la medicina hispanoamericana (siglos XVI y XVII)**. México: UNAM-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; pp. 17-46.
- (2014c). "Pluralismo médico y medicina de la conversión: Fray Agustín Farfán y los agustinos en Nueva España, 1533-1610". **Hispania**; 248 (LXXIV): 749-776.
- (2017). "Hospital in Mexico City in the sixteenth century. Conversion medicine and the circulation of medical knowledge".

Perdiguero Gil, Enrique (1996). "Protomedicato y curanderismo". **DYNAMIS**; 16: 91-108.

- (2002). "Con medios humanos y divinos: la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII", **DYNAMIS**, 22: 121-150.

Pérez Tamayo, Ruy (1993). "El concepto de enfermedad antes y después de la conquista" en León-Portilla, Miguel (ed.) (1993). **Raíces Indígenas Presencia Hispánica**. México. El Colegio Nacional; pp. 549-570.

- (1998). **Enfermedades Viejas y Enfermedades Nuevas**. Siglo XXI editores, México.

Phelan, John L. (1972). **El reino milenario de los franciscanos en el Nuevo Mundo**. UNAM, México.

Poole, Stafford (2004). **Juan de Ovando: Governing the spanish empire in the reign of Philip II**. University of Oklahoma Press, Norman.

Prem, Hanns J. (1991). "Disease outbreaks in central Mexico during the sixteenth century", en Cook, Noble David & Lovell, George W. (eds.). **Secret judgements of God. Old world disease in colonial spanish America**. University of Oklahoma Press: Norman and London; USA. Pp. 20-48.

Ricard, Robert (1986). **La conquista espiritual de México: ensayo sobre el apostolado y los métodos misioneros de las órdenes mendicantes en la Nueva España de 1523-1524 a 1572**. FCE, México.

Riera Palmero, Juan (1991). "La medicina precolombina" en Riera, Juan (ed.) **La medicina en el descubrimiento**. Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones. Valladolid, Acta Histórico-Médica Vallisoletana XXXIV. Pp. 11-28.

Robelo, Cecilio A. (1912). **Diccionario de aztequismos o sea Catálogo de las palabras del idioma náhuatl, azteca o mexicano, introducidas al idioma castellano bajo diversas formas**. 2da edición. Imprenta del Museo Nacional de Arqueología, Historia y Etnología, México.

Rojo Vega, Anastasio (1993). **Enfermos y sanadores en la Castilla del siglo XVI**. Universidad de Valladolid, Salamanca.

Rosenberg, Charles E (1997). "Framing disease: Illness, society and history" en Rosenberg, Charles E., y Golden, Janet (ed.). **Framing Disease. Studies in cultural history**. Rutgers University Press, United States of America; pp. xiii-xxvi.

Sánchez T, Ma. C., y F. Guerra (1986). "Pestes y remedios en la conquista de América", **Estudios de historia social y económica de América**, 2: 51-58.

Sanfilippo B., José (1990). "Los tratamientos hipocrático-galénicos" en Aguirre Beltrán, Gonzalo y Moreno de los Arcos, Roberto (coord.). **Historia General de la Medicina en México. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI.** Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, México.

Schafer, Ernesto (1947). El Consejo Real y Supremos de las Indias. Publicaciones del Centro de Estudios de Historia de América (Universidad de Sevilla), Sevilla.

Serna, Justo y Pons, Analet (2002). "Formas de hacer microhistoria", en Cabrera, Miguel Ángel y McMahon, Marie (coords.). **La situación de la Historia. Ensayos de Historiografía.** Universidad de la Laguna, Tenerife; pp. 191-217.

Schendel, Gordon (1980). **La Medicina en México. De la Herbolaria Azteca a la Medicina Nuclear.** Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Siméon, Rémi (1991). **Diccionario de la lengua náhuatl o mexicana.** Editorial Siglo Veintiuno, México.

Siraisi, Nancy G. (1990). **Medieval & early Renaissance. An introduction to knowledge and practice.** The University of Chicago Press, USA.

Somolinos d'Ardois, German (1979). **El fenómeno de fusión cultural y su trascendencia médica (II). Capítulos de Historia Médica Mexicana.** Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México.

- (1982a). "Hallazgo del manuscrito sobre el cocoliztli, original del Dr. Francisco Hernández", en Florescano, E. y E. Malvido, **Ensayos sobre la historia de las epidemias en México.** Tomo I, IMSS, México, pp. 369-381.

- (1982b). "La epidemia de Cocoliztli de 1545 en un códice", en Florescano, E. y E. Malvido, **Ensayos sobre la historia de las epidemias en México.** Tomo I, IMSS, México, pp. 233-234.

- (1990). "La fusión indoeuropea en la medicina mexicana del siglo XVI" en Aguirre Beltrán, Gonzalo y Moreno de los Arcos, Roberto (coord.). **Historia General de la Medicina en México. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI.** Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, México.

- (1996). "Los impresos médicos mexicanos (1553-1618), en Fresquet Febrer, J.L. & López Piñero, J.M. (eds.). **El mestizaje cultural y la medicina novohispana del siglo XVI**. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia-Universitat de València-C.S.I.C., Valencia.

Somolinos Palencia, Juan (1987). "El encuentro de dos mundos y la paulatina transformación de sus ideas médicas" en Gojman I., Alicia (coord.). **El impacto del encuentro de dos mundos: memorias. 14 y 15 de octubre de 1987**. México. Asociación Mexicana de Amigos de la Universidad de Tel Aviv; pp. 80-89.

- (1992). "Summa médica de dos mundos" en Cárdenas de la Peña, Enrique (coord.). **Temas médicos de la Nueva España**. Instituto Cultural Domeq, A.C., México; pp. 415-428.

- (1993). "El sentido indagador de los médicos novohispanos" en **Contribuciones mexicanas al conocimiento médico**. Secretaría de Salud-Academia Nacional de Medicina-Fondo de Cultura Económica. México. Pp. 31-57.

Soustelle, Jacques (2003). **La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la conquista**. Fondo de Cultura Económica, México.

Staiano, Kathryn Vance (1992). "The semiotic perspective" en Lachmund, Jens and Stollberg, Gunnar (ed.). **The social construction of illness. Illness and medical knowledge in past and present**. Ed. Franz Steiner Verlag Stuttgart, Alemania; pp. 173-180.

Terrés, José (1913). "Introducción", en Cárdenas, Juan de (1591). **Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias, 2ª ed.** Impreso en casa de Pedro Ocharte, México. (1ª ed. 1574). Imprenta del Museo Nacional de Arqueología, Historia y Etnología, México, 1913.

Todorov, Tzvetan (1991). **La Conquista de América. El problema del otro**. Ed. Siglo XXI, México.

Vargas Guadarrama, Luis Alberto (1993). "El conocimiento médico en el México prehispánico" en Aréchiga, Hugo y Somolinos, Juan (eds.). **Contribuciones mexicanas al conocimiento médico**.

Secretaría de Salud-Academia Nacional de Medicina-Fondo de Cultura Económica. México; pp. 11-29.

Viesca T. Carlos (1986). "Posibilidades para abordar el estudio de la medicina náhuatl". **Estudios de Cultura Náhuatl**. 18: 295-314.

- (1987). "Las plantas medicinales americanas y la medicina hipocrática" en Gojman I., Alicia (coord.). **El impacto del encuentro de dos mundos: memorias. 14 y 15 de octubre de 1987**. México. Asociación Mexicana de Amigos de la Universidad de Tel Aviv; pp. 90-105.
- (1987b). "Hechizo y hierbas mágicas en la obra de Juan de Cárdenas". **Estudios de Historia Novohispana**. 9(9): 37-50.
- (1990). "Reflexiones epistemológicas en torno a la medicina náhuatl". **Estudios de Cultura Náhuatl**. 20: 213-227.
- (1990b). "Las enfermedades" en Aguirre Beltrán, Gonzalo y Moreno de los Arcos, Roberto (coord.). **Historia General de la Medicina en México. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI**. Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, México; pp. 93-109.
- (1990c). "Los médicos indígenas frente a la medicina europea" en Aguirre Beltrán, Gonzalo y Moreno de los Arcos, Roberto (coord.). **Historia General de la Medicina en México. Tomo II. Medicina novohispana siglo XVI**. Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, México; pp. 132- 153.
- (1995). "El código de la Cruz-Badiano, primer ejemplo de una medicina mestiza" en Fresquet Febrer, J.L y López Piñero, J.M. (eds.) (1995). **El mestizaje cultural y la medicina novohispana del siglo XVI**. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia XLVIII-Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, Universitat de Valencia, Valencia; pp. 71-90.
- (2000). "La medicina novohispana" en Aréchiga, Hugo y Benítez Bribiesca, Luis (coord.). **Un siglo de ciencias de la salud en México**. Fondo de Cultura Económica, México.
- (2001). "Curanderismo in Mexico and Guatemala. Its historical evolution from the sixteenth to the nineteenth century" en Huber, Brad R. y Alan R. Sandstrom (eds.). **Mesoamerican healers**. University of Texas Press, USA; pp. 47-65.
- (2010). "Medicina del México antiguo". Recuperado de www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/09.sep.2k10.pdf (2015, 18 de marzo).

- (2013). **Medicina prehispánica de México**. México. Editorial Panorama.

Viesca T., Carlos; Aranda C., Andrés; y Ramos de Viesca, Ma. Blanca (1999). "Antecedentes para el estudio de la clasificación de las enfermedades en la medicina náhuatl prehispánica". **Estudios de Cultura Náhuatl**, N° 30, p. 591.

Villanueva, Luis Alberto (2004). "El sistema hospitalario en la Nueva España del siglo XVI. Un tema para la reflexión en el siglo XXI". **Revista de la Facultad de Medicina**; 47(2): 82-86.

Vivanco Roca Rey, Lucero de (2013). **Historias del más acá. Imaginario apocalíptico en la literatura peruana**. Instituto de Estudios Peruanos, Lima.

Walzer L., Judith (1990). "Medicine in context: A review essay of the History of Medicine". **The American Historical Review**. 95(5): 1471-1484.

Wilson, Adrian (2000). "On the history of Disease-Concepts: The case of Pleurisy". **History of Science**. 38: 271-319.

Zaroso, Alfons (2001). "El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII". **DYNAMIS**; 21: 409-433.

Zavala, Iris M. (1992). **Discursos sobre la "Invención" de América**. Editions Rodopi B.V., Holanda.

