

Cien Años de prevención y promoción
de la Salud Pública en México.
1910-2010

HISTORIA EN IMÁGENES

Secretaría de Salud

Dr. José Angel Córdova Villalobos <p>Secretario de Salud</p>

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <p>Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud</p>

Dr. Mauricio Hernández Ávila <p>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</p>

Lic. Laura Martínez Ampudia <p>Subsecretaria de Administración y Finanzas</p>

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <p>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</p>

Lic. Miguel Ángel Toscano Velasco <p>Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</p>

Dr. Germán Fajardo Dolci <p>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</p>

Dr. Romeo Sergio Rodríguez Suárez <p>Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</p>

Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel <p>Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social</p>

Lic. Fernando Álvarez del Río <p>Titular de Análisis Económico</p>

Lic. Bernardo E. Fernández del Castillo <p>Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos</p>

Lic. Carlos Olmos Tomasini <p>Director General de Comunicación Social</p>

Mtra. Lourdes Hernández Beltrán <p>Subdirectora de Estrategias y Comunicación Interna</p>

CIEEN AÑOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO, 1910-2010.
HISTORIA EN IMÁGENES:
COORDINACIÓN GENERAL: RICARDO PÉREZ MONTFORT
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN: MARÍA ROSA GUDIÑO CEJUDO
COORDINACIÓN ICONOGRÁFICA: ISAAC GARCÍA VENEGAS
DISEÑO Y FORMACIÓN: AGUSTÍN ESTRADA
DIGITALIZACIÓN Y RETOQUE: ARACELI LIMÓN
CUIDADO EDITORIAL: HORACIO ORTIZ
COORDINACIÓN DEL DVD: RODRIGO HERRANZ
AUTORES:
CAPÍTULOS I-VI: MARÍA ROSA GUDIÑO CEJUDO
CAPÍTULOS VII-VIII: ILIANA AGUILAR CERVANTES

Portada: Fabricación de vacuna antivarilosa, 1926. Cortesía de Rockefeller Archive Center.

Esta publicación forma parte de las actividades que el Gobierno Federal organiza en Conmemoración del Bicentenario del inicio del movimiento de Independencia Nacional y del Centenario del inicio de la Revolución Mexicana.

Primera edición 2010, © de los textos: sus respectivos autores, © de las imágenes: los autores y/o los correspondientes archivos que las resguardan. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse sin permiso previo. Impreso en España por Brizzolis, S.A.

Laboratorios sanofi pasteur

Guillaume Pfefer <p>Director General</p>

Dra. Patricia Cervantes <p>Directora Médica</p>

Javier de la Garza <p>Director de Mercado Público</p>

Alejandro Bravo <p>Director de Mercadotecnia</p>

Laboratorios sanofi - aventis

Ing. Juan Carlos Valdés Martín del Campo <p>Director General</p>

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (ciesas)

Dra. Virginia García Acosta <p>Directora General</p>

Mtro. Diego Iturralde Guerrero <p>Director Académico</p>

Lic. Alejandra Meyenberg Leysegui <p>Directora de Vinculación</p>

Dra. Rosario Esteinou Madrid <p>Directora Regional del ciesas-DF</p>

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:
LABORATORIO AUDIOVISUAL, CIESAS
CELIA ARTEAGA
PATRICIA BALDERAS
GABRIELA HELGUERA GARCÍA
CITLALLI LÓPEZ MALDONADO
ERICK MONCADA
JOSÉ LUIS PÉREZ GONZÁLEZ
JOSÉ MARTÍN VÁZQUEZ
JAIME VÉLEZ STOREY
MARÍA JOSÉ VILLASEÑOR

Contenido

Introducción	28
Una mirada retrospectiva al siglo XIX	37
De la Revolución y la posrevolución	65
Instituciones, formación de médicos y personal sanitario	91
Arquitectura hospitalaria	123
Educación higiénica y propaganda. Múltiples formas	157
Campañas de salud. Un recorrido histórico	181
Campañas de salud contemporáneas	205
Mirando al futuro... nuevos retos 2010 - 2030	229
Notas	242
Documentales históricos	245

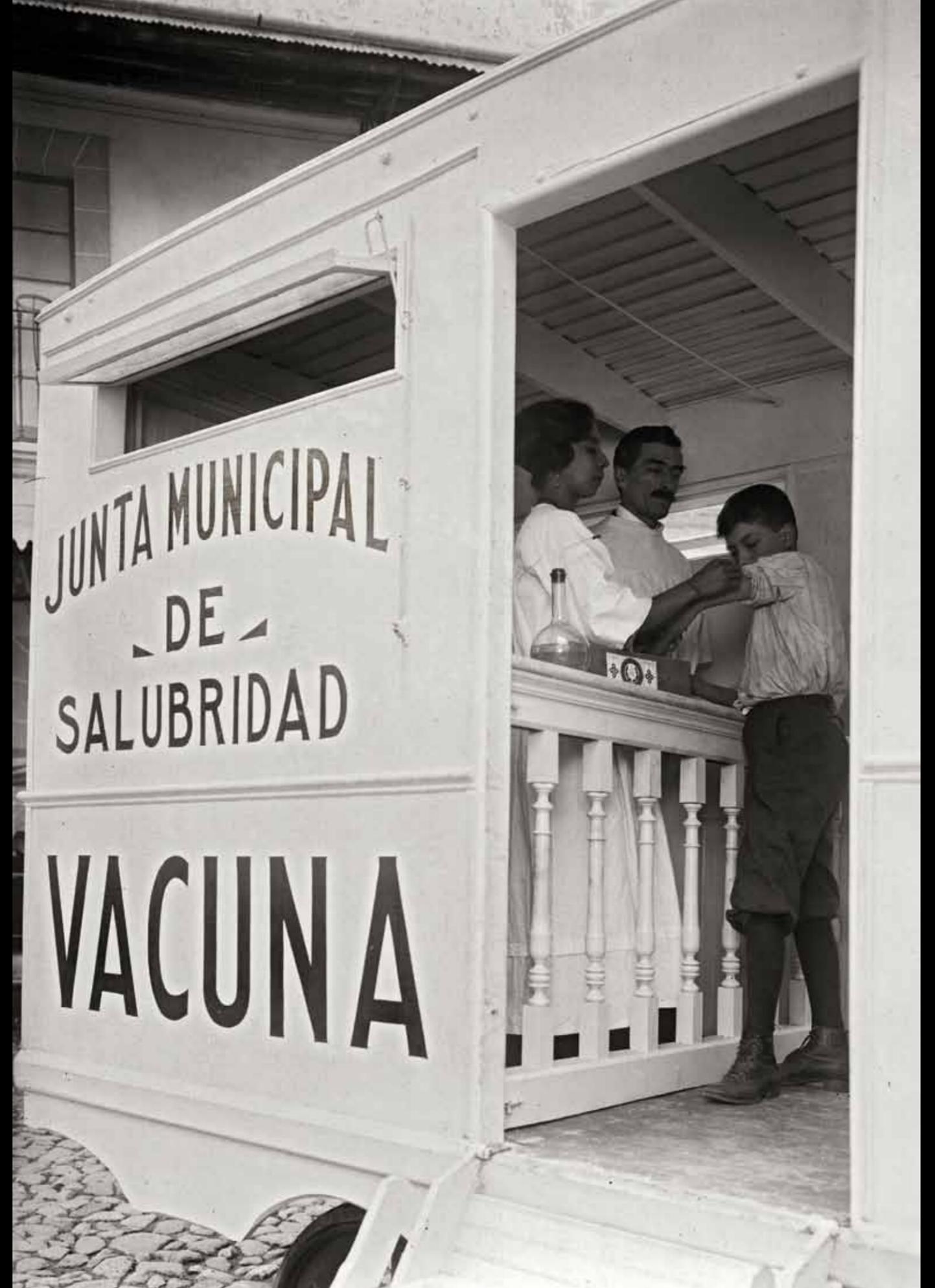


SOY EL MOSQUITO ANOFELES TRANSMISOR DEL PALUDISMO;
ANIQUILO LA SALUD, PRODUZCO LA ORFANDAD
ARRUINO LA INDUSTRIA Y DESPRESTIGIO LA
CIVILIZACION.
TAMPICO EN 6 AÑOS HA PERDIDO POR MI CULPA
8.000 VIDAS Y MAS DE DIEZ MILLONES DE PESOS.
MI OBRA ES DESTRUCTORA
!MATAME!
LA CELEBRACION DE UNA CENTURIA
DEBE DIGNIFICARSE CON MI EXTERMINIO.

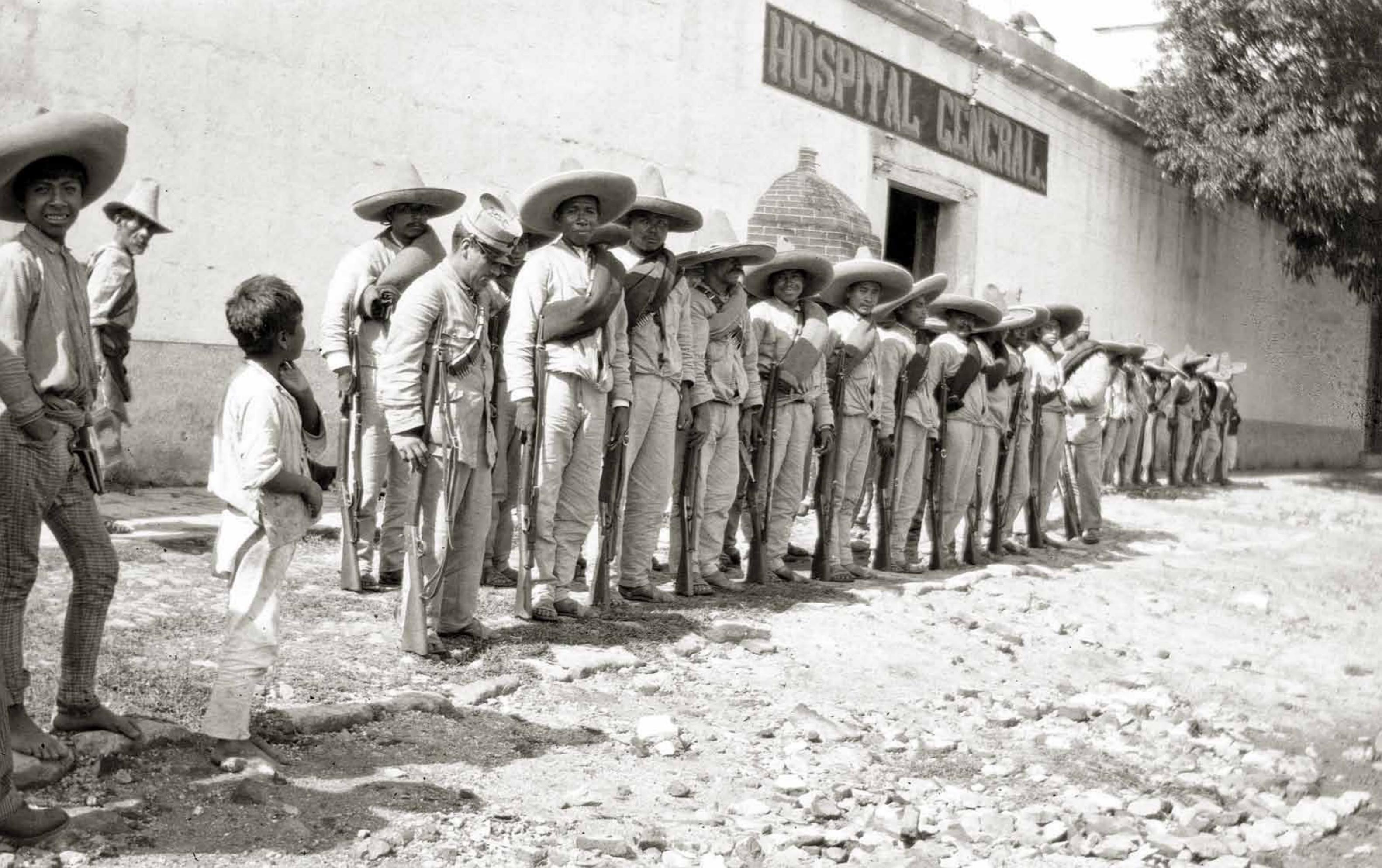


La PU













En el marco de las celebraciones del Centenario de la Revolución Mexicana de 1910, la Secretaría de Salud reconoce un siglo de acciones realizadas en materia médico-sanitaria. Se dice fácil, pero se ha recorrido un largo camino puesto que durante este periodo en México se han ensayado diferentes modalidades, que van desde servicios de beneficencia primero, de atención médica después, y desde hace poco más de seis décadas servicios de salud, avanzando poco a poco para cubrir con grandes esfuerzos a la población, a lo largo y ancho del complicado y extenso territorio mexicano, con una mezcla primero de medicina tradicional para posteriormente practicar una medicina científica.

La responsabilidad social y profesional de quienes diseñaron y ejecutaron políticas de salud pública ha sido un modelo a seguir por las nuevas generaciones de médicos comprometidos con el bienestar de la población. Sin descontar la múltiples

dificultades propias de la construcción de una política de Estado, cada momento vivido ha presentado retos mayúsculos y estamos conscientes de que éstos aumentan día con día.

Con la finalidad de mostrar muchos de nuestros logros y de darle continuidad al compromiso adquirido por nuestros antecesores en el siglo pasado, la Secretaría de Salud ha impulsado el rescate de la memoria histórica a través de este libro que lleva por título *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México, Historia en imágenes*. Esta obra nos muestra un enriquecedor recorrido visual colmado de matices que exponen un pasado con momentos difíciles pero también con evidentes logros.

Inspirados en nuestra historia miramos hacia el futuro con la confianza de que lograremos alcanzar muchas metas más en el terreno de la salud pública en México.

“Una imagen vale más que mil palabras”

Pierre Bonnard

Dr. José Angel Córdova Villalobos

Noviembre de 2010



Para conmemorar el centenario de la Revolución, desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud nos hemos dado a la tarea de reflexionar sobre el pasado de nuestro quehacer durante los cien años de programas y políticas de salud pública que ahora celebramos.

El desarrollo de la salud pública nacional coincide con el México independiente, ya que el *xix* fue un siglo de grandes transformaciones científicas, sociales y políticas como el descubrimiento de las bacterias, el reconocimiento de la higiene como una estrategia efectiva para la prevención de enfermedades, el desarrollo de vacunas y la responsabilidad del Estado de proteger la salud. Fue así, como de las cuarentenas se evolucionó hacia mejores condiciones higiénicas en las ciudades, a la búsqueda de formas de prevención de la enfermedad y al desarrollo de una política asistencial más sólida y universal.

En el México de 1833, nacieron las carreras de medicina y de cirujano, la higiene pública como disciplina y el primer código sanitario. Estas acciones dieron inicio a la vida del área médica en México. Con los avances registrados durante el siglo *xix* los científicos mexicanos estuvieron muy cerca de las corrientes que dominaban el pensamiento en medicina y salud pública.

Durante las dos primeras décadas del siglo *xx*, el Estado mexicano tuvo como una de sus principales funciones la salubridad y la asistencia públicas. En 1917, se estableció el Departamento de Salubridad Pública, dedicado a la producción de vacunas, la vigilancia sanitaria del país, el control de epidemias, la administración de la policía sanitaria, el programa de lucha contra el alcoholismo y se avanzó de manera importante en la seguridad de alimentos, bebidas y fármacos.

Los grandes retos que enfrentaron los sanitaristas mexicanos fueron las enfermedades infecciosas como la viruela, tosferina, difteria y tuberculosis, y las transmitidas por vector como el paludismo y la fiebre amarilla. El tifo y la influenza española fueron dos afecciones que arrebataron la vida a miles de mexicanos; la viruela, que se presentaba en epidemias cíclicas también diezmo a la población y ocasionó grandes estra-

gos y miles de personas que sufrían ceguera y desfiguración. En 1930 se reportaron cerca de 17 mil fallecimientos por esta enfermedad; no obstante, casi 20 años después, gracias a las campañas masivas de vacunación, se logró su erradicación en 1951, con el registro del último caso de viruela en México, en San Luis Potosí. Esto fue posible gracias a la vacuna que se producía en el Instituto Bacteriológico Nacional, hoy Instituto Nacional de Higiene.

En 1963, México se declaró libre de la especie transmisora de la fiebre amarilla urbana que por siglos prevaleció en nuestro país, resolviendo así un importante problema de salud pública y cumpliendo con un compromiso internacional. Sin embargo, en la actualidad la especie transmisora ha resurgido y es ahora responsable de la transmisión de otra enfermedad, el dengue.

Actualmente, la evolución de las enfermedades de tipo infecto-contagiosas y el aumento de los padecimientos y factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles dejan claro que la salud pública mexicana sigue enfrentando grandes retos para el futuro. Por un lado, se requiere de recursos y esfuerzos para mantener los logros que hemos alcanzado en materia de higiene y en el control de enfermedades prevenibles por vacunación y por otro está el desafío de lograr una cobertura universal de calidad para una sociedad que envejece poco a poco y que enfrenta rezagos en el sistema sanitario que se asocian con obesidad, adicciones y violencia, como lo tres grandes retos que en el área de salud pública tendremos que enfrentar en los siguientes 100 años.

El presente libro narra la historia de la Salud Pública del siglo *xx* y el inicio del *xxi* a través de las imágenes, con el fin no sólo de mostrar un testimonio visual del camino recorrido, sino también haciendo un repaso que nos permita reconocer la gran capacidad de las instituciones y los trabajadores de la salud en México, como una prueba de que podemos seguir enfrentando con éxito, con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, las principales dolencias que nos aquejan y alcanzar el mejor estado de salud en toda la población.



Cuando hablamos del largo camino que ha recorrido la salud pública en México desde su independencia hasta el presente, es preciso mencionar la importancia que han tenido las vacunas y su aplicación a través de las distintas estrategias de vacunación que se llevaron a cabo sobretodo en el siglo xx y que continúan favoreciendo a la población mexicana en la actualidad.

México cuenta con una larga experiencia en la investigación, aplicación y manufactura de vacunas. Fue desde principios del siglo xix que el médico cirujano español Francisco Javier de Balmis y Berenguer se encargó de traer a México la vacuna antivariolosa en 1804. De igual forma el doctor Eduardo Liceaga, figura de la medicina mexicana y fundador del Hospital General de la ciudad de México (1905), logró introducir al país desde finales del siglo xix la vacuna antirrábica producida por Pasteur en París y además, sentó las bases para la futura fabricación de la misma en territorio mexicano. Logrando así que la primera administración de la vacuna antirrábica se diera a cargo del doctor Miguel Otero en San Luis Potosí en el año de 1888. Asimismo, en pleno siglo xx el doctor Maximiliano Ruiz Castañeda pone en alto el nombre de México al convertirse en el primero en elaborar una vacuna bivalente del tifo (1948) que se utilizó satisfactoriamente durante la Segunda Guerra Mundial.

De esta forma comenzó y se fue construyendo la historia de la vacunación en México. Estos primeros logros fueron seguidos por la exitosa instauración y aplicación de planes y esquemas completos de vacunación que desde 1973 (con la vacunación antipoliomielítica) reforzaron los programas de salud que los gobiernos mexicanos modernos establecieron para conseguir la vacunación universal de todos los niños menores de cinco años

de toda la República Mexicana. Como por ejemplo, el Programa de Vacunación Universal de 1991 que tuvo como objetivo proteger a todos los niños del país con un esquema básico de inmunización.

El éxito de la vacunación en México no es un hecho aislado, al contrario, es la consecuencia de una serie de esfuerzos del pasado y de la visión que se tuvo para cubrir las necesidades medico-sanitarias del futuro. Fue gracias a esto que se erradicó la poliomielitis en 1994 y, el sarampión dejó de ser uno de los principales factores de la mortandad infantil mexicana gracias al sistema de utilización de aerosoles de la vacuna estudiado en México en 1985 por Jorge Fernández de Castro y Albert B. Sabin.

A su vez, en 1951 se dio el último caso de viruela en México, hecho que lo convirtió en el primer país hispanoamericano en erradicarla.

Para Sanofi pasteur es un gran orgullo formar parte del esfuerzo del gobierno Mexicano a través de su historia, que se resume de forma magistral en esta obra que conmemora el Centenario de la Revolución Mexicana y el Bicentenario de la Independencia de nuestro país. Es claro el compromiso que nuestra compañía ha adquirido con la población mexicana con el reciente proyecto de Influenza para México que incluye lograr que este país se vuelva autosuficiente en la vacunación contra influenza.

Estamos convencidos que la prevención es la mejor y más efectiva forma de proteger a la población y es nuestro compromiso continuar apoyando a México para proveer soluciones integrales de salud y consagrar nuestros esfuerzos a lograr un México libre de enfermedades prevenibles por vacunación.

Guillaume Pfefer
Director General
Sanofi pasteur México



Las enfermedades han estado presentes a lo largo de la existencia humana. Su propagación y contagio se ha debido, en gran medida, a la migración de viajeros desde tiempos pasados. Durante la Conquista, por ejemplo, el México Antiguo fue víctima de los embates de condiciones difíciles que trajeron como consecuencia el incremento exponencial de muertes y enfermedades.

Con la evolución del conocimiento médico y el desarrollo industrial, la humanidad ha logrado limitar los efectos de algunas enfermedades e, incluso, erradicar otras. La poliomielitis, la peste y la viruela, son algunas enfermedades que han disminuido su prevalencia o han sido erradicadas gracias a la investigación de medicamentos y vacunas que previenen y curan a quienes sufren de ellas. Sin embargo, en la actualidad, producto de los procesos de cambio epidemiológico y demográfico, nos enfrentamos a nuevos retos como la diabetes o la obesidad, y al resurgimiento de enfermedades como el dengue o la influenza.

El lanzamiento de este libro por parte de la Secretaría de Salud, con motivo de las conmemoraciones del Centenario de la Revolución Mexicana y el Bicentenario de la Independencia de nuestro país, constata el compromiso del Gobierno Federal con la salud y el bienestar de los mexicanos. No debe pasar inadvertido el trabajo de seleccionar y reunir el conocimiento de

personalidades tan destacadas en un libro, pues nada tiene de sencillo dar a conocer, de una manera tan atractiva, los caminos que se recorrieron en México para mejorar la calidad de vida de nuestra población.

A lo largo de estos 200 años se han conseguido importantes adelantos en la medicina y la ciencia en México. Entre ellos podemos destacar que nuestro país es líder en Latinoamérica en la generación de datos epidemiológicos completos y el esquema de vacunación mexicano es de los más reconocidos a nivel mundial. Sin duda, logros así sólo se obtienen a través del trabajo conjunto y enfocado de muchas generaciones.

Sanofi-aventis se complace en ser socio de este ambicioso proyecto que documenta la evolución de las enfermedades y epidemias en el territorio nacional porque, durante más de 60 años que tiene en México, el laboratorio ha llevado a cabo acciones continuas que permiten coadyuvar en la prevención y tratamiento de las enfermedades, en pro de la salud de los mexicanos.

Continuaremos trabajando por convertirnos en un socio que provea soluciones integrales en salud a toda la población, porque estamos convencidos que la atención y cuidado de la salud es de suma importancia para el completo desarrollo y crecimiento de un país, ya sea en materia de educación, productividad o economía.

Ing. Juan Carlos Valdés Martín del Campo
Director General
Sanofi - aventis México



Introducción

En los últimos años la historiografía mexicana se ha enriquecido enormemente por la ampliación de sus temáticas, sus metodologías, sus fuentes y sus formas de difundir contenidos e interpretaciones. La gran variedad de estilos de hacer historia que desde hace varios lustros está presente tanto en el mundo académico como en los medios de comunicación masiva contradice la peregrina idea, que alguna vez pareció reinar en las conciencias nacionales, de que sólo existía un pueblo, un territorio y una historia de México. Además de aceptar la pluriculturalidad y la multiplicidad regional del país, estas nuevas historias han innovado sus enfoques, usos y configuraciones demostrando la madurez y el vigor del quehacer histórico contemporáneo mexicano, que lejos de saberse monolítico y oficial, no se arredra ante la complejidad y la interdisciplina.

Gracias al intercambio con otras especialidades -tanto en términos teóricos como a partir de técnicas específicas- la investigación y transmisión históricas se han potenciado desde la aparición de los medios audiovisuales. Para los científicos sociales interesados en el siglo XIX y XX, hoy en día ya es prácticamente imprescindible hacer uso de las imágenes fotográficas, el cine o el video en sus quehaceres profesionales. Incorporando al análisis aquellos elementos que por lo general sólo servían para ilustrar o ejemplificar de manera superficial los acontecimientos que suceden en el tiempo y en el espacio, la investigación en materia de imagen ha permitido una ampliación, e incluso una renovación, en las disciplinas humanísticas. Tanto en lo referente a la metodología como en la aparición de nuevos temas, hacer historia con imágenes se ha convertido en un reto fundamental para las ciencias sociales contemporáneas.

Atendiendo al desafío de presentar un novedoso relato histórico de la salud pública, así como de su promoción y prevención, un grupo de historiadores, estudiantes y técnicos realizamos la tarea que el amable lector-observador tiene en sus manos. La idea central que nos impulsó fue la de estructurar un discurso con láminas, grabados, afiches, dibujos, fotografías, videos, estampas, ilustraciones, documentos y pinturas con el fin de mostrar la enorme complejidad de las imágenes que han acompañado a sanitaristas, médicos y enfermeras a lo largo de los últimos cien años. Para ello recorrimos archivos públicos y privados, hospitales e institutos, oficinas y centros de acopio documental, reuniendo un gran acervo de piezas visuales para poder estructurar la historia que aquí se cuenta.

En sentido estricto entonces esta es una obra colectiva, no sólo porque fue realizada gracias a la colaboración de especialistas de diversas disciplinas asociadas con la salud y la ciencia social, sino porque hace acopio del trabajo de muchas otras personas que tuvieron a bien fotografiar, filmar, dibujar, ilustrar

y promover los saberes con los que la medicina, la higiene y la bioquímica han beneficiado a la población mexicana.

Pero narrar con ilustraciones también requiere de la intervención de un diseño, una selección y una presentación adecuada. Trascendiendo los límites de un formato previamente establecido por normas bibliográficas y circunstanciales, hemos recurrido tanto a las piezas fijas como fotografías, carteles, maquetas, folletos, objetos y estampas, como a las escenificaciones e imágenes en movimiento que aparecen en el cine y el documental.

Así esta propuesta da fe de un proceso histórico que significó una profunda transformación vivida a lo largo de cien años, y que ha quedado registrada de manera puntual por quienes participaron en ella reconociendo sus logros y lamentando sus fracasos. Más que una historia discursiva, erudita y letrada, esta es una historia cuyos sujetos son hombres y mujeres comunes, comprometidos con la prevención, las campañas, la educación higiénica y la salud pública en México. No es solo una historia ilustrada, es una historia en imágenes.





IGLESIA DE S^{TO} DOMINGO. 607



Primeros Doctores de la Junta de la Sanidad.





REGLAMENTO
DEL
CONSEJO SUPERIOR
DE SALUBRIDAD,

PARA EL EJERCICIO

DE LAS

ATRIBUCIONES QUE LE CONCEDE

EL SUPREMO DECRETO

De 12 de Enero de 1842.



MEXICO.

IMPRESA DE JUAN R. NAVARRO,
Calle de Chiquis número 6.

1854.

Una mirada retrospectiva al siglo XIX

Era septiembre de 1910; el festejo del centenario de la Independencia fue particularmente significativo en la historia de la salud pública. Con la idea clara de mostrar tanto a los mexicanos como a los extranjeros los avances logrados en el aséptico universo de la salud y la higiene, el doctor Eduardo Liceaga, reconocido miembro de la élite científica porfiriana, organizó la Exposición de Higiene, que inauguró con un discurso titulado *Progresos alcanzados en la Higiene de 1810 a 1910*. Según señaló Liceaga, México se encontraba en un punto de notable desarrollo sanitario, ubicándose al mismo nivel de los países “civilizados”.

¿Qué logros fueron alcanzados en materia de salud pública durante el Porfiriato? Para responder es necesario remontarnos a la creación del Consejo Superior de Salubridad (css), una institución que fue adquiriendo un papel cada vez más relevante como directriz de las políticas de salud pública desde su fundación.

La instauración del css se realizó por iniciativa de Antonio López de Santa Anna, entonces presidente interino, el 4 de enero de 1841. Marcó la pauta para institucionalizar la atención a la salud y el fomento de una cultura de la higiene. Inicialmente, el Consejo estuvo conformado por tres médicos, un farmacéutico y un químico y cada ocho años se renovaba al personal.

En esta primera época asumió el compromiso de conservar y propagar la vacuna antivariolosa, diseñar medidas para mantener la higiene pública, y combatir epidemias cuando se presentaran. Durante las siguientes tres décadas, sus actividades estuvieron limitadas por la difícil situación política que atravesó el país, y fue hasta el 15 de julio de 1879 que se reformó su reglamento para ampliar sus funciones.

Después de años de inestabilidad política que impidieron un adecuado funcionamiento del Consejo, en 1885 el doctor Liceaga asumió la dirección de dicha institución y a lo largo de 25 años, hasta 1914, se alcanzaron importantes avances en materia de salubridad e higiene, particularmente en la ciudad de México.



Dr. Eduardo Liceaga

Uno de los aciertos de Liceaga fue retomar iniciativas que ya venían gestándose; por ejemplo, desde 1876 en el marco del primer Congreso Médico celebrado en la capital, se hizo evidente la necesidad de hacer “topografías médicas” para ubicar geográficamente al país e identificar más fácilmente sus padecimientos. Para dar seguimiento a esta inquietud de interés nacional y epidemiológico, el Consejo Superior de Salubridad, con la aprobación del Ministerio de Fomento dirigido por el licenciado Carlos Pacheco, promovió la realización de un detallado trabajo sobre la composición geográfica del territorio nacional y el tipo de enfermedades que azotaban las diferentes regiones.

El trabajo que conjuntó estas preocupaciones y ofreció una mirada precisa del territorio nacional y sus características epidemiológicas fue el *Ensayo de geografía médica y climatológica de la República Mexicana* escrito por el médico del Consejo Superior

Instituciones Médicas en la primera mitad del siglo XIX

Como en casi todo el mundo, también la medicina mexicana del siglo XIX se renueva prácticamente en su totalidad. La confianza en la ciencia que se inicia en Europa, impacta en nuestro país a las viejas instituciones coloniales. En 1831 el Protomedicato fue sustituido por la Facultad Médica del Distrito Federal. Dos años después, surge el Establecimiento de Ciencias Médicas como producto de la Primera Reforma Liberal. Para 1836 se crea la Academia de Medicina de México, antecedente de la actual Academia Nacional de Medicina. Se instituye la Beneficencia Pública, se reglamenta el funcionamiento de los hospitales y se fundan otros de carácter público y privado. Además, aparecen las agrupaciones mutualistas. En 1847 se inauguró lo que sería el Hospital Juárez y que en un principio estuvo dedicado a los heridos de guerra. Un buen corte del periodo, es la creación de la Escuela de Cirugía en 1856. Esta circunstancia muestra con los hechos, cómo la cirugía, parte toral de la medicina, dejó de considerarse una actividad artesanal y se integró de lleno a la ciencia médica.

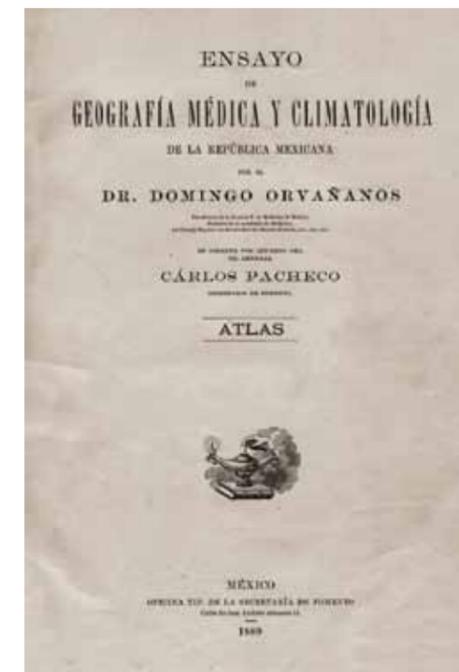
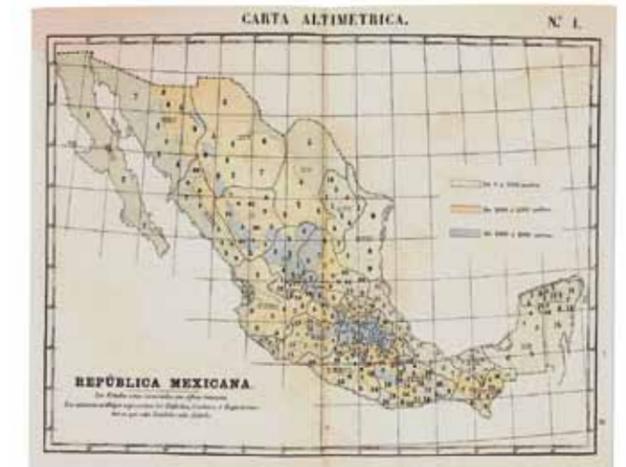
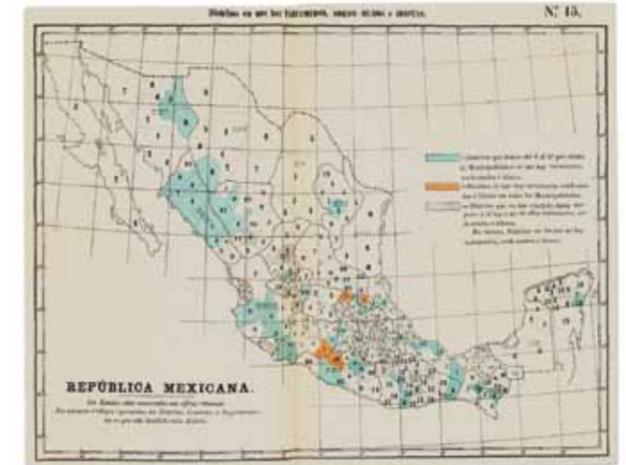
Ana Cecilia Rodríguez de Romo



de Salubridad y profesor de la Escuela Nacional de Medicina, Domingo de Orvañanos y publicado por el Ministerio de Fomento en 1889.

El primer paso en la elaboración de este estudio fue la distribución de un cuestionario que durante 1887 fue enviado por el gobierno porfirista y las autoridades sanitarias a los 2 mil 863 municipios que existían en el territorio nacional. Por supuesto, se interrogó sobre el tipo de enfermedades que padecían los habitantes de las diferentes regiones.

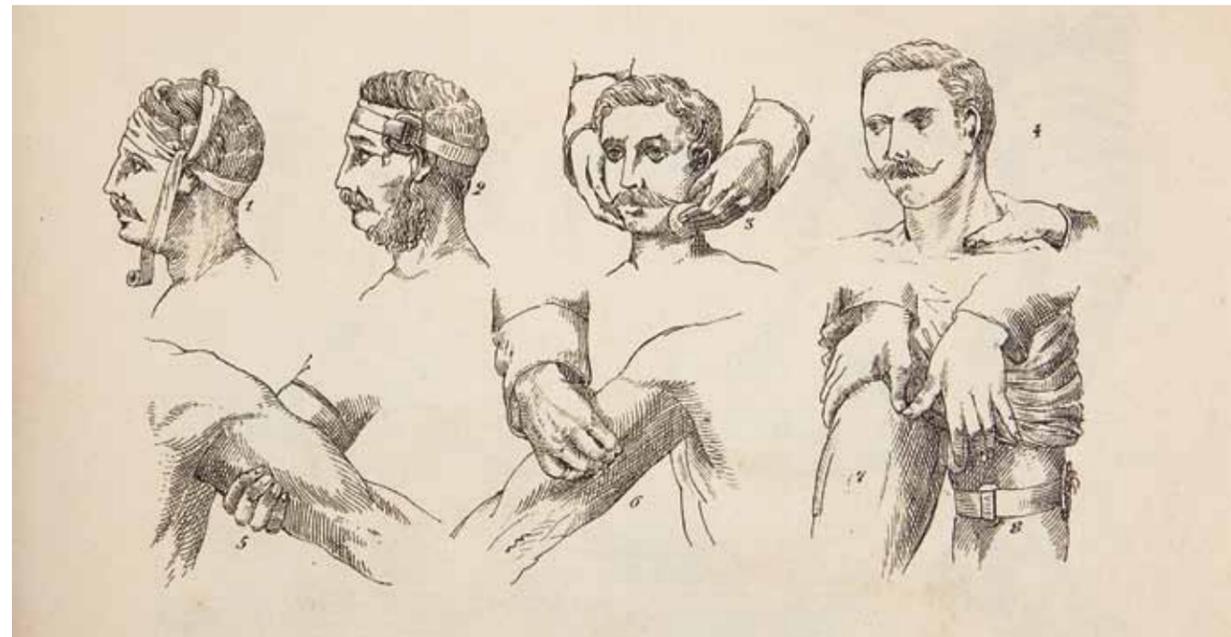
A dos años de enviado, se recibieron mil 625 cuestionarios respondidos. En su momento, Orvañanos opinó que las respuestas eran muy disparejas debido a la diferencia en el nivel intelectual y de formación profesional de quienes lo habían respondido. Después de realizado este primer balance, Carlos Pacheco encomendó al doctor Orvañanos la tarea de sistematizar la información y el resultado fue el libro citado. Éste se conforma de tres apartados que incluyen un bosquejo geográfico, algunos datos de climatología y la mención de las principales enfermedades que se observaban en la República Mexicana. Para ilustrar el libro integró un conjunto de 43 mapas (cartas geográficas) elaborados con gran detalle y colorido. El prólogo, de Eduardo Liceaga resume en una sola



frase el valor documental de este documento: "llena un vacío en nuestra literatura médica". A 121 años de su publicación, esta obra de Orvañanos es un referente obligado para reconstruir la historia de las enfermedades y de la salud pública en el México decimonónico.

Sin embargo, aún se carecía de una legislación que permitiera al Consejo Superior de Salubridad intervenir en los asuntos sanitarios en el nivel nacional. Entonces, en julio de 1891, apareció el primer Código Sanitario Mexicano que sentó las bases para una nueva organización interna de la institución y dividió el servicio sanitario en administraciones federal y local; el primero tenía injerencia en puertos y poblaciones fronterizas y, el segundo, se limitaba a la ciudad de México y a los territorios de Tepic y Baja California.¹

El doctor Eduardo Liceaga relata en su libro *Mis recuerdos de otros tiempos* que por iniciativa propia, algunos médicos, entre quienes figuraba el citado Domingo de Orvañanos, decidieron "educarse por sí mismos" y vivir la experiencia de recorrer calles y visitar establecimientos de la capital como boticas, mercados, establos, expendios de bebidas y comestibles, el rastro de la ciudad y las fábricas. Después de haber constatado que imperaban la suciedad, el desconocimiento y la ne-



Álbum para camilleros, 1860.



La Vega, ca.1900.

gligencia de la gente frente a los hábitos higiénicos más elementales, redactaron artículos y reglamentos aconsejando cuáles debían ser las medidas higiénicas aptas para ser instrumentadas en aquellos lugares.

Ante una ciudad insalubre, otra de las preocupaciones del régimen de Díaz y en particular del Consejo fue fomentar la ingeniería sanitaria de la ciudad de México a través de la construcción de albañales, pavimentación de calles, banquetas y un adecuado sistema de dotación de agua potable y alcantarillado. Pero uno de los proyectos más importantes fue la construcción del desagüe del valle de México (1886-1900), obra que fue calificada por el presidente Díaz como una obra de salud pública.

Si bien la construcción de importantes obras hidráulicas y de ingeniería civil evidencian el interés porfiriano por la salubridad y la higiene, también demuestran que el problema de la insalubridad se mostraba solamente como un problema de aglomeración urbana sin que los factores sociales como la atención médica, la alimentación, el trabajo y la educación tuvieran la atención adecuada por parte de las autoridades.²

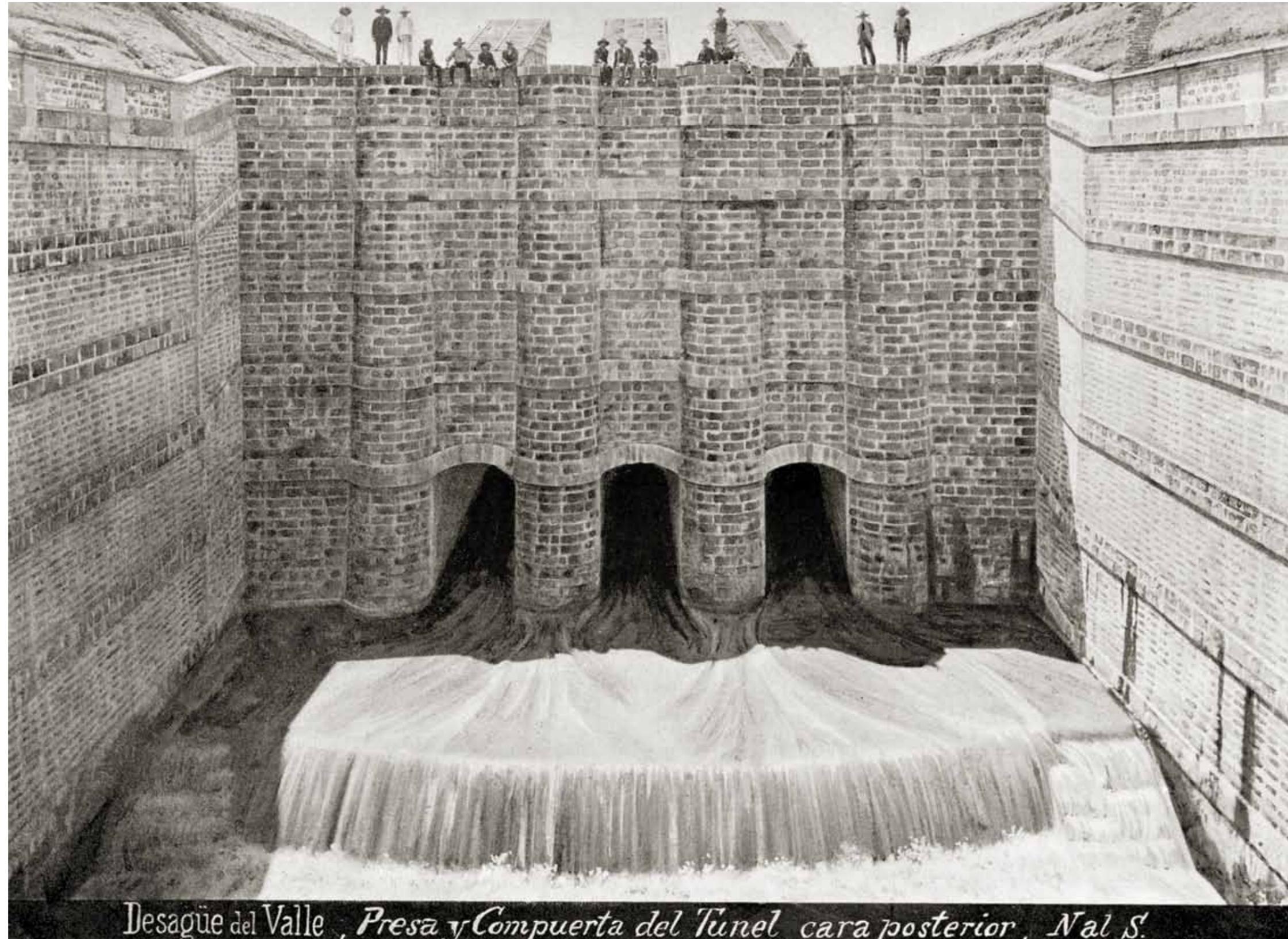
En aquellos años, la atención médico sanitaria se centralizó en la ciudad de México, relegando a un segundo plano a las comunidades rurales del país. La migración de campesinos e indígenas a la capital acrecentó su presencia y los convirtió en aquella población a la que el gobierno porfirista no proveyó de los servicios más básicos. Esta realidad que aumentaba día con día propició que la Beneficencia Pública, con una tradición que se remonta a la época colonial, se erigiera como una posibilidad para atender a los miles de indigentes en la calle.

En el terreno científico, durante el periodo que aquí nos ocupa, las causas de las epidemias que afectaban al país estaban asociadas, como lo habían estado desde el siglo anterior, a la teoría miasmática que sostenía que el origen de los padecimientos era resultado del influjo de vapores que provenían de cambios atmosféricos o de animales muertos y vegetales podridos.

Ya en la primera mitad del siglo XIX, la creencia en estos agentes causales de la enfermedad se frenó con el ingreso de la bacteriología que ayudó a tener un co-



Av. 16 de Septiembre, ca.1900.

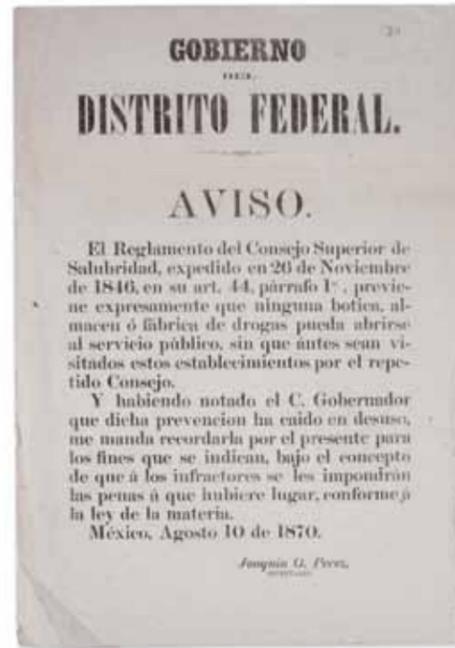


El desagüe del valle de México

.....

El desagüe del valle de México es muestra del humano empeño de dominar a la naturaleza. Obras monumentales exhiben un tesón no exento de soberbia. Si los nahuas antiguos hicieron diques y canales para controlar los lagos, los novohispanos iniciaron un proyecto no abandonado aún: el desagüe artificial para la cuenca cerrada. Miles de hombres la han perforado durante cuatro siglos para salvar a la ciudad de México de las inundaciones. Gobiernos de toda clase han compartido el esfuerzo de construir sistemas cada vez mayores para una urbe cada vez mayor. Un Gran Canal superficial, un alcantarillado subterráneo y un drenaje profundo suman miles de kilómetros de conductos desaguadores. Enormes plantas de bombeo completan el sistema. Pero el lago empecinado vuelve a menudo con las lluvias. La naturaleza acaso pone en duda nuestro afán y nos dice que la mutua relación ha de ser de otra manera.

Ernesto Aréchiga



nocimiento más preciso sobre el origen y tratamiento de la enfermedad. En respuesta a este descubrimiento científico se fundaron laboratorios de diagnóstico bacteriológico y el primero de ellos estuvo en la Escuela de Medicina en 1857. Después vino la instauración del Instituto Patológico Nacional y en 1905 fue fundado el Instituto Bacteriológico Nacional por el doctor Ángel Gaviño.

Un ejemplo de carácter inmunológico que enfrentó a los médicos de este periodo con los sueros y las vacunas, fue la inquietud de Liceaga por traer a México la inoculación antirrábica. Durante un viaje que hizo a Paris, asistió al Instituto Pasteur y a lo largo de varias semanas fue testigo del proceso de elaboración de las inoculaciones preventivas. En sus *Memorias*, el doctor Liceaga narró lo siguiente:

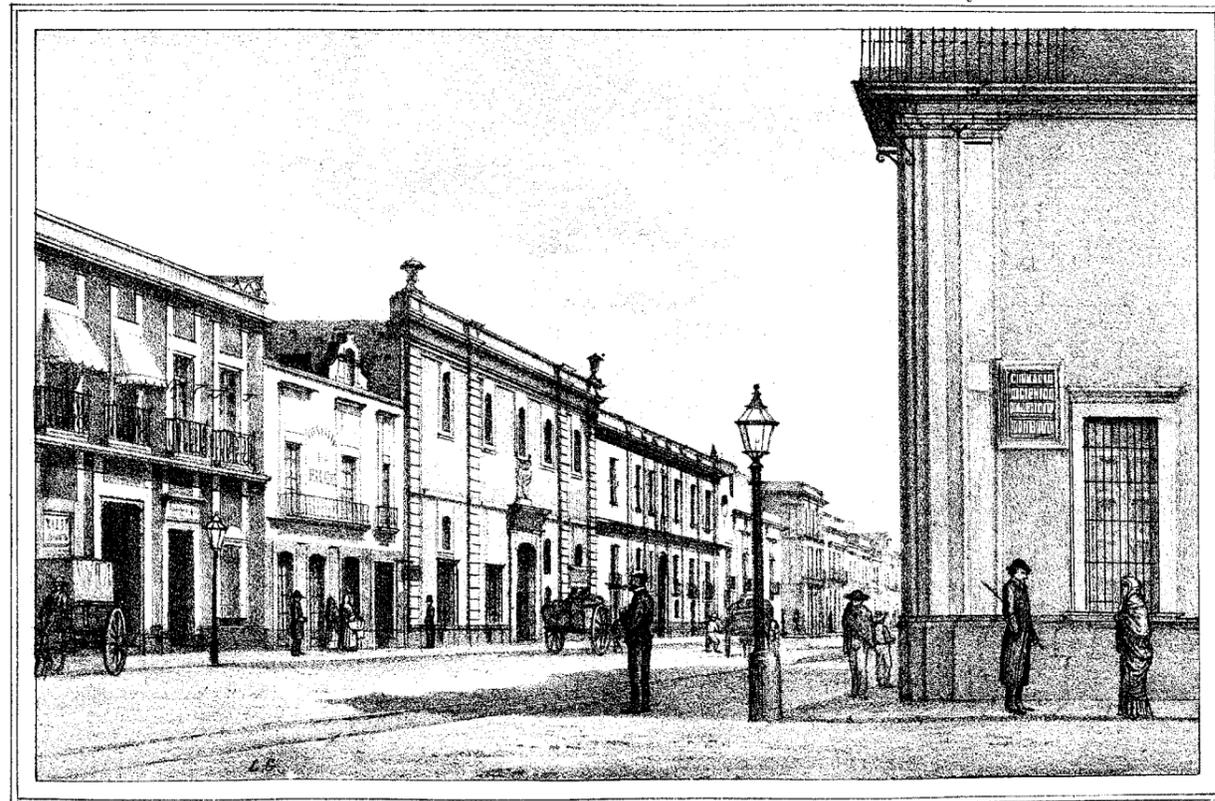
Quando ya me creí en posesión del método, pedí que se me diera el cerebro de un conejo muerto por la inoculación y puesto en un frasco esterilizado y en glicerina esterilizada también, lo saqué del instituto el 20 de enero de 1888, víspera de mi embarque en Saint Nazaire, para volver con él a México. Coloqué el frasco en un camarote vacío del buque, la temperatura del sitio era fría mientras no llegamos a la zona tórrida, pero a llegar a ella procuré que la temperatura se conservara uniforme, y de este modo traje a México en mis propias manos aquel precioso ejemplar.³

El 18 de abril de 1888, Liceaga reportaba orgulloso que se había realizado en México la primera inoculación en el hombre, acontecimiento que, entre otras cosas, aceleró la instauración del Instituto Antirrábico que se acondicionó en la casona de la calle de Moras que el Consejo Superior de Salubridad recién había adquirido.

En el terreno epidemiológico, el combate a diferentes enfermedades que cobraron el carácter de epidemia fue constante. Detener su propagación se convirtió en el antecedente epidemiológico para las



México Pintoresco.— De la Avenida de S^{ta} Cosme a la Plaza Mayor.

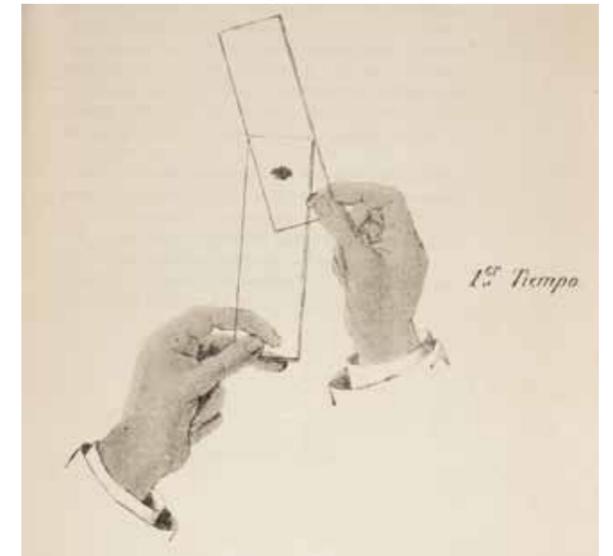


Hospital de San Andrés y departamento para curar gratuitamente a los enfermos de los ojos.

Las epidemias del siglo XVIII y la Ilustración

En el siglo XVIII la población novohispana padeció viruela, sarampión y matlazahuatl (tifo o peste), epidemias que cobraron numerosas víctimas en 1736-1739, 1761-1763, 1778, 1787 y 1797-1798. En aquel entonces se consideraba que estas enfermedades eran producidas por malos olores y ambientes malsanos, a lo que se llamó "teoría miasmática". Los médicos ilustrados difundieron medidas para purificar el aire de las ciudades mediante el uso de "luminarias", azufre y pólvora. También el gobierno empezó a limitar la celebración de procesiones religiosas con el propósito de evitar los contagios, así como los enterramientos públicos en lugares céntricos. Se imprimieron manuales médicos con recetas para mejorar la alimentación entre la población. Una medida trascendente ocurrió en 1797 con la inoculación, procedimiento que consistía en introducir la secreción de la pústula a un individuo sano para adquirir la enfermedad atenuada. Este avance científico fue un antecedente importante de la campaña real de la vacuna emprendida por Xavier Balmis en 1803 y 1804.

América Molina del Villar



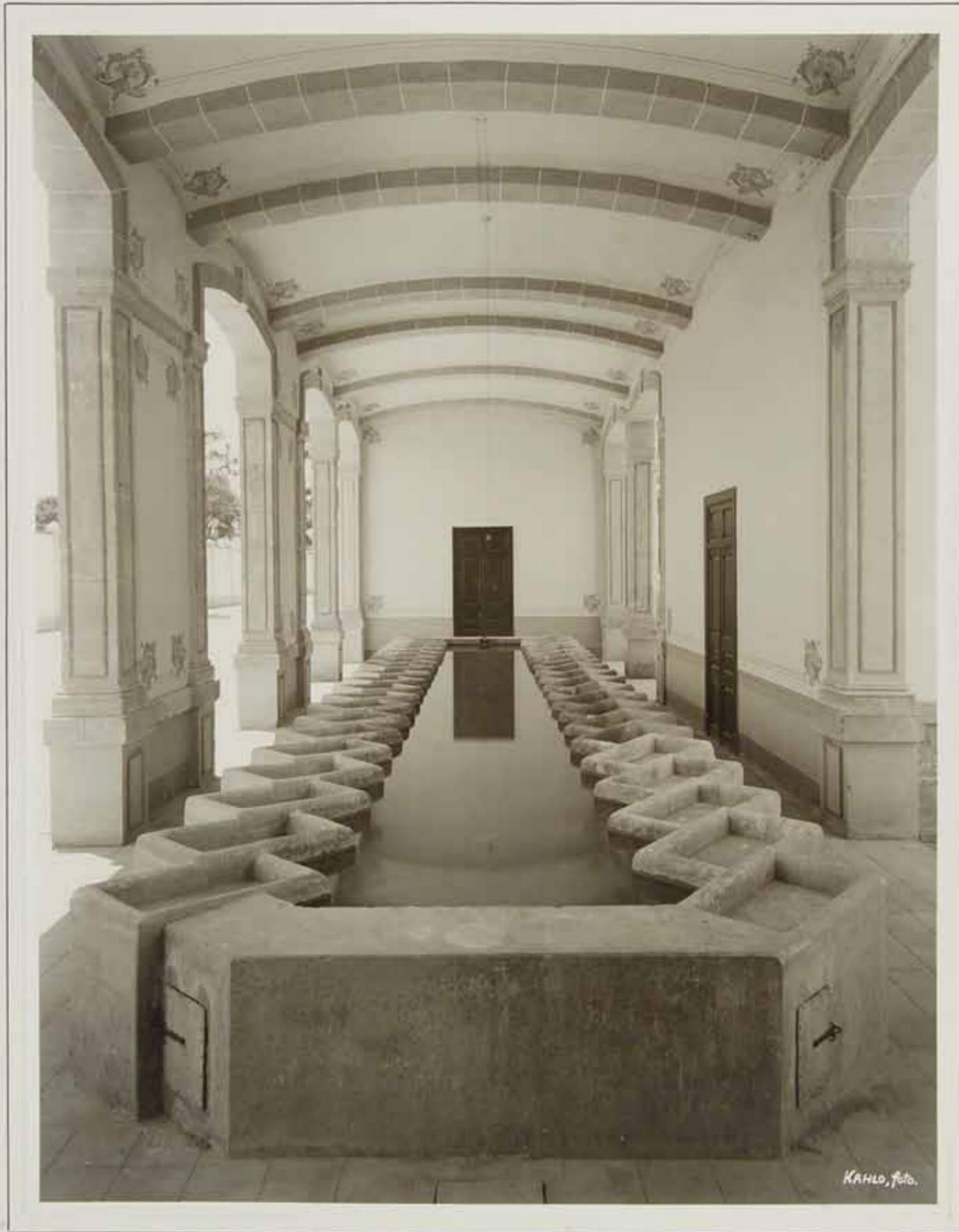
campañas de salud que habrían de organizarse a fines de la década de 1910 y que se mantuvieron a lo largo del xx.

Los acontecimientos descritos hasta aquí forman parte de la historia de la salud pública mexicana del siglo XIX. En su momento fue preciso darlos a conocer a la población y para ello no hubo mejor escenario que la Exposición de Higiene de 1910 circunscrita a los festejos del centenario de la Independencia de México. La tradición mexicana de participar en exposiciones de higiene y salubridad se remontaba a la Exposición Mundial de París de 1891 en la que México presentó, en su pabellón llamado "El Palacio Azteca", una grandiosa exposición sobre el tema. En esa ocasión se quiso mostrar al mundo que México era un país moderno porque era saludable.⁴ Para la Exposición de 1910 fue importante reforzar esa afirmación porque hacer-

lo significó la coronación de una larga trayectoria del Consejo Superior de la Salubridad, dedicada no sólo a cuidar de la higiene y la salud de la población, sino a promover una imagen del Estado como guardián de la salubridad en favor del tan anhelado progreso. Si bien los trabajos del Consejo Superior de Salubridad habían quedado circunscritos a la ciudad de México, la exposición se anunció como una muestra en la que participarían los demás estados de la Federación, al respecto las autoridades sanitarias manifestaron lo siguiente:

Esta exposición no solamente dará a conocer al mundo entero el progreso que toda la República ha alcanzado sino el de cada uno de los estados. Como por otra parte estos datos no se han llegado a presentar en conjunto durante toda la

Hospicio de Niños.



Departamento de niñas. - Lavaderos.

centuria, se hace indispensable darlos a conocer alguna vez y la celebración del centenario ofrece una ocasión propicia para hacer este trabajo.⁵

Se trataba de presentar una exhibición de alcance nacional, tal como se había hecho para compilar el *Ensayo de geografía médica y climatológica de la República Mexicana*. Para organizar este evento se envió a los gobernadores de los estados un cuestionario solicitándoles información particular sobre las condiciones sanitarias de sus estados. A diferencia del cuestionario de 1887 que podía responder cualquier interesado, éste debían responderlo solamente el gobernador y/o sus representantes. En esta ocasión se redactaron 29 preguntas divididas en dos partes. La primera de ellas versó en cuestiones administrativas y legales, razón por la cual las preguntas se enfocaron en solicitar información sobre la existencia o no de servicios sanitarios locales. Si los había, se pedía que respondieran cuál había sido su organización y desempeño en dos periodos específicos: antes y después del movimiento de Independencia; es decir, de 1810 a 1821 y de 1821 a 1910.

La segunda parte del cuestionario buscó recopilar información sobre las condiciones higiénicas de las ciudades, casas habitación y escuelas, el suministro de agua potable para la población, las condiciones del alcantarillado y pavimentación de las calles, así como la frecuencia con que se barrían. Pidieron el número de mercados, rastros, cementerios y hospitales existentes y en materia del combate a enfermedades transmisibles solicitaron se les informara si había leyes y/o reglamentos específicos. Una de las preocupaciones fue indagar sobre la manera como combatían la viruela y como aplicaban la vacuna. Por último, solicitaron a las autoridades sanitarias locales que, de confirmar su participación en la exposición, avisaran qué material iban a exhibir y qué medidas necesitaban para su stand. Al parecer, de los estados de Veracruz, Campeche, Tlaxcala, Oaxaca y Quintana Roo no hubo respuesta.⁶

Cuando los preparativos estuvieron listos, el amplio pabellón de la Avenida de los Hombres Ilustres sirvió de sede a la *Exposición Popular de Higiene* inaugurada por el doctor Eduardo Liceaga, el 2 de septiembre de 1910. En su discurso inaugural *Progresos alcanzados en la higiene de 1810 a la fecha* el doctor Liceaga la presentó de la siguiente manera:

La beneficencia en México. Siglo XIX

.....

El México independiente heredó de la administración colonial hospitales y casas de asistencia, que se mantuvieron con los escasos recursos de los gobiernos locales, las organizaciones religiosas y algunos filántropos. En estos recintos, enfermos y discapacitados, huérfanos, ancianos y viudas pobres solicitaban atención médica, albergue, alimento y educación para paliar su indigencia. El bienestar de la población se concebía como un elemento significativo del progreso y la asistencia a los desvalidos era una fuente importante de legitimidad para liberales y conservadores. Con esta lógica, los intentos de crear un sistema eficiente de auxilio público fueron notables. En 1861, Juárez fundó la Dirección General de Beneficencia para administrar los establecimientos confiscados a la Iglesia; Maximiliano organizó el Consejo General de la Beneficencia en 1865, y Díaz consolidó la centralización administrativa de este ramo público a través de la Dirección de Beneficencia Pública creada en 1877. Durante la segunda mitad del siglo XIX, se erigieron nuevos hospicios, escuelas y hospitales, pero la ayuda resultó insuficiente y la indigencia prevaleció en el país.

María Dolores Lorenzo Río

Señores, Señoras:

La Secretaría de Gobernación ha dispuesto contribuir a la celebración del centenario de nuestra Independencia organizando una serie de conferencias destinadas a bosquejar nada más que los progresos que la higiene pública ha hecho en México en el siglo que ahora termina; ha querido además que ilustren con proyecciones luminosas y con las representaciones que acaban ustedes de ver en los diversos salones de la Exposición. La misma Secretaría ha puesto bajo los auspicios del Consejo Superior de Salubridad esas conferencias y esta Exposición; el Consejo no pudo declinar la honra que se le hacía, primero porque es la corporación encargada de vigilar por la salubridad pública y segundo porque encontró una oportunidad que no se repetirá para nosotros en mucho tiempo, de hacer una manifestación del agradecimiento que profesa a los que nos dieron patria, un homenaje de admiración a los que sacrificaron su vida por darnos la Independencia de la Corona de España. Además, pensando esto otro: que no podíamos hacer otro homenaje mayor a nuestros antepasados que procurar



extender por todos los medios que estén a nuestro alcance, las reglas que sirven para conservar la salud, para prolongar la vida y para mejorar la condición física de la especie humana. En esta tarea contribuimos en cierto modo a continuar la obra de nuestros antecesores y ¿qué otra manera mejor que procurar que las generaciones que vienen sean sanas y vigorosas y que en los campos de la agricultura, de la industria, del comercio, de las artes y de las ciencias, sean útiles para el trabajo y para la lucha por el adelanto de la civilización? De manera que nuestro propósito es propagar estas buenas ideas, es decir, las de los principios de la higiene tanto como sea posible, para que las generaciones venideras sean capaces de servir al progreso de todos los ramos de la actividad humana. ⁷

A este discurso siguieron otras pláticas de ingenieros y médicos que abordaron temas relacionados con la ingeniería sanitaria y construcción de edificios que se proponían como “higiénicos”. Con la intención de contrastar el antes y el después y de que el público pudiera apreciar “las formas primitivas como se hacía el expendio y la provisión de alimentos, hasta los



El hospital General

mercados que se usan actualmente y las tiendas de comestibles que habrán ustedes visto”,⁸ se proyectaron diapositivas de cada uno de los temas tratados por Liceaga en su discurso. Las fotografías y maquetas exhibidas en la exposición mostraban los sistemas de pavimentación y limpia de las calles, los sistemas de fumigación de jacales; así como los sistemas de aprovisionamiento de agua potable. También, las condiciones higiénicas ideales para las casas habitación, mercados y rastros que ya existían en la ciudad.⁹

Según los registros de la época, la exposición fue visitada por más de 97 mil personas. Esta cantidad rebasó las expectativas de los organizadores quienes solamente la exhibirían durante un mes así que se vieron en la necesidad de ampliar el plazo otro mes. La euforia del momento llevó a las autoridades a pensar en establecer un Museo de Higiene; sin embargo, el estallido de la Revolución mexicana impidió que este proyecto se llevara a cabo, así como lo

Hasta el año de 1910

.....
El entusiasmo es pasión y la pasión es parcialidad. Si yo fuera historiador, me cuidaría del entusiasmo, de la pasión, de la parcialidad. Como no lo soy, dejo a quienes les quede bien la tarea de ajustar la historia a la verdad y a tomar cuenta de los defectos o de las flaquezas de Liceaga. Como no soy sino un entusiasta de la salud pública, o sea un apasionado de ella, es posible que sea parcial hacia quien tanto hizo por la de México. Sírvame de excusa no ser el único en tal actitud. Uno de los nombres mexicanos que se pronuncia con respeto en el extranjero es, todavía, el de Liceaga. Y no ha de haberle faltado motivo al general revolucionario que llegado a Jefe de Salubridad, cuando se le ocurrió instituir un medio de honrar a los sanitaristas distinguidos, de México y del mundo, lo hizo creando una medalla, un símbolo: la condecoración Eduardo Liceaga.

Manuel Martínez Báez
Ensayo inédito

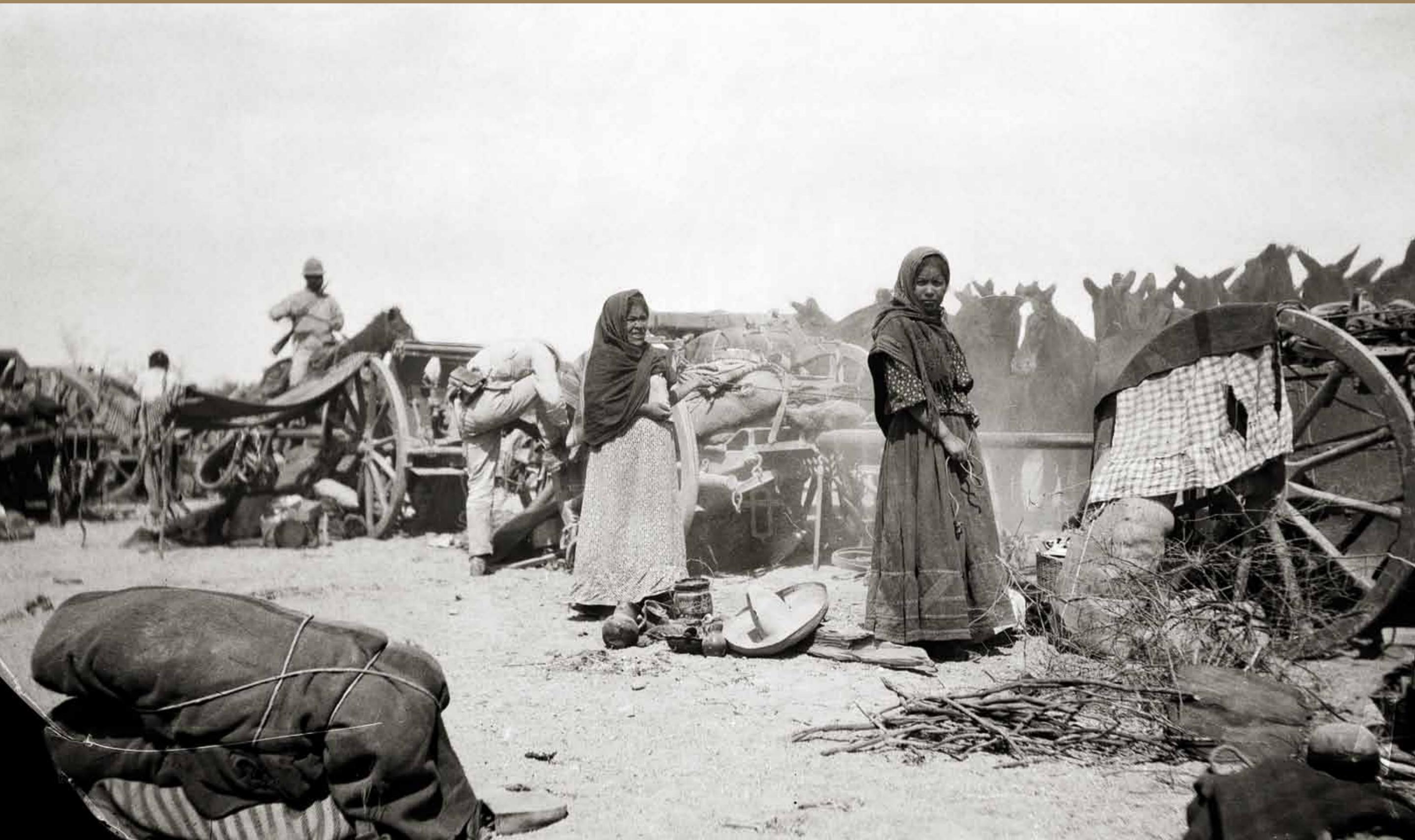
hizo con otros más relacionados con la impartición de servicios médicos y sanitarios para los mexicanos de entonces.

El esfuerzo del gobierno de Porfirio Díaz y sus autoridades sanitarias encabezadas por Eduardo Liceaga por mejorar la salud y condiciones de vida de la población, es innegable; sin embargo, las carencias y la falta de estrategias adecuadas para establecer un proyecto sanitario en el nivel nacional, también lo es. Mientras que las mejoras sanitarias se concentraron en la ciudad de México, en los estados avanzaron a un ritmo mucho más lento. Tendría que pasar la convulsiva década revolucionaria para que emergiera una política sanitaria encabezada por instituciones con la capacidad de ofrecer servicios de salud con una cobertura nacional.



Desfile conmemorativo del Centenario de la independencia.





Sargento 1° del 50 Batallon muerto
en (Santa Rosa)

W. ROBERTS.
FOTO
HERMOSILLO SON.
No 86A





Marquechas



De la Revolución y la posrevolución

Las condiciones higiénicas y epidemiológicas del país sufrieron un fuerte revés ocasionado por el movimiento armado iniciado en 1910 y sus posteriores secuelas, poniendo en evidencia que la salud pública estaba amenazada y que los problemas que se presentaban en la ciudad de México afectaban por igual a las zonas rurales.

Las enfermedades que asolaban al país propiciaron también la redistribución de la población porque la gente que migraba de regiones pobres e insalubres en busca de mejores condiciones de vida, traía consigo la enfermedad y se convertía en un ser propenso al contagio. Quizá la epidemia más alarmante ocasionada por la escasez de comida y agua fue la de tifo que entre 1915 y mediados de 1916 atacó principalmente a la capital y mostró en toda su dimensión y cruda realidad las insalubres condiciones de vida de buena parte de sus habitantes. Las medidas inmediatas para combatir la epidemia consistieron en diseñar

rutas para los camiones de limpia y recolectores de basura, se quitaron de la calle los puestos de comida y fritangas que eran foco de infección, se desinfectaron importantes centros de contagio como teatros, iglesias, fábricas y escuelas. A la par de estos trabajos se realizaron inspecciones domiciliarias para identificar a los enfermos, desinfectar sus casas, sus pertenencias e incinerar la ropa con piojos. Debido a que el piojo era la causa de contagio, a los hombres se les cortaba el cabello a rape y si se dejaban, también a las mujeres. A ambos les frotaban el cuero cabelludo con una mezcla de aceite de ajonjolí y escancia de trementina.¹⁰

Otra enfermedad que concentró la atención de los servicios médicos fue la influenza o "gripe española", como entonces se le nombró. Dicha afección ingresó al territorio nacional por la frontera con Estados Unidos en el verano de 1918, y en cuestión de meses se propagó por todo el territorio nacional.¹¹ Para contrarrestar su propagación, diferentes estados de





Epidemia de influenza, 1918.



1915: El hambre en México

.....

“En los anales de la ciudad de México, 1915 representa uno de los momentos más dramáticos de su historia moderna. No conozco ninguna estimación global y sistemática del número de muertes por hambre en la urbe. Un documento de los constitucionalistas señalaba que 201 personas perecieron de inanición en agosto de 1915. A fines de ese mes, un periódico se dio en desmentir un informe de la Cruz Roja norteamericana, que aseguraba que entre 30 y 40 personas morían diariamente de hambre en la ciudad. De resultar cierta la estimación de la Cruz Roja, el total de muertes por hambre en agosto no estaría alejada de las mil. Manuel Amieva recordó que con Ignacio Rivero y Manuel de Zamacona decidieron crear la “Junta de Auxilio Privado”, conmovidos de ver “caer en la calle a personas que se morían de hambre”. Por su parte, los jueces de paz y comisarios de policía de San Andrés Tetepilco, San Simón, Ticumán, Zacahuizco y Peñón de los Baños —pueblos de los alrededores de la ciudad— alertaron, entre mayo y agosto de 1915, sobre la escasez de granos y de masa de nixtamal y alguien notó que el hambre se dibujaba en el rostro de “todos los individuos de la clase menesterosa”.

Ariel Rodríguez Kuri

la República organizaron sus Juntas de Sanidad que dictaron las medidas correspondientes, entre las que estuvo penalizar a quienes fumaran o escupieran en los espacios públicos. Esta epidemia fue la última de las distintas que atacaron a la población mexicana durante la década revolucionaria. En un contexto marcado por el hambre y la insalubridad, las enfermedades formaron parte de la vida cotidiana.

En ese contexto, fue de gran importancia la operación del Consejo Superior de Salubridad. A pesar de que existían brigadas conformadas por médicos voluntarios e incluso los habitantes de la ciudad que decidieron colaborar para contrarrestar los efectos de las epidemias, fue necesaria la colaboración de organizaciones como la Cruz Roja avecindada en México desde 1909. Esta institución considerada no lucrativa se ha sostenido desde entonces con los donativos recolectados durante sus campañas anuales. Por haber sido avalada por Porfirio Díaz, la Cruz Roja propició la desconfianza entre los revolucionarios quienes decidieron fundar sus “cruces”.

Las cruces formaron brigadas de médicos y enfermeras que curaron heridos, recogieron muertos del campo de batalla y realizaron actos de beneficencia para los miles de habitantes pobres, pero no tuvieron una participación activa en el diseño de estrategias para recomponer los servicios de salud y garantizar a la población un proyecto sanitario convincente y, sobre todo, de alcance nacional.

Ante esta demanda y para tener un punto de partida en materia sanitaria, los constitucionalistas encabezados por el general Venustiano Carranza, consideraron que era necesario diagnosticar la situación que prevalecía en las calles. Uno de los informes más representativos de entonces fue el que en 1916, por petición del propio Carranza, elaboró el ingeniero Alberto J. Pani, quien fungía como Director General de Obras Públicas del Distrito Federal. Este balance lo tituló *La Higiene en México*; con él buscó:

exponer las causas determinantes del atraso vergonzoso en que nos encontramos, como país civilizado, por la insignificante protección que nuestras

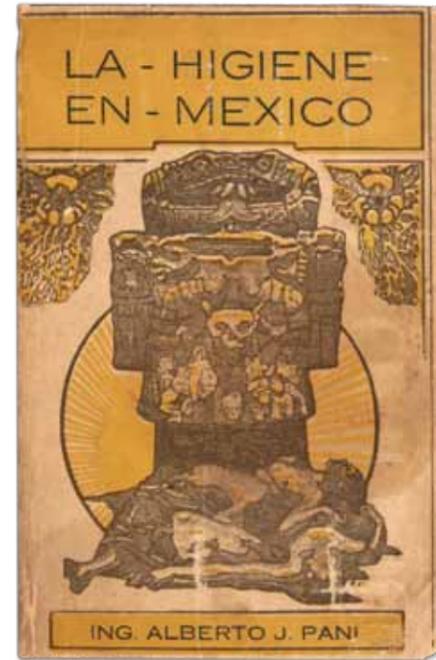
autoridades han impartido siempre a la vida humana. Tales son en pocas palabras, los fines que persigue el presente estudio.

Su recuento general no fue favorable. Reiteró que pese a que la atención de las autoridades sanitarias porfirianas se había concentrado en mejorar la ciudad de México, ésta seguía siendo la "más insalubre del mundo" y con esta afirmación daba por hecho que los estados de la República estaban en peores condiciones. En suma, con *La Higiene en México*, Alberto J. Pani lanzó una primera propuesta para federalizar los servicios de salud a través de un Ministerio de Salubridad buscando alcance y representación nacionales. Al año siguiente, este tema se discutió en el Congreso Constituyente.

En el Teatro Iturbide de la ciudad de Querétaro, el médico y general José María Rodríguez, recién nombrado por Carranza jefe del Consejo de Salubridad, asumió la responsabilidad de dar estructura y fortalecer la débil situación médico-sanitaria del país. Este personaje integrante del nuevo grupo en el poder buscaba, al igual que sus antecesores porfirianos, convertir a México en una nación "civilizada, moderna y progresista" y su propuesta para alcanzarlo consistió en añadir a la fracción XVI del artículo 73 constitucional, los siguientes elementos:

1. El Consejo General de Salubridad dependería directamente del presidente de la República, sin intermediación de ninguna Secretaría de Estado.
2. De aparecer alguna epidemia, el Consejo dictaría las medidas preventivas necesarias con base en el Código Sanitario vigente.
3. Se implantó una "dictadura sanitaria" que permitía a la autoridad sanitaria castigar, sin intermediarios, a quien infringiera el Código Sanitario.

Cómo era de esperarse, hubo división de opiniones entre los diputados asistentes, de los cuales 16 eran médicos. Algunos de ellos aplaudieron la decisión de fortalecer una sola institución sanitaria con auto-



Dr. José María Rodríguez.





mía y alcance nacional. Pero también hubo quienes la consideraron un riesgo por suponer que la soberanía de los estados quedaba a merced de cualquier inspector de sanidad que llegara a imponer su ley.

El doctor Rodríguez descalificó las opiniones de quienes no aprobaron su iniciativa e interpretó la negativa como una absurda actitud de quienes se “oponían a que le llevaran la salud a su casa”.

Esta propuesta, como representante del gobierno federal, se ajustaba al discurso nacionalista que anhelaba un México civilizado y que encontró en el campo de la salud pública, una posibilidad para reforzar la presencia del naciente grupo revolucionario en el poder, como promotor de la reconstrucción nacional.

Al aprobarse su iniciativa, Rodríguez asumió el cargo del recién creado Departamento de Salubridad Pública (1917), la institución sanitaria que habría de dictar las políticas de salud en el ámbito nacional y su compromiso fue frenar los rezagos sanitarios que iba dejando la Revolución.

Fue a inicios de la década de 1920 que la organización sanitaria comenzó a manifestarse y un acontecimiento que contribuyó a ello fue la colaboración de la estadounidense Fundación Rockefeller (FR).¹² Sus representantes firmaron en enero de 1921 un convenio con el presidente Álvaro Obregón para crear la Comisión Especial para la Campaña contra la Fiebre Amarilla que comprometía al gobierno federal, a los representantes estadounidenses y al Departamento de Salubridad Pública, encabezado entonces por el doctor Gabriel Malda, a erradicarla del país.

Para poner en marcha la campaña y tener un adecuado control geográfico, el territorio nacional se dividió en siete zonas en las que trabajaron equipos de médicos, sanitaristas y peones realizando las actividades necesarias para contrarrestar la reproducción del mosquito *aedes aegyptis* transmisor de la enfermedad. Las principales tareas fueron realizar visitas de inspección domiciliaria, la revisión de los depósitos de

agua en donde se reproducía el mosquito y en aquellos que significaran un riesgo se depositaban peces larvicidas. También petrolizaron charcos y pantanos. La fumigación con insecticidas también fue una estrategia utilizada y en ocasiones cubrieron casas completas con plásticos para crear una cámara de gas que conservara el insecticida. Según los informes elaborados por los representantes de la Fundación y del Departamento de Salubridad, en 1923 la fiebre amarilla estaba erradicada del país.

Pero los trabajos de la Fundación no terminaron allí. Sus representantes permanecieron en el país con el argumento de que era necesario combatir la unciniariasis.

Con dos campañas a cuestas era importante dar continuidad a los servicios médicos para prolongar el proceso de combate de la enfermedad, reforzar el de prevención del contagio y, sobre todo, no detener el trabajo realizado. Para lograrlo, se instalaron unidades sanitarias que ofrecieron servicios en un amplio hora-



rio y se capacitó a la gente de la comunidad, a las mujeres como enfermeras auxiliares y a los hombres para incorporarlos a las brigadas como peones, tramperos y fumigadores.

La primera se estableció en 1928 en Minatitlán, Veracruz, y durante los siguientes quince años, se instalaron otras seis en diferentes estados como Oaxaca y Morelos. En 1946, estaban planeando extenderse hacia el norte del país desde Monterrey (Nuevo León). Las actividades cotidianas de estas unidades fueron organizar y poner en práctica programas preventivos más amplios que combatir una sola enfermedad y por eso ofrecieron servicios de vacunación contra la viruela, medicación con quinina para contrarrestar el paludismo, atención materno-infantil y cuidado dental, exámenes de sangre, construcción de letrinas y visitas domiciliarias.

Este modelo de Unidad fue retomado por el Departamento de Salubridad Pública que en 1928 abrió una en el puerto de Veracruz, dirigida entonces por el doctor Miguel Bustamante quien junto con su equipo de médicos le dio incluso un sustento social y cultural mayor.

En suma, las *Unidades Sanitarias* encarnaron el proyecto de federalización de la salud y favorecieron los trabajos de las campañas itinerantes, afianzando también los programas de educación higiénica. Sin embargo, el mayor mérito de éstas fue que trazaron el camino para que las campañas de salud llegaran a las comunidades rurales.



Leopoldo Méndez

La salud al campo

A diferencia de las unidades de la Fundación Rockefeller que privilegiaron lo tecnológico sobre lo social y la curación sobre la prevención, el modelo de unidad promovido por Miguel Bustamante se materializó en 1934 con el *Plan de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República* que promovió programas enfocados a las comunidades rurales del país. Durante el sexenio del general Lázaro Cárdenas (1934-1940) los esfuerzos por llevar servicios sanitarios y educación higiénica a las comunidades rurales de México, el presupuesto para el Departamento de Salubridad Pública aumentó 3.86% en relación con el año anterior. Se dijo en su momento que nunca antes se había destinado una cifra tan alta para las actividades sanitarias y menos aún que se hubiera destinado para:



Cortesía del Rockefeller Archive Center

Actividades de higienización y de propaganda en los sectores rurales, con objeto de procurar el mejoramiento de nuestros campesinos y de los habitantes de las regiones semi-rurales, todo ello de acuerdo con el contenido del plan sexenal.¹³

Para alcanzar este propósito el Departamento de Salubridad Pública se valió del apoyo de las Misiones Culturales promovidas desde la Secretaría de Educación Pública para reforzar el proyecto de llevar atención médica a los campesinos. Se capacitó a los maestros rurales mediante una serie de cuestionarios y de cursos por correspondencia para adiestrarlos en actividades relacionadas con campañas de vacunación y de higiene personal y colectiva, así como el fomento de actividades higiénicas. Cuando este trabajo en equipo empezó a llevarse a cabo fue haciéndose evidente la

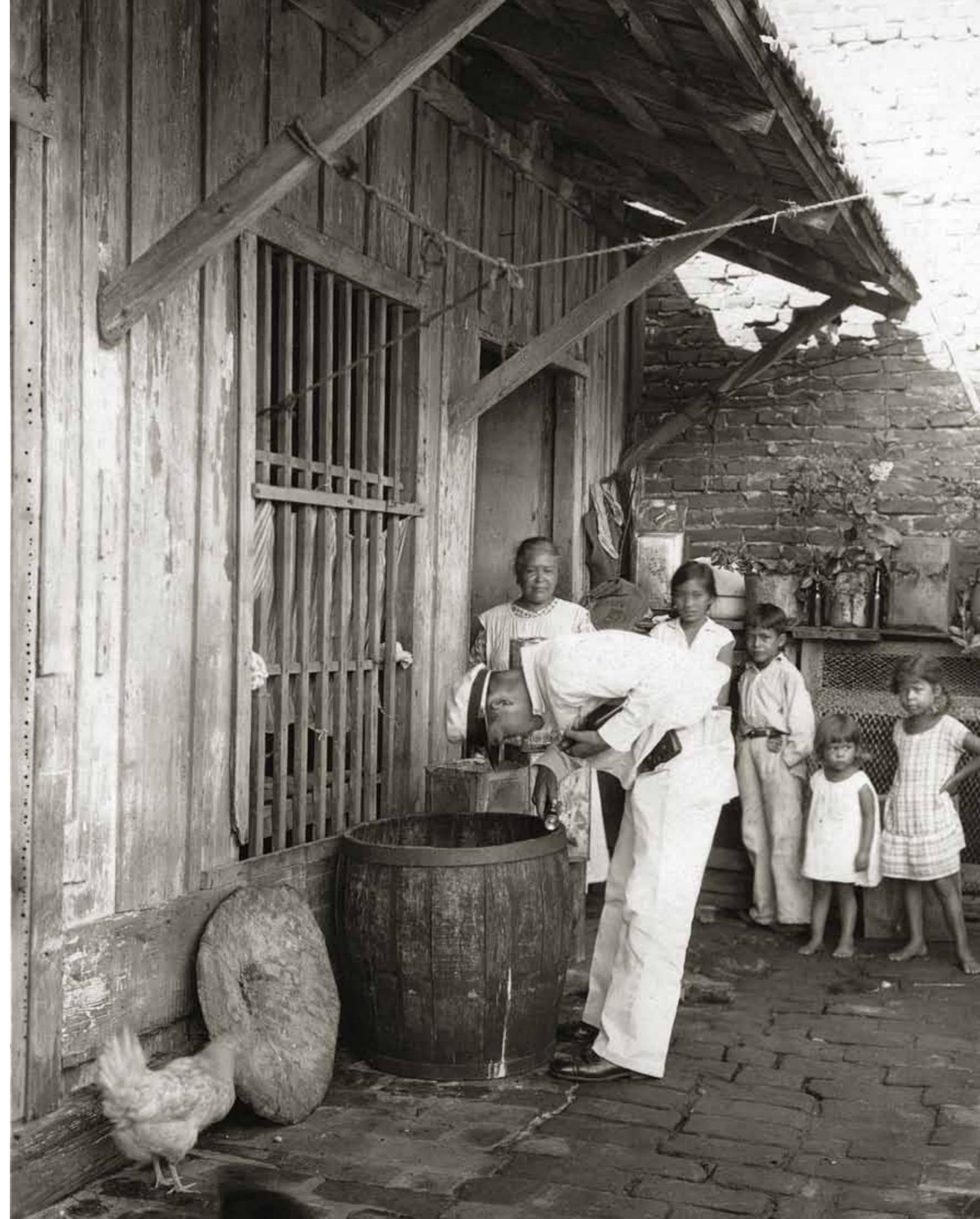
falta de médicos en las comunidades rurales, lo que representaba no necesariamente un problema de falta de profesionistas en el nivel nacional, sino una deficiente distribución ya que éstos preferían permanecer en las ciudades capitales que trasladarse a pueblos en donde las carencias económicas y la falta de infraestructura básica para desempeñar su trabajo, era una constante.

La compleja composición étnica de nuestro país, sus características geográficas especiales, su economía y la escasa producción de médicos dedicados a la práctica rural eran los factores que mantenían alto el coeficiente de mortalidad y en consecuencia el crecimiento natural de la pobreza de la población.¹⁴

Al respecto, el médico y antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán aseguraba que en 1910 había un médico para cada 5 mil 908 habitantes y en 1930, uno por cada 3 mil 451.¹⁵ Por su parte, Miguel Othón de Mendizábal aseguraba que la mala distribución de los médicos titulados era un problema económico y social difícil



Tienda para desinfección de casa en Cosamaloapan, Ver. 1921.





de resolver en el México de finales de los treinta porque la formación que recibían en las escuelas de medicina asentadas en las ciudades, los retenía en ellas.

Sin duda, lo planteado por Mendizábal se discutía también entre los médicos quienes, encabezados por los michoacanos Jesús Díaz Barriga, Secretario Técnico del Departamento de Salubridad dirigido entonces por el doctor José Siurob y Enrique Arreguín, rector de la Universidad de Michoacán, organizaron el Primer Congreso de Higiene Rural que se celebró del 3 al 12 de noviembre de 1935 en Morelia, Michoacán.

Su propósito fue involucrar a los profesionistas mexicanos en los asuntos relacionados con la higiene del campesino y los servicios médicos rurales.

Al Congreso asistió un grupo heterogéneo formado por médicos, ingenieros, abogados, veterinarios, maestros, parteras y enfermeras. El compromiso de todos los participantes fue llevar propuestas que pudieran concretarse en mejorar las condiciones de alimentación, vivienda e indumentaria en las comunidades campesinas. Sin embargo, fueron dos los temas que destacaron: la planeación de programas de educa-



ción higiénica y la forma para resolver la insuficiencia de médicos entre la población.

Algunos asistentes opinaron que para llevar servicios médicos a las comunidades rurales se requería poner en marcha el llamado servicio social. Esto significaba, según sus promotores, socializar la profesión médica ya que proveer a los campesinos de servicios médicos era uno de los requisitos para que se diera en México el crecimiento económico y la modernización social.¹⁷

Una iniciativa semejante ya había sido propuesta por el doctor Miguel Bustamante en 1934 cuando expuso la necesidad de dotar de atención médica a las zonas más alejadas del país y propuso que las Universidades exigieran servicio social a los futuros médicos e hicieran de ellos "oficiales sanitarios" capaces de contribuir en la salubridad de las comunidades campesinas.¹⁸

La propuesta de Bustamante y lo discutido por los médicos que asistieron al Congreso de Higiene Rural se materializó en 1936 cuando la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Departamento de Salubridad Pública, negociaron la puesta en marcha del servicio social que consistía en que los estudiantes de medicina, antes de recibir



Sanitary Inspector and His Assistant.



su título profesional, trabajaran seis meses fuera de la ciudad, en zonas rurales.

En 1940, el doctor Díaz Barriga replanteó la forma en que éste debía llevarse a cabo y convocó a estudiantes de leyes, ingeniería y antropología a que también lo realizaran. La mirada interdisciplinaria de este médico fue un llamado a los estudiantes de aquella época para que ampliaran su percepción de la realidad social, económica y cultural de las comunidades rurales.

A lo largo de las décadas subsecuentes la atención médico-sanitaria en las comunidades campesinas se ha diversificado y actualmente son diferentes dependencias federales las que ejecutan programas de atención rural para los indígenas y campesinos mexicanos.



Letrina de minería. 1924.







Cortés y del Real Felipe Archive Center

Foto Portillo





Instituciones, formación de médicos y personal sanitario

Para poner en marcha las políticas de salud pública en México a lo largo de los últimos 100 años han sido necesarios, sobre todo, dos elementos cuya relación es –y ha sido– indisoluble. Por una parte, las instituciones sanitarias que dictan y regulan estas políticas y, por la otra, la formación de profesionales en el área, médicos, sanitaristas y enfermeras para trabajar directamente con la población. En este capítulo nos remontaremos a la historia de las instituciones de salud fundadas en el periodo posrevolucionario y que se mantienen en la actualidad. Asimismo, nos adentraremos en momentos particulares del largo proceso histórico en la formación de médicos, sanitaristas y enfermeras. Es importante destacar desde el principio que esta tríada de personajes es el eslabón entre las instituciones y la sociedad a la cual se dirigen las políticas de salud.

En 1914, Eduardo Liceaga, entonces al frente del Consejo Superior de Salubridad fue sustituido por el general José María Rodríguez, quien asumió la responsabilidad de iniciar los cambios sanitarios que habrían de instaurar los gobiernos revolucionarios. Después de que Rodríguez, en el marco del Congreso Constituyente, propuso la federalización de la salud, el siguiente cambio importante fue modificar el nombre del decimonónico Consejo Superior de Salubridad por el nuevo Departamento de Salubridad Pública (DSP).

Durante sus primeros años de funcionamiento, y aún en medio de brotes violentos ocasionados por la Revolución, la tarea primordial del Departamento fue combatir las epidemias de tifo y de influenza española que atacaban al país. En este escenario, la labor del gral. Rodríguez se enfocó básicamente en combatir ambas epidemias y en atender las emergencias sanitarias.

En 1920, el doctor Gabriel Malda asumió el cargo como jefe del Departamento y de 1920 a 1924 dio continuidad a las campañas iniciadas por Rodríguez, negoció con los representantes de la Fundación Rockefeller para el combate a la fiebre amarilla y la unciniarasis.





Son escasos los retratos de los primeros funcionarios públicos revolucionarios que allí trabajaron; los que aquí presentamos son una demostración elocuente de que la transición institucional en materia sanitaria fue paulatina.

Por ejemplo, la fotografía de los trabajadores de servicio del recién instaurado Departamento nos muestra que algunos de ellos siguieron vistiendo los uniformes de la institución antecesora y posaron así para la fotografía como trabajadores de la nueva.

El sucesor de Malda fue el doctor Bernardo Gastélum, quien al asumir el cargo criticó la institución que recibía porque, según él, se trataba de una oficina sin tradición burocrática, con un presupuesto "miserable", con una estructura defectuosa y sin el material ni humano ni técnico necesarios para realizar el trabajo sanitario del país.¹⁹

Al promulgarse la Constitución de 1917, de *ipso facto* empezó teóricamente a funcionar el DSP; pero debido al tiempo requerido para que el gobierno pudiera consolidarse y a las cantidades insuficientes con las que se le dotó para desarrollar la inmensa labor de la nueva legislación, no le fue posible sino hasta 1925, iniciar una gestión verdaderamente eficaz.²⁰

Con este diagnóstico poco optimista en la mano, Gastélum promovió algunos cambios; el primero fue redactar el reglamento interno del cual carecía el Departamento, así como organizar secciones administrativas con tareas específicas. Por ejemplo, se inauguraron durante su gestión la *Sección Jurídica* encargada de la legislación sanitaria, la *Sección de Enfermedades*



des Transmisibles para evitar su propagación y dar seguimiento a los brotes epidémicos; la *Sección de Enfermedades Tropicales* para supervisar el combate al paludismo y la *Sección de Ingeniería Sanitaria* encargada de los trabajos de infraestructura. En el ramo de educación y propaganda se oficializaron la Escuela de Salubridad y la Sección de Propaganda y Educación Higiénica. Otro logro alcanzado durante su administración fue la reforma al *Código Sanitario* porfiriano porque ya no respondía a las demandas nacionales del momento y al respecto se decía lo siguiente:



¿Cómo hacer caber dentro del raquítico molde del Código Sanitario de 1902 fruto de una anquilosada administración, ajeno a las inquietudes sociales de la vida moderna y sistematizado dentro del orbe de las

doctrinas individualistas engendradas bajo el imperio del liberalismo clásico, las soluciones generales de las actitudes y de los problemas de hoy?.²¹

Para Gastélum había llegado el momento de llevar a cabo la federalización propuesta en el Congreso Constituyente; y cumpliendo este compromiso revolucionario reformuló en 1926 el Código Sanitario. Para su redacción se organizó una comisión de médicos e ingenieros que solicitaron a los delegados sanitarios que radicaban en los estados, sus recomendaciones para que fueran integradas al nuevo y primer Código Sanitario posrevolucionario.

Si el Departamento se organizaba administrativamente al interior, su apariencia al exterior no fue relegada. Por el contrario, los planes para construir un majestuoso edificio que le sirviera de sede se gestaron desde 1923, y dos años después, en unos terre-

nos ubicados en el Paseo de la Reforma y la Calzada de Chapultepec conocidos como el Parque Luna, el General Plutarco Elías Calles puso en marcha la construcción.²²

El 20 de noviembre de 1929, el doctor Aquilino Villanueva, sucesor de Gastélum, inauguró el nuevo edificio. En una ceremonia encabezada por el presidente Emilio Portes Gil, Villanueva reconocía que el gobierno había convertido un anhelo en realidad y entregaba al pueblo de México, el nuevo Departamento de Salubridad.

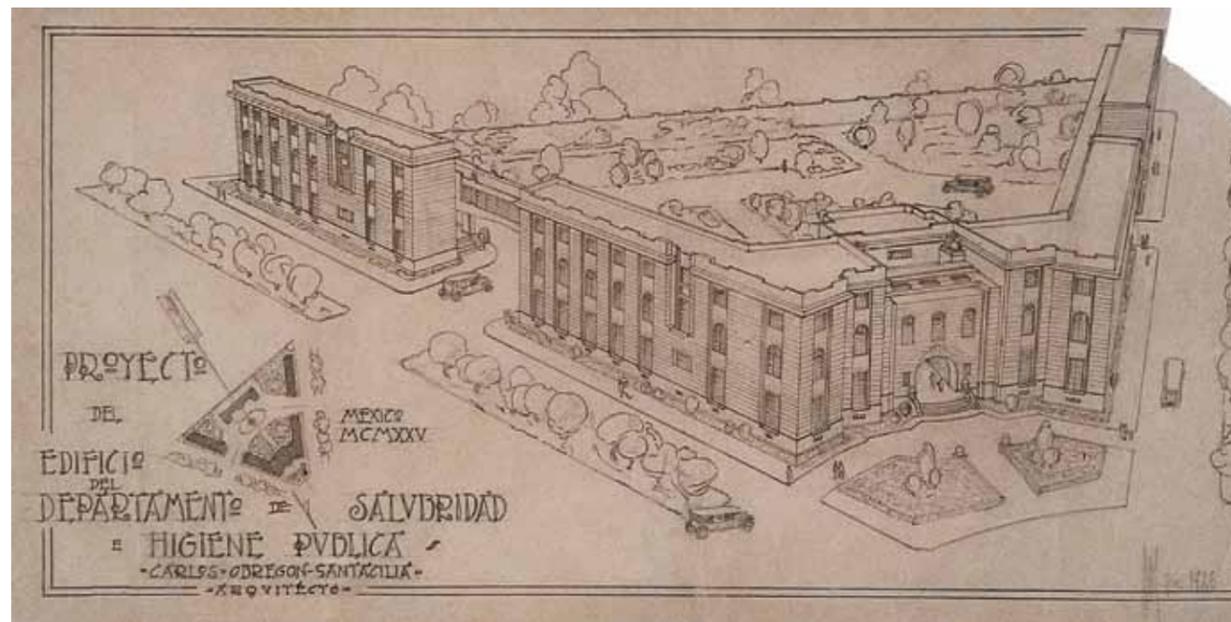
Señor presidente de la República,
señoras y señores:

Hoy hace 19 años, el 20 de noviembre de 1910, el estruendo de la Revolución que se iniciaba, vino a anunciar a México el comienzo de la etapa más convulsa de su historia, pero también la etapa más



fecunda. Bajo la corteza de reformas puramente políticas, bullía en el fondo el ansia de una transformación social; la Revolución pugnaba solo por dar un algo más de libertades, sino por traer un mejoramiento capaz de traducirse en un poco más de felicidad para los hombres. Durante 19 años el estruendo de su marcha no se ha acallado una vez y la energía de su esfuerzo ha galvanizado a los hombres, que esperan y reclaman, en premio de sus luchas, el cumplimiento de esas promesas de mejoramiento. Por eso, hoy el 20 de noviembre, el aniversario de aquel día trágico y fecundo, viene el Gobierno de la Revolución a entregar al pueblo, una promesa más que se transforma en hechos y es este nuevo Departamento de Salubridad.²³

Esta monumental construcción fue una muestra de la dimensión con que los gobiernos posrevolucionarios vislumbraron su obra sanitaria. Desde esta nueva sede sus diferentes jefes trabajaron en aras de reconstruir y mejorar la atención médico sanitaria que cada día demandaba el país.



El Departamento funcionó bajo el esquema administrativo diseñado desde mediados de la década de los veinte, hasta 1937 cuando el presidente Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Asistencia Pública y dividió sus funciones. Al primero le quedó la responsabilidad de la protección sanitaria. A la segunda, los servicios asistenciales para la población.

En 1943, el presidente Manuel Ávila Camacho decretó la fusión de ambas dependencias para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ssa) y su primer director fue el doctor Gustavo Baz, quien durante su gestión promovió importantes acciones como la construcción de una moderna infraestructura hospitalaria en la ciudad de México y en provincia.

Un ejemplo de lo anterior fue la publicación, el 19 de enero de 1943, de la Ley del Seguro Social que garantizaba a los trabajadores (no rurales) y sus familias el derecho a la salud, la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. El Instituto Mexicano del Seguro Social materializó los servicios que esta ley ofrecía; sin embargo, al finalizar el periodo del presidente Ávila Camacho, en diciembre de 1946, solamente existían dos clínicas del Seguro Social, lo que hacía inminente la edificación de una sólida infraes-



estructura arquitectónica que incluyera hospitales, clínicas, centros vacacionales y unidades multifamiliares para atender las demandas de la población. Uno de los ejemplos más destacados del desarrollo arquitectónico del IMSS es su edificio sede construido también por el arquitecto Carlos Obregón Santacilia entre 1946 y 1950.

Para completar la tríada institucional de los años cuarenta, a la instauración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social es necesario incluir al Hospital Infantil, inaugurado en 1943. Este hospital es considerado el pilar de lo que actualmente conocemos como Institutos Nacionales de Salud.

Durante la presidencia de Adolfo López Mateos (1958-1964) se constituyó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuya función fue cubrir a los trabajadores y sus familiares con servicios de seguridad social que incluían asistencia a la salud así como prestaciones sociales, culturales y económicas.

En la actualidad, las instituciones médico-sanitarias de las que hemos hablado siguen siendo la base de los servicios de atención médica que ofrece el Estado mexicano a la población.





Edificio central del IMSS

.....

El edificio que ocupa la dirección del Instituto Mexicano del Seguro Social se construyó en 1950. Fue diseñado por Carlos Obregón Santacilia, que había hecho antes importantes edificios públicos, como el Centro Escolar Benito Juárez, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Monumento a la Revolución. El primero de esos proyectos había sido de estilo neocolonial y los dos últimos compartían el uso de volúmenes monumentales de concreto armado con formas y decorados geométricos que suele conocerse como "Art-déco". El IMSS difiere de los tres. La fachada de vidrio, acero y cemento; el énfasis en los elementos constructivos y las formas muy sencillas remiten al llamado "estilo internacional", o "funcionalista". Esta adscripción es ambivalente: la banda de parteluces que recorre el frente de la construcción, envolviéndola por los costados, como si se tratara de un pórtico, es un elemento decorativo que busca jerarquizar las partes del edificio, dirigiendo la mirada hacia la entrada principal. El edificio tiene decorados de Jorge González Camarena. A los lados de la entrada principal, hizo dos relieves tallados en piedra. Del lado derecho, un albañil ataviado a la usanza medieval volteja hacia arriba, rodeado por la cuerda de una plomada (que determina una parte del juego de las formas). El albañil cuida, como si se tratara de sus vástagos, de tres figuras geométricas: el cilindro, el cono y la esfera emblemáticos del arte modernista. Aunque estos prismas están ligados a la teoría del cubismo, el relieve es una alegoría masónica. La plomada representa, como todos los actos e instrumentos que miden la tierra, el conocimiento racional del iniciado sobre los límites y posibilidades de su alma. Del lado derecho de la puerta, otro relieve alegórico representa un principio opuesto, complementario y femenino. Dos manos se entrelazan y vemos, de frente, los nudillos, de manera que aparecen como una gigantesca mazorca de maíz. Los pelos de la misma salen por arriba y recorren todo el tablero, incluyendo a una potente figura femenina con los pechos al aire que protege a sus vástagos, que ahora son niños, y no prismas.





El Hospital Infantil de México

Desde los inicios del siglo xx la Beneficencia y el Departamento de Salubridad Pública brindaron asistencia infantil en sus distintos establecimientos. En la década de 1940, como parte del plan de construcción de instituciones hospitalarias de especialidades médicas, se inauguró el 30 de abril de 1943 el Hospital Infantil de México cuyo primer director fue el doctor Federico Gómez Santos. Esta institución fue resultado del empeño de médicos y de diversas autoridades gubernamentales interesados por más de dos décadas en dar forma al primer hospital que atendiera exclusivamente la salud de la población infantil en México y que al mismo tiempo funcionara como el espacio apropiado para la enseñanza y la especialización de la pediatría -que llevaba apenas una década de desarrollo en el país- además de la investigación y la atención médica a menores. Algunos médicos y enfermeras fueron becados para especializarse en un primer momento en la Universidad de North Western en Cleveland y a su regreso instrumentaron los conocimientos y las técnicas avanzadas que habían aprendido, con lo cual el Hospital tuvo un lugar relevante en la pediatría latinoamericana.

Mercedes Alanís

Formación de médicos y personal sanitario

Para articular las políticas sanitarias diseñadas por las instituciones con las características geográficas, epidemiológicas y culturales de las diferentes regiones del país, la formación de profesionistas ha sido y es determinante en la historia de la salud pública en México. La tríada médicos-sanitaristas-enfermeras conforma el eslabón entre el Estado y la sociedad en materia de salubridad; son los interlocutores oficiales para difundir la prevención de enfermedades y la construcción de una cultura de la higiene y la salud. Han sido ellos, quienes han integrado las brigadas sanitarias de las campañas de salud nacionales.

Conocer las materias que han cursado los estudiantes de medicina a lo largo de su historia o adentrarnos en los avances científicos incluidos en sus planes de estudio, son temas de gran relevancia para la historia de la medicina mexicana y de su enseñanza; sin embargo, destacaremos los sucesos que llevaron

a las generaciones de médicos de los años veinte y treinta a vincularse con una población que demandaba —y demanda— sus servicios.

En este sentido, el momento de mayor trascendencia fue el pronunciamiento, en 1936, de que debía establecerse el Servicio Social como requisito indispensable para que los estudiantes de medicina obtuviesen el grado de médico. El Departamento de Salubridad encabezado por José Siurob y la Facultad de Medicina dirigida por el doctor Gustavo Baz, establecieron este servicio para los pasantes de carrera con la finalidad de atender la creciente demanda nacional en servicios de salud y confrontar a los futuros médicos con los problemas que vivía, principalmente, la población rural de México. Cada año el Departamento presentaba a la Facultad de Medicina una lista que incluía los nombres de los poblados con menos de cinco mil habitantes, las características de sus medios de transporte y comunicación, la existencia o no de far-



La Escuela Nacional de Medicina en tiempos de la revolución

La Escuela Nacional de Medicina llegó a 1910 con un ímpetu de renovación científica y de competitividad. La medicina mexicana pasaba por momentos en que sus raseros se equiparaban con los de los países más adelantados del mundo y este espíritu era transmitido a la tarea de formar médicos. Eran los últimos meses de Eduardo Liceaga en la dirección. Los ocho años que llevaba a su cabeza y el tiempo que apoyó muy de cerca y luego fue interino de Manuel Carmona y Valle habían rendido frutos. Los planes de estudio habían sido modificados sustancialmente en 1902 y en 1906 se habían fijado nuevas metas al contar con el apoyo del flamante Hospital General para la formación clínica. Los profesores de la Escuela Nacional de Medicina fueron preferidos para hacerse cargo de los pabellones del nuevo hospital. La lejanía, para aquellas épocas insólitas, entre el hospital que se pensaba universitario y la escuela, fue disminuida por medio de la construcción de anfiteatros de clínica, de operaciones y de autopsias. Cuando sobrevino la revolución Liceaga era aún director, pero a partir de su sucesor, Fernando Zárraga, quien accedió al cargo en 1911, hubo un desfile de personajes de gran calidad profesional y académica pero ninguno de los cuales permaneció en el puesto por un tiempo razonable.

Rafael Caraza y Espino y Julián fue director entre 1912 y febrero de 1913, Aureliano Urrutia hasta enero de 1914, Julián Villarreal, José de Jesús Sánchez, Ángel Hidalgo, José León Martínez y Nicolás Ramírez de Arellano entre enero de 1914 y mayo de 1916 y, finalmente, Rosendo Amor logró regresar la estabilidad y la calidad académica a la escuela durante el periodo de 1916 a 1920. La sola secuencia de directores marca las dificultades que tuvo que pasar la escuela para subsistir. No deja de ser significativo que de 96 alumnos que ingresaron en 1910, la matrícula bajó a sólo 14 al año siguiente. Durante el periodo del Dr. Amor fluctuó entre 226 y 309, para los años respectivos de 1916 y 1919. De un programa progresista en el que se reforzaban las ciencias básicas, entre ellas la bacteriología y la anatomía patológica aunadas a la higiene, en 1912 se incluyeron las clínicas de especialidad en pediatría, dermatología, oftalmología, ginecología y psiquiatría. En síntesis, durante el periodo revolucionario, la Escuela Nacional de Medicina se mantuvo como una institución científica de altas pretensiones que fue buscando continuamente mantener sus raseros y actualizar el conocimiento que en ella se impartía, tanto en el terreno de la teoría como en el de la práctica médica.

macias así como las posibilidades de hospedaje. Con esta información el pasante proponía en dónde realizar su servicio social. Si su propuesta era aceptada por el Departamento se le entregaba una credencial que lo identificaba como médico en turno y se le asignaba un apoyo de \$90.00 para su manutención.²⁴ La primera brigada asistencial con 260 pasantes de medicina fue apadrinada por Gustavo Baz quien les recomendó lo siguiente:

Tienen ustedes ya 6 años de estudio. Lo normal sería que dentro de unos meses reciban el título. En lugar de eso, he venido aquí a pedirles que se presenten patrióticamente a uno de los experimentos más singulares que habrá de registrar la historia de la medicina. Cada uno de ustedes irá a un lugar donde no haya médicos y pasará seis meses ejerciendo su ministerio entre gentes primitivísimas y rudísimas: hijos incultos de la sierra, del bosque, del páramo que no tienen la más leve idea de lo que es el moderno arte de curar. Deber de ustedes será introducir siquiera los rudimentos imprescindibles de la sanidad pública, enseñar nociones de higiene y recoger datos, hechos, estadísticas, sobre el género de vida de cada lugar.²⁵

A la par de este proyecto entre el Departamento de Salubridad y la Facultad de Medicina, el Instituto Politécnico Nacional (IPN), fundado en 1936 por el general Lázaro Cárdenas, abrió la carrera de Medicina Rural. El propósito de esta carrera fue cimentar entre sus estudiantes conocimientos antropológicos, culturales y sociales, para sensibilizarlos frente a la realidad social del país.

Los promotores de la carrera sostuvieron que el médico rural ahuyentaría en un tiempo dos formas anacrónicas e igualmente antisociales del ejercicio de la medicina, a saber: "el brujo o hechicero con su magia primitiva y sus burdas mentiras y el Médico

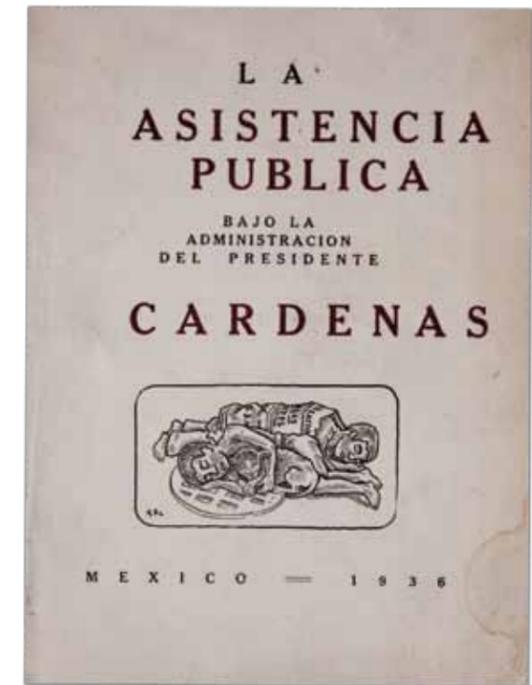




explotador, dueño de una ciencia y una técnica rudimentarias, atóricas e invadido de un insaciable afán de dinero o enfermo irremediable de la sensación de fracaso profesional representado por el exilio en un pequeño poblado".²⁶

La demanda de los médicos rurales fue forjar una ideología de la medicina que tuviera como eje rector la convicción de que su único interés era servir a la colectividad en la curación y prevención de enfermedades. Tal y como lo habían propuesto los doctores Miguel Bustamante y Jesús Díaz Barriga, la práctica de los médicos debía realizarse afuera de las aulas y de los hospitales. Las necesidades médico-sanitarias de finales de la década de los treinta e inicios de los cuarenta así lo demandaron.

A diferencia de la figura de antaño del médico, la del sanitarista apareció en el escenario de la salud pública a inicios del siglo xx y fue un requerimiento nacional en materia de salud. Desde 1920, el doctor Al-





fonso Pruneda sostenía que era necesario crear estudios especializados para formar a enfermeras, inspectores sanitarios, oficiales y doctores en salubridad.²⁷ Pruneda fungía como Secretario General del DSP en el marco del VI Congreso Médico Nacional. Con base en el modelo estadounidense diseñado por William Welch en 1918, lo ideal era formar en México a doctores en Salubridad especialistas en medicina preventiva.

En respuesta a estas iniciativas, en enero de 1922 se aprobó la fundación de la Escuela de Salubridad en México que tuvo su primera sede en la calle del Chopo #16. En febrero del mismo año se abrieron las convocatorias. Durante los primeros tres años de operaciones de la escuela restringieron el acceso a médicos cirujanos con título expedido por la Facultad de Medicina o estudiantes de medicina de universidades de provincia avaladas por el Departamento de Salubridad Pública.

El servicio social en la actualidad

.....

No puedo olvidar el curso de inducción que se nos dio una semana antes de comenzar el servicio social en Chiapas: "Ustedes son la base de la salud del estado, ustedes vienen a resolver los problemas y contamos con ustedes para salir adelante", esto fue lo que nos dijeron. Entiendo la necesidad de alentar a los nuevos pasantes para que demos lo mejor, sin embargo, es absurdo que en el año 2010 sigamos con el mismo discurso, las brechas de aislamiento han disminuido, el acceso a la población marginada es mayor, las oportunidades de influir son mayores, sin embargo, parece que seguimos sin creer en la continuidad, o diría más bien que es muy fácil lavarse las manos creyendo que un servicio social de un año puede resolver los problemas de salud de la población.

Adolfo Hernández



PARTE DEL PERSONAL DE LA DIRECCION Y SERVICIOS DE HIG. RURAL Y MED. SOCIAL, MOVILIZADO A COLIMA, COL.



A estos últimos se apoyaría con una pensión de 100 pesos mensuales para su manutención.

En 1925 esta disposición fue modificada porque limitaba a personas sin carrera la posibilidad de estudiar en la Escuela, así que ésta abrió sus puertas a los trabajadores del Departamento y al público en general. Esto permitió un mayor flujo de inscritos a quienes la escuela formó como técnicos en laboratorio, inspector de bebidas, agentes de desinfección y de enfermedades infecciosas.

Una de las carreras técnicas de relevancia fue la de la enfermera visitadora quien, a diferencia de la titulada cuyo campo de acción se circunscribía a la clínica y el hospital, tuvo en las visitas domiciliarias su *modus operandi*.²⁸ Particularmente su trabajo consistía en establecer relación directa con las comunidades y promover una comunicación que facilitara la atención médica. Su trabajo debía incidir en la vida cotidiana de las mujeres y en particular de las embarazadas y primerizas a quienes transmitía los consejos básicos de puericultura. A lo largo de la década de 1920 la atención a la salud materno-infantil fue una preocupación internacional. Las autoridades sanitarias mexicanas no fueron la excepción.

La formación de enfermeras también corrió por cuenta de las estaciones de entrenamiento fundadas por la Fundación Rockefeller en varios estados de la República Mexicana. Particularmente la establecida en la ciudad de Cuernavaca (Morelos), trabajó conjuntamente con los estudiantes de la Escuela de Salubridad quienes iban a realizar allí sus prácticas.

Desde el momento de su fundación se esperaba que la Escuela de Salubridad formara un "ejército sanitario" para encabezar las campañas de salud en el país y esa fue su misión en los primeros 15 años de existencia; justo en la etapa que se conoce como "salubrista" y que duró de 1922 a 1938. Las estadísticas de quienes terminaron la carrera durante este periodo revelan que fueron mil ochenta y dos estudiantes.²⁹ Esta cantidad equivalía a setenta y dos egresados por año, cantidad insuficiente para hacer frente a la demanda de atención sanitaria y el compromiso del Estado por extender los servicios de salud a todo el país.



Hacia 1932 el DSP reportaba que de los 3 mil 88 municipios en que estaba dividido el territorio nacional, 658 (20.66%, es decir, un promedio de 4 millones de habitantes) se encontraban sin servicio médico y asistencial.³⁰

Si bien los datos demuestran que la cantidad de egresados de la escuela resultaron insuficientes, fue la conjunción de médicos, sanitaristas y enfermeras la que formó los "ejércitos sanitarios" que esperaban organizar los gobiernos posrevolucionarios y que la comunidad demandaba.

Los informes de trabajo escritos por cada uno de estos personajes son una fuente histórica de gran valor que nos permite conocer su experiencia y las vicisitudes que enfrentaron en las comunidades, que no siempre los recibieron con los brazos abiertos. Los relatos de

su trabajo *in situ* nos confirman que fueron testigos de las precariedades sociales y económicas que, en la mayoría de los casos, imposibilitaron que las campañas de salud se llevaran a cabalidad y arrojaran los resultados esperados. Además, esta condición los puso como blanco de numerosos actos de resistencia y acciones violentas de personas que por desconocimiento, negligencia, prepotencia o desconfianza los agredieron verbal y/o físicamente impidiendo, muchas veces, que cumplieran con su trabajo. Rescatar esta historia nos permitirá reconstruir con la voz de sus actores, un importante capítulo de la historia de la salud pública.

En nuestros días el Servicio Social sigue siendo un requisito de titulación para las nuevas generaciones de jóvenes estudiantes de medicina quienes a diferencia de sus colegas de mediados del siglo XX, desarrollan su profesión en medio de nuevas tecnologías que han modificado la enseñanza de su profesión. La atención de enfermos terminales, el crecimiento poblacional y el aumento de esperanza de vida han dado lugar a la creación de nuevas especialidades e incluso nuevas carreras, como la biomedicina o la bioingeniería. El uso de las computadoras ha permitido avanzar en el

análisis estadístico y elevar el potencial de la investigación epidemiológica y poblacional así como el diseño de modelos de intervención de sistemas de salud.

Por su parte la Escuela de Salubridad después de aquella primera etapa salubrista que promovió la formación de sanitaristas que se integraron en campañas de salud específicas, ha pasado por diferentes etapas de proyección educativa que se han ajustado a las necesidades epidemiológicas y humanas, así como a los avances tecnológicos. De 1939 a 1969, la Escuela se proyectó bajo la llamada etapa microbiologicista en la que compartió instalaciones y profesores con el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Entre 1970 y 1986, se desarrolló la etapa llamada de "inferencia epidemiológica y de los sistemas de salud".³¹ En 1987 fue fundado el Instituto Nacional de Salud Pública y en 1994 estrenó instalaciones en la ciudad de Cuernavaca en donde actualmente funciona la Escuela.

Los tiempos han cambiado y las demandas de salud también. La formación del personal humano en salud se ha diversificado. Lo que debe prevalecer es el compromiso social y este es quizá uno de los mayores retos en el devenir de la salud pública en México.

Jefes del Departamento de Salubridad:

Dr. José María Rodríguez	Febrero 1917 a mayo 1920
Dr. Gabriel Malda	Mayo 1920 a noviembre 1924
Dr. Bernardo J. Gastélum	Diciembre 1924 a noviembre 1928
Dr. Aquilino Villanueva	Diciembre 1928 a febrero 1930
Dr. Rafael Silva	Febrero 1930 a enero 1932
Dr. Gastón Melo	Enero 1932 a octubre 1933
Dr. Manuel Madrazo	Octubre 1933 a diciembre 1934
Dr. Abraham Ayala González	Diciembre 1934 a junio 1935
Dr. José Siurob	Junio 1935 a enero 1938
Dr. Leonidas Andrew Almazán	Enero 1938 a agosto 1939
Dr. José Siurob	Agosto 1939 a noviembre 1940
Dr. Víctor Fernández Manero	Diciembre 1940 a octubre 1946

Secretaría de Asistencia:

Dr. Enrique Hernández Álvarez	Enero 1938 a octubre 1938
Dr. Silvestre Guerrero	Enero 1939 a noviembre 1940
Dr. Gustavo Baz Prada	Diciembre 1940 a octubre 1943

Secretaría de Salubridad y Asistencia:

Dr. Gustavo Baz Prada	1943- 1946
Dr. Rafael Pascacio Gamboa	1946 -1952
Dr. Ignacio Morones Prieto	1952 -1958
Dr. José Álvarez Amézquita	1958-1964
Dr. Rafael Moreno Valle	1964-1968
Dr. Salvador Aceves Parra	1968-1970
Dr. Jorge Jiménez Cantú	1970-1975
Dr. Ginés Navarro Díaz de León	1975-1975
Dr. Emilio Martínez Manatou	1976-1980
Dr. Mario Calles	1980-1982
Dr. Guillermo Soberón	1982-1988
Dr. Jesús Kumate Rodríguez	1988-1994
Dr. Juan Ramón de la Fuente	1994-1999
Dr. José Antonio González Fernández	1999-2000
Dr. Julio Frenk	2000-2006
Dr. José Córdoba Villalobos	2006-







Arquitectura hospitalaria

Con la construcción del virreinal Hospital de Jesús, por instrucción de Hernán Cortés, se inició en la Nueva España y sus provincias el proceso de edificación de monumentales edificios cuyos interiores alojaron a los llamados convento-hospital. A lo largo de los siglos XVI al XVIII, la ciudad de México y los actuales estados de Puebla y Morelos fueron importantes sedes de inmensas salas de estancia y curación para enfermos.

Al proyecto de Hernán Cortés siguió el trabajo realizado por las órdenes religiosas hospitalarias que se asentaron en la Nueva España. Los hospitales más importantes fueron el Hospital de San Lázaro (1521-1524), el Hospital Real de San José de los Naturales (1531) y el Hospital del Amor de Dios. Entre las órdenes que destacaron podemos mencionar la de San Juan de Dios (1606) y su hospital con el mismo nombre.

Otras dos órdenes importantes fueron la de San Hipólito que atendió a alienados mentales y la de Nuestra Señora de Belem y San Francisco Xavier, constituida en Guatemala y cuya especialidad fue la atención a enfermos en fase de recuperación.

Mención aparte merece el proyecto dirigido por Vasco de Quiroga en Michoacán quien basado en la *Utopía* de Tomás Moro, fundó sus hospitales-pueblo que se convirtieron en un modelo de eficiencia evangelizadora en donde el hospital era el eje rector de las comunidades.³²

Otro tipo de edificaciones coloniales fueron los promovidos por filántropos quienes con sus cuantiosas fortunas o por su "condición piadosa de clérigos, tomaban bajo su control y generalmente con el apoyo de su hacienda personal, la construcción de estos recintos".³³ Un ejemplo en la ciudad de México fue el Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes construido por el carpintero José de Sáyago en 1687. En el edificio que le sirvió de sede, se aloja actualmente el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

Para mediados del siglo XIX solamente funcionaban ocho hospitales coloniales que resultaban insuficientes

Hospital de Jesús

México Pintoresco.—De la Avenida de S. Cosme a la Plaza Mayor



Vista de la Iglesia y del Hospital en el ex-convento de S. Juan de Dios.

para un periodo políticamente convulsionado. En marzo de 1847, ante la inminencia de la invasión estadounidense, se edificó el Hospital Juárez en respuesta a la demanda de puestos de socorro para la población.³⁴

En general, en el siglo XIX no hubo importantes proyectos en materia hospitalaria hasta que por iniciativa de Porfirio Díaz se empezó a construir en 1897 el Hospital General inaugurado en 1905 y uno de los dos complejos arquitectónicos monumentales más importantes del gobierno del general Díaz.

Al poco tiempo de inaugurado el Hospital General inició la construcción del manicomio general de La Castañeda.

La relevancia en lo vanguardista de estos dos hospitales precursores de la arquitectura hospitalaria del siglo XX es que se concibieron como instituciones;

es decir, no sólo como edificios acondicionados para atender enfermos; a ese servicio se añadía un plan social amplio que incluyó el desarrollo de actividades de enseñanza y práctica médica.

Durante la Revolución, los hospitales civiles y militares que atendieron a los heridos de guerra o enfermos por epidemias fueron muy limitados en cantidad y en condiciones materiales. Mientras duró la lucha armada existieron los llamados “tren-hospital” o “convoy sanitario” que recorrieron los estados en conflicto y fueron la opción de atención hospitalaria.³⁵

Al término de la lucha armada, los gobiernos pos-revolucionarios comenzaron por reconocer la necesidad de readecuar los pocos hospitales existentes. El primero fue el Hospital Juárez entre 1920- 1926 y a partir de 1924 el Hospital General, ambos sitios sirvieron para que los estudiantes de la Facultad de Medicina realizaran sus prácticas clínicas con los pacientes allí internados. En el General se abrieron las especialidades



Hospital de Jesús, Pátzcuaro, Michoacán.

REGLAS,
 Y
ORDENANZAS
 PARA EL GOBIERNO
DE LOS HOSPITALES
DE SANTA FE
 DE MEXICO, Y MICHOACAN,
DISPUESTAS
 POR SU FUNDADOR
 EL R.MO. Y VENERABLE SR.
DON VASCO
 DE QUIROGA
 PRIMER OBISPO
 de Michoacán,

El Hospital General de la Ciudad de México

A fines del siglo XIX se trazaba la Colonia Hidalgo al sureste de la ciudad de México. En ella, un enorme predio cercano a las Calzadas de la Piedad y Tlalpan fue donado por un filántropo de nombre Pedro Serrano, para que se construyera allí el gran hospital que los nuevos tiempos requerían. El magno proyecto para el hospital general fue encargado al Ing. Roberto Gayol, quien lo inició en 1897, y bajo la dirección médica estuvo el doctor Eduardo Liceaga, obra que fue concluida por el Arq. Manuel Robleda Guerra, en 1905 e inaugurado solemnemente el 5 de febrero por el presidente Porfirio Díaz. Desarrollado en un predio de grandes proporciones, 124 mil 692 m², lo ocupaban 49 edificios. Fue realizado como nunca antes se había

concebido un centro hospitalario en el país: con edificios independientes o pabellones, rodeados por jardines y comunicados por calles, circundado todo por una barda perimetral de 3 metros de altura y por garitones de vigilancia. Dependía del ministerio de Gobernación y era dirigido por la Sección de Beneficencia Pública. La obra concluida fue pulcramente fotografiada por Guillermo Kahlo. El resultado del trabajo fue presentado en el Álbum del Hospital General, en 1905, donde estaba la serie de fotografías del conjunto de pabellones hospitalarios. Con ellas iba a contribuir en la visión gubernamental optimista de situar a México entre las naciones de mayor prosperidad económica.

Cecilia Gutiérrez Arriola



El Manicomio General La Castañeda, 1910-1968

En septiembre de 1910 fue inaugurado por el presidente Porfirio Díaz, en el marco de las fiestas del centenario de la independencia, el imponente Manicomio General. La novísima institución psiquiátrica, erigida en la antigua hacienda de La Castañeda -en el pueblo de Mixcoac-, significó el inicio de la psiquiatría moderna en México. El nuevo complejo arquitectónico, compuesto por 25 edificios y con capacidad para 1200 pacientes, cumplía con los lineamientos internacionales en cuanto a funcionalidad, higiene y terapéutica. La inauguración significó la culminación de un ambicioso proyecto gestado a lo largo del porfiriato en aras del aislamiento y control de aquellos "locos" considerados como causantes de la "degeneración" de la raza. Con el pasar de los años, y debido a las múltiples irregularidades del Manicomio, se tejió una leyenda negra que lo consolidó en el imaginario colectivo como un sitio marcado por atropellos, maltratos, atrocidades, abusos y corrupción; mientras los pacientes morían en el hacinamiento, víctimas del hambre, de las epidemias y de la alarmante insalubridad. Sin embargo, la leyenda negra tiene su contraparte: La Castañeda fue el espacio por excelencia para la formación de generaciones enteras de psiquiatras en el ejercicio de la clínica. Además, allí se implementaron las técnicas que en su momento fueron novedades para el tratamiento de las enfermedades mentales, desde la hipnosis y la hidroterapia durante los primeros años, hasta la electroterapia, el uso de psicofármacos y la neurocirugía.

Andrés Ríos Molina



médicas de cardiología, gastroenterología y urología, se crearon sociedades médicas y se impulsó la investigación como parte inherente a la docencia.

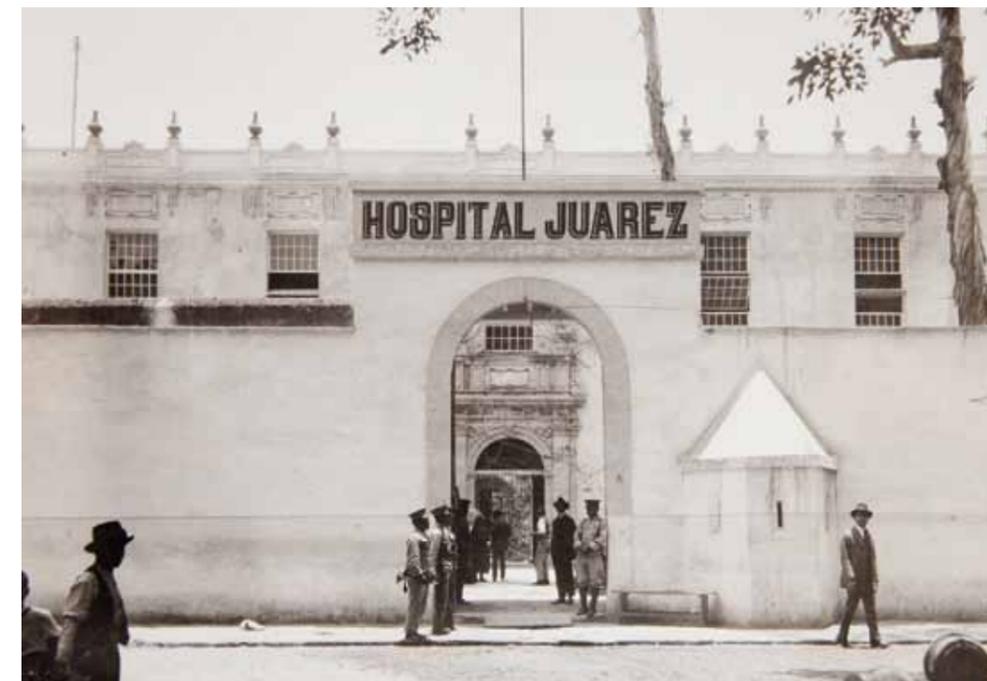
Estas actividades se combinaron con la atención médica a pacientes y se mantuvo la continuidad en la concepción y diseño de los hospitales que debían construirse en el país. Entonces, los arquitectos y los médicos interactuaron en equipo para impulsar la construcción de hospitales "modernos" y el arquitecto José Villagrán junto con el doctor Gustavo Baz jugaron un papel fundamental en esta nueva etapa constructiva que inició en 1925 con la construcción del Instituto de Higiene y la Granja Sanitaria de Popotla. En este nuevo espacio, se dispuso del equipo e instalaciones necesarias para producir la vacuna anti variolosa. El fotógrafo Guillermo Kahlo, quien había realizado un importante trabajo de registro fotográfico del Hospital General, captó con su cámara las primeras etapas constructivas de este edificio que era uno de "arquitectura pragmática y con cierto parentesco todavía con la estética arquitectónica de la Academia de Bellas Artes del tiempo porfiriano".³⁶ A la construcción de la Granja Sanitaria le siguió, en 1929, el Sanatorio para Tuberculosos en Huipulco

en donde se encuentra actualmente el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Fue en la década de los cuarenta, particularmente durante la presidencia del General Manuel Ávila Camacho, cuando se inició un proyecto sistemático de construcción hospitalaria. La arquitectura de entonces buscaba construir el hospital modelo como prototipo de modernidad y funcionalidad. Para alcanzarlo se puso en marcha el llamado Proyecto Hospitales dirigido desde la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El proyecto fue encabezado por el doctor Gustavo Baz, quien presidía la Asociación Interamericana de Hospitales y el Seminario de Arquitectura Nosocomial del que por supuesto participó el arquitecto Villagrán. Al decir de Norberto Treviño, cercano colaborador de Baz, a los pacientes no sólo había que ofrecerles los beneficios de la ciencia médica, sino también un albergue "humanitario y amable" en donde convergieran el trabajo científico y el personal reunido en el hospital.³⁷

El plan original era trazar "un vasto programa de acción que nos conduzca a un plan de trabajo de construcción de hospitales en equilibrio armonioso con las necesidades de nuestra población."³⁸ Era necesario



tomar en cuenta otros aspectos como el microclima de la región, el número de pacientes que ingresaban al hospital y la existencia de otros hospitales en la misma zona. Un tema que no perdieron de vista fue la parte educativa y docente porque se argumentaba que no podía haber una verdadera formación de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales fuera de una "institución- hospital". Por esta razón se construyeron aulas equipadas con lo necesario y sobre todo se innovó con los grupos de médicos residentes e internos que vivían en el hospital dedicando tiempo completo al servicio médico.

Como parte de este proyecto fueron construidos, equipados y puestos en servicio entre 1943 y 1944, el

Hospital Infantil, el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, el Hospital Manuel Gea González, y cientos de clínicas en la ciudad y en los estados. Un ejemplo de esta nueva relación entre el espacio arquitectónico y su funcionalidad, lo tenemos con las granjas para enfermos mentales cuya construcción inició en 1945.

El inicio del Proyecto Hospitales se dio de manera paralela con la instauración del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943).

El primero y más representativo fue el Hospital de Zona no. 1, mejor conocido como Hospital de La Raza. Su construcción se puso a concurso y entre nueve arquitectos que participaron, ganó el proyecto de Enri-



Granja Sanitaria de Popotla.







que Yáñez quien construyó la primera parte del hospital entre 1945 y 1952. Fue inaugurado el 29 de octubre de 1952 por el presidente Miguel Alemán Valdés y el director del Instituto Mexicano del Seguro Social, Antonio Díaz Lombardo. Sin embargo, como aún faltaban detalles de construcción, empezó a funcionar como un Hospital General a partir de 1954.

Desde la primera etapa del Proyecto Hospitales se planteó la necesidad de construir un Centro Médico y para eso, los arquitectos José Villagrán y Mario Pani diseñaron un proyecto monumental con edificios de corte funcionalista. Éste empezó a construirse en 1954 con el modelo arquitectónico de edificios destinados a la hospitalización y tratamiento de los pacientes, aulas para la educación médica, además de comedores, almacén, enfermería, auditorios, etc.



Arquitectura Hospitalaria en México

A principios del siglo xx, los hospitales que había en México funcionaban en viejas casonas adaptadas o en establecimientos concebidos a base de pabellones aislados entre sí como el Hospital General (1905) o el Manicomio General de la Castañeda (1910). En 1943, la Secretaría de Salubridad y Asistencia definió, con apoyo de arquitectos y médicos, el hospital modelo. Se proyectaron nosocomios de varios cuerpos prismáticos rectangulares alargados unidos entre sí

perpendicularmente, cuyas plantas arquitectónicas parecían "avioncitos". La idea era optimizar el funcionamiento en tres aspectos: atención a salud de los enfermos, enseñanza al personal, investigación científica. Los servicios incluirían: consulta externa e intermedios, hospitalización, enfermería y servicios generales o auxiliares. Ejemplo Hospital de La Raza del Seguro Social (1952).

En su construcción participaron más de treinta arquitectos pero llevaron la batuta Enrique del Moral, José Villagrán y Enrique Yáñez.

En 1954 inició la construcción y concluyó en 1961. Durante este periodo dependió de la Secretaría de Salubridad y Asistencia pero a fines de 1961, esta institución se declaró imposibilitada económicamente para mantenerlo por lo que, mediante acuerdo presidencial, se vendió al Instituto Mexicano del Seguro Social. Después de las dramáticas consecuencias de los sismos de 1985 que vivieron la ciudad de México y sus habitantes, se puso en operación el Centro Médico Nacional Siglo XXI que sustituyó al anterior dejando en el pasado, un proyecto arquitectónico que en su época representó la modernidad en construcción hospitalaria.

Con el Proyecto Hospitales se constituyeron algunos institutos de especialidades para los cuales se construyeron edificios adecuados. El más reciente de todos es el Instituto Nacional de Rehabilitación.



Maqueta del Centro Médico Nacional.

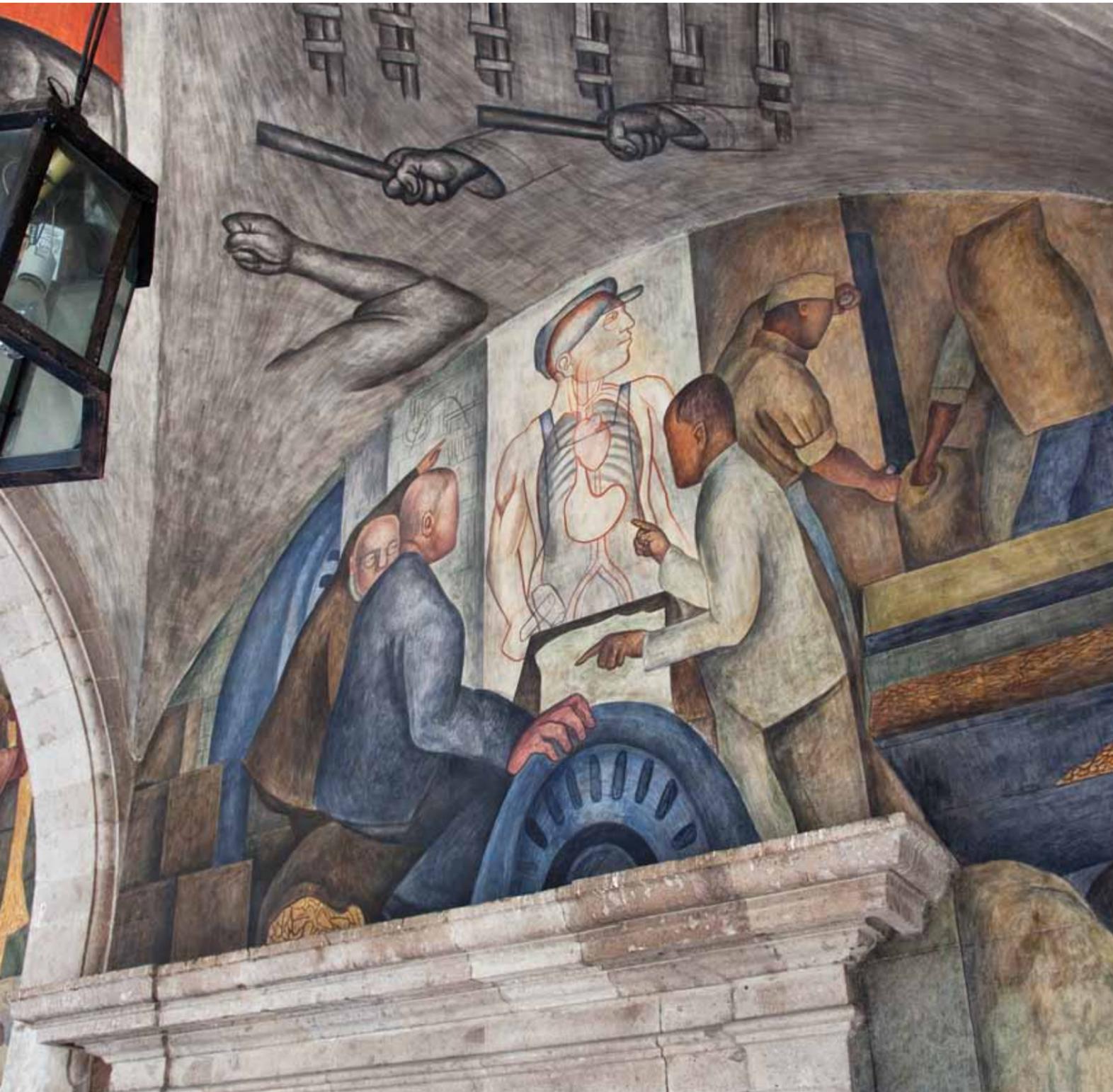


Las granjas para enfermos mentales

El tratamiento de los enfermos mentales es una de las tareas más difíciles a las que se ha enfrentado el Estado mexicano. Uno de los programas que recibió una gran inversión pública fue la creación de trece granjas entre 1945 y 1968 a lo largo y ancho del país. El eje asistencial de estas granjas estaba basado en el trabajo agrícola realizado por los pacientes en un ambiente que favoreciera su socialización en contacto con la naturaleza. Se pensó que esta terapéutica combinada con los espacios abiertos ayudaría a la rehabilitación de los enfermos crónicos y disminuiría

el tiempo de estancia de los de reciente ingreso. Sin embargo, en unos cuantos años se puso en evidencia el fracaso terapéutico de este modelo asistencial que no rehabilitó a los crónicos, cronificó a los agudos y mantuvo a ambos en extremo abandono y sin personal médico suficiente, tal y como lo denunció la prensa en su momento. Además, algunas granjas estaban lejos de los centros urbanos, lo que aisló a los enfermos de sus familiares. Actualmente la mayoría de ellas se han transformado en hospitales psiquiátricos.

Cristina Sacristán



Pablo O'Higgins, Mercado Abelardo L. Rodríguez.

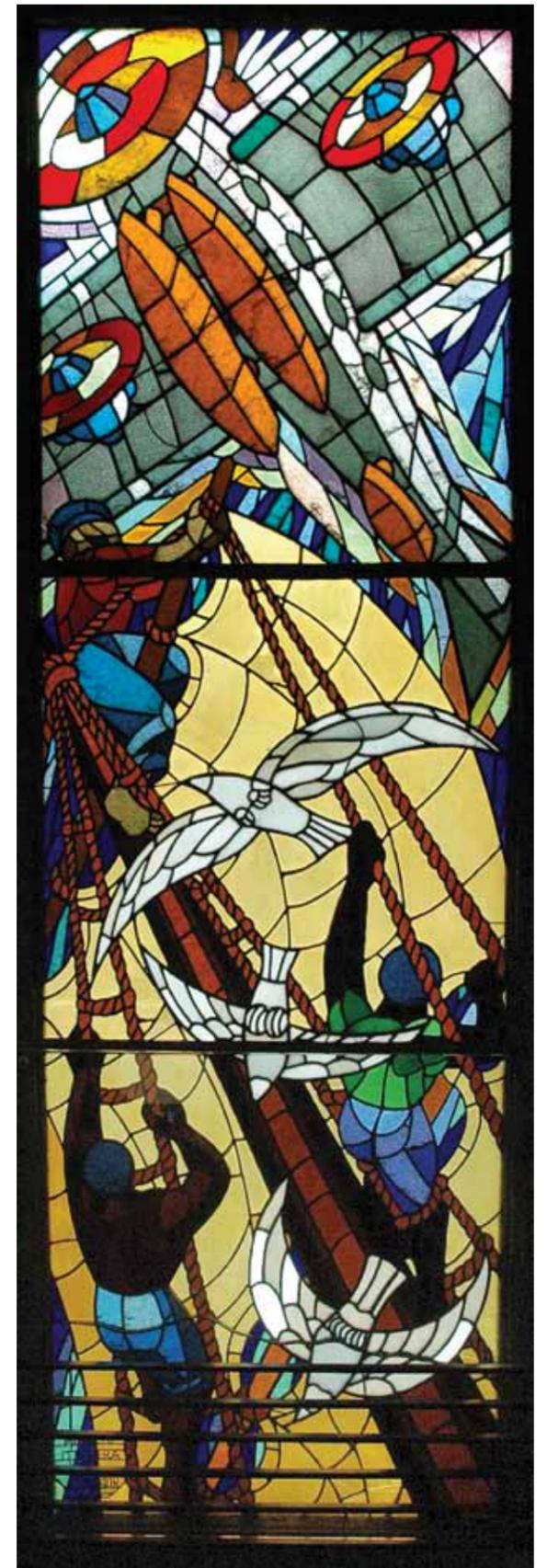
Murales

Sumado a las innovaciones arquitectónicas, la forma de concebir a la nueva "institución-hospital" el Proyecto Hospitales significó en el terreno de la salud pública nacional la construcción de una llamativa propuesta de decoración. Los arquitectos y artistas plásticos de la época lo llamaron *integración plástica* porque combinaba el diseño arquitectónico con la propuesta pictórica o escultórica. El arquitecto Enrique Yáñez la describió como la manera de enriquecer la expresión arquitectónica con la participación de otros artistas con técnicas diferentes y específicas como escultores, pintores, mosaiquistas y fotógrafos.³⁹ En 1948 se unieron y los arquitectos e ingenieros construyeron inmuebles que fueron decorados por pintores, escultores y grabadores. El Estado destinó importantes recursos económicos para ello y los nuevos centros hospitalarios fueron sede para el desarrollo de la *integración plástica* en temas relacionados con la medicina y la salud pública.

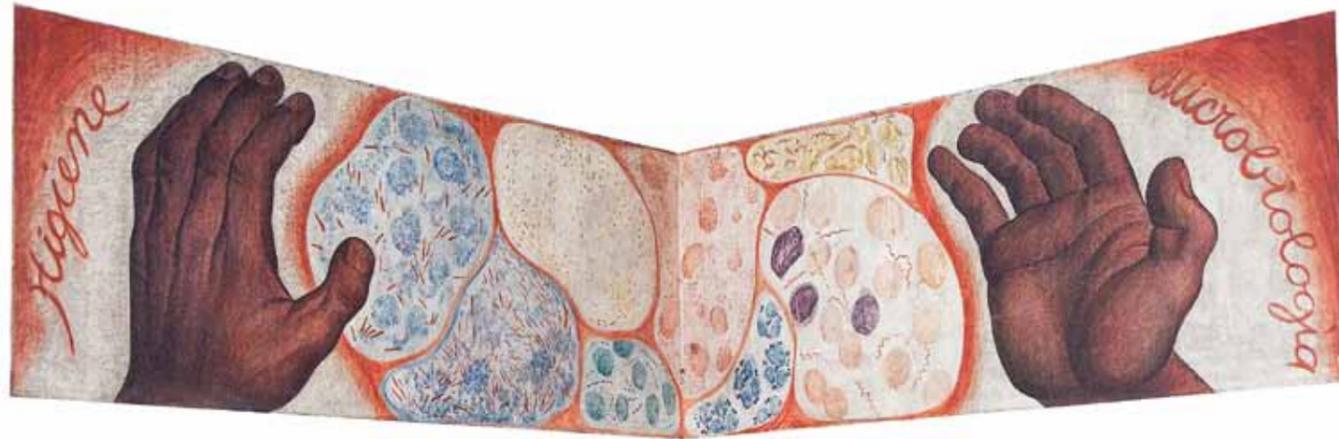
Cuando se construyó el edificio que hoy alberga a la Secretaría de Salud el arquitecto Carlos Obregón Santacilia invitó a Diego Rivera para que decorara el salón principal, el vestíbulo del edificio de los laboratorios y los vitrales de las ventanas en las escaleras principales. Al escultor Manuel Centurión, maestro de escultura de la Escuela de Artes Plásticas, le pidió esculpir mascarones para decorar los ángulos de la fachada principal y al estadounidense Hans Phillings, algunos bajorrelieves de los marcos de las puertas.

Rivera pintó en el techo y paredes del salón principal representaciones de los cuatro elementos naturales encarnados en cuerpo de mujeres, mientras que en los laboratorios pintó microbios controlados por un par de manos enmarcadas por las palabras *educación*, *profilaxis*, *salubridad*, *higiene* y *microbiología*. Estas pinturas no fueron lo que sus solicitantes esperaban y las palabras de Obregón Santacilia son elocuentes:

La participación de Rivera ha resultado un fracaso, porque el pintor se siente genio y no se puso de acuerdo con el arquitecto



Diego Rivera, Secretaría de Salud.



Diego Rivera, Secretaría de Salud.

para la integración de su obra dentro de los espacios; el resultado, por tanto, fue desastroso.

Pensé que era necesario que en el plafón del salón de juntas hubiera algunas figuras de Diego Rivera y este pintor sin fijarse ni en las escalas ni proporciones, pintó gigantescas y horripilantes figuras que empequeñecieron el salón, originalmente de proporciones agradables.⁴⁰

Algunos años después de terminada esta decoración se inauguró el Mercado Abelardo L. Rodríguez. En noviembre de 1934 se proponía como un espacio modelo de higiene para la venta de comestibles. Allí los jóvenes Ángel Bracho, Antonio Pujol y Raúl Gamboa pintaron murales que se relacionan con la alimentación y la enfermedad. Cada uno de ellos denunció a su manera la falta de educación alimentaria, la injusta repartición de comida y las enfermedades que provoca el trabajo en espacios insalubres como las minas.



Ángel Bracho, Mercado Abelardo L. Rodríguez.

De una manera didáctica, Bracho explica en su fresco titulado *Influencia de las vitaminas*, la importancia y el beneficio del consumo de las vitaminas A, B y C para el organismo humano y, sobre todo, el valor de estas en la conformación de una nueva generación de mexicanos saludables. Por su parte, Gamboa representó a la desnutrición de una manera descarnada porque tiende en el piso a mujeres que no pueden sostenerse en pie y que, con sus hijos en brazos, esperan la repartición de granos. Pujol, en cambio dedica un fragmento de su mural a representar las enfermedades a que están expuestos los mineros. Por eso vemos a uno de ellos que sufre los efectos de un padecimiento respiratorio debido a los gases por la extracción de minerales.

Los murales pintados en provincia también son ejemplos representativos. Destacan *Ignorancia y Cultura* (1948-1951) que el veracruzano Ramón Cano Manilla pintó en la escuela primaria "Dr. Héctor Pérez Martínez" en el Mante, Tamaulipas, donde retrató de manera grotesca el efecto que el alcohol y las drogas producen en la salud física y mental de los consumidores. Otras temáticas como la clásica representación de los médicos desempeñando su trabajo de científicos y la historia de



Arriba: Ramón Cano Manilla, El Mante, Tamaulipas. Derecha: José Chávez Morado, Centro Médico Nacional Siglo XXI.





David Alfaro Siqueiros, Hospital La Raza.

Muralismo y salud pública

En el Hospital de La Raza pueden verse pinturas murales de dos artistas fundamentales de la cultura nacional: Diego Rivera y David Alfaro Siqueiros. En los años cincuenta, los muralistas confirmaban su propósito de crear arte monumental dirigido a las masas y por ello, en el primer hospital general del IMSS, exaltaron la salud pública como una conquista social. En su fresco, Rivera equipara el saber y la práctica medicinal de la antigüedad indígena con la modernidad técnica y científica, puesta al servicio del pueblo. El bienestar biológico y social se desarrolla al amparo de potencias

de la mitología mesoamericana. Por su parte, Siqueiros convoca a la acción revolucionaria a través de una representación dinámica, de colorido violento. Una visión oscura y crítica del presente contrasta con la imagen luminosa del futuro socialista, donde el pueblo emancipado (entre ellos un médico) acciona un poderoso generador de energía. Ambos murales, muy distintos en su argumento, expresan un ideal común: la seguridad de los mexicanos depende de la evolución paralela de conocimiento, técnica y justicia social.

Itzel Rodríguez Mortellaro

la medicina fueron representados en la obra de Ramiro Romo, *Evolución médica* (1959) y de Roberto Cueva del Río "Riverita" en Jiquilpan, Michoacán.

Para hablar de los murales pintados en hospitales es necesario iniciar con *La Historia de la Cardiología* de Diego Rivera, quien en franca comunicación con el doctor Ignacio Chávez, pintó en el vestíbulo del recién inaugurado Instituto Nacional de Cardiología los «temas cardiológicos» que ambos planearon. Esto sucedió entre 1943 y 1944. Esta pintura marcó la pauta para la producción muralística directamente vinculada con los hospitales. Pero sin duda, los ejemplos más representativos del Proyecto Hospitales fueron los pintados en el Hospital de La Raza y el Centro Médico Nacional.

Cuando los murales estuvieron a la vista del público fueron motivo de críticas. Lo que no pasó desapercibido fue el discurso iconográfico y el particular estilo de cada uno de ellos. Un periodista de la época opinaba lo siguiente:

Alfaro Siqueiros posee ese singular demonio creador y comunicativo que es intuición y catarsis o purificación afectiva. En ese sentido hay más sinceridad estética en él que en el frío y académico señor de los conjuntos, Diego Rivera...Siqueiros habla con pujante oratoria más efectiva que todos los mítines. Esto unido a una innata psicología de masas del porque de la fuerza de sus producciones.⁴¹

El Centro Médico Nacional también fue sede de un espectacular trabajo muralístico y escultórico. En esta ocasión el museógrafo Fernando Gamboa participó con los arquitectos en este proyecto de integración plástica. Fue convocado por el arquitecto Yañez, en 1957, para coordinar el proyecto de decoración artística. Inicialmente, Gamboa propuso decorar 112 espacios que incluían desde los muros de la unidad de academias médicas y las salas de espera, hasta las casetas de los elevadores, pero recomendó sobre todo decorar los lugares destinados a la enseñanza porque



Bocetos de murales explicativos de la rehabilitación ca. 1950. Autor desconocido.

consideraba importante infundir en los estudiantes de medicina los conceptos humanos y sociales de la moderna medicina estatal. Según él, esto sólo podría lograrse a través del arte.

Los pintores y escultores que participaron de este proyecto fueron José Chávez Morado, Francisco Zúñiga, Alberto Beltrán, Luis Nishizawa y David Alfaro Siqueiros. Leonora Carrington presentó una propuesta para pintar en el Hospital de Oncología y su director insistió en que ésta se llevara a cabo; sin embargo, fue nuevamente Siqueiros quien pintó *Apología de la futura victoria de la ciencia médica sobre el cáncer*. De toda la producción artística que se llevó a cabo en el Centro Médico, fue el contenido de este mural el que recibió mayor crítica de la opinión pública. Su representación de la enfermedad con dos figuras monstruosas que eran, al decir del pintor, "el símbolo de la sociedad actual",⁴² inquietaba al espectador, no lo relajaba y por supuesto, hubo quienes se preguntaron por qué pintaba en hospitales cosas poco apropiadas para enfermos. El crítico de arte Antonio Rodríguez afirmó "que la pintura de ese artista no era terapéutica".⁴³



Arriba: David Alfaro Siqueiros, Hospital de Oncología. Abajo: José Chávez Morado, ambos en el Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Casi treinta años después, al día siguiente del terremoto de 1985 un equipo de restauradores del Centro Nacional de Conservación de Obras Artísticas (Actualmente Centro Nacional de Conservación y Registro del Patrimonio Artístico Mueble, CENCROPAM) hizo un recorrido al Centro Médico en ruinas en donde encontraron que con excepción de los relieves de José Chávez Morado, los murales de Nishizawa, Siqueiros y el relieve de Francisco Zúñiga estaban en riesgo de desaparecer debido a que la demolición de los edificios que los albergaban era inminente. Se trataba de una decoración fracturada. Frente a tal panorama, los restauradores decidieron bajo su propio riesgo rescatar la obra mural. El cubo de aluminio de Zúñiga que decoraba el elevador del Hospital de Neumología fue cortado y desoldado de manera que al desdoblarlo quedaron los cuatro paneles que actualmente se exhiben afuera de éste Hospital. *El aire es vida* de Luis Nishizawa y *Apología de la futura victoria de la ciencia médica contra el cáncer* de Siqueiros fueron desprendidos de sus muros originales y reinstalados en otros. Después del riesgoso trabajo de rescate de obra mural, el arquitecto Yañez opinó que las obras habían ganado su permanencia pero habían perdido la fuerza inspiradora de sus creadores; sobre todo, el mural de Siqueiros que al ser reubicado perdió su monumentalidad y se convirtió en un mural plano que dejó de



atraer la atención del personal y pacientes. Según este arquitecto, quedó restringido a un mero elemento decorativo que perdió su bien lograda integración plástica original.⁴⁴ La tragedia del terremoto fue tema de inspiración para José Chávez Morado quien realizó en el vestíbulo de entrada al nuevo hospital, *Homenaje al rescate* que a manera de un libro abierto reproduce, por una parte, los acontecimientos del 19 de septiembre de 1985 y por la otra, rinde homenaje a los hombres e instituciones que colaboraron en su rescate.

A pesar de este desafortunado acontecimiento que representa un capítulo en la historia de la pintura mural y los hospitales, la tradición de pintarlos se ha mantenido y actualmente tenemos ejemplos representativos. Uno de ellos es el mural *Por el derecho a respirar* que el campechano Antonio Esparza pintó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratoria (INER) en el año 2000 y en el cual el artista rindió homenaje a la lucha que los servicios de salud han realizado para enfrentar los problemas respiratorios de la población. Este tema

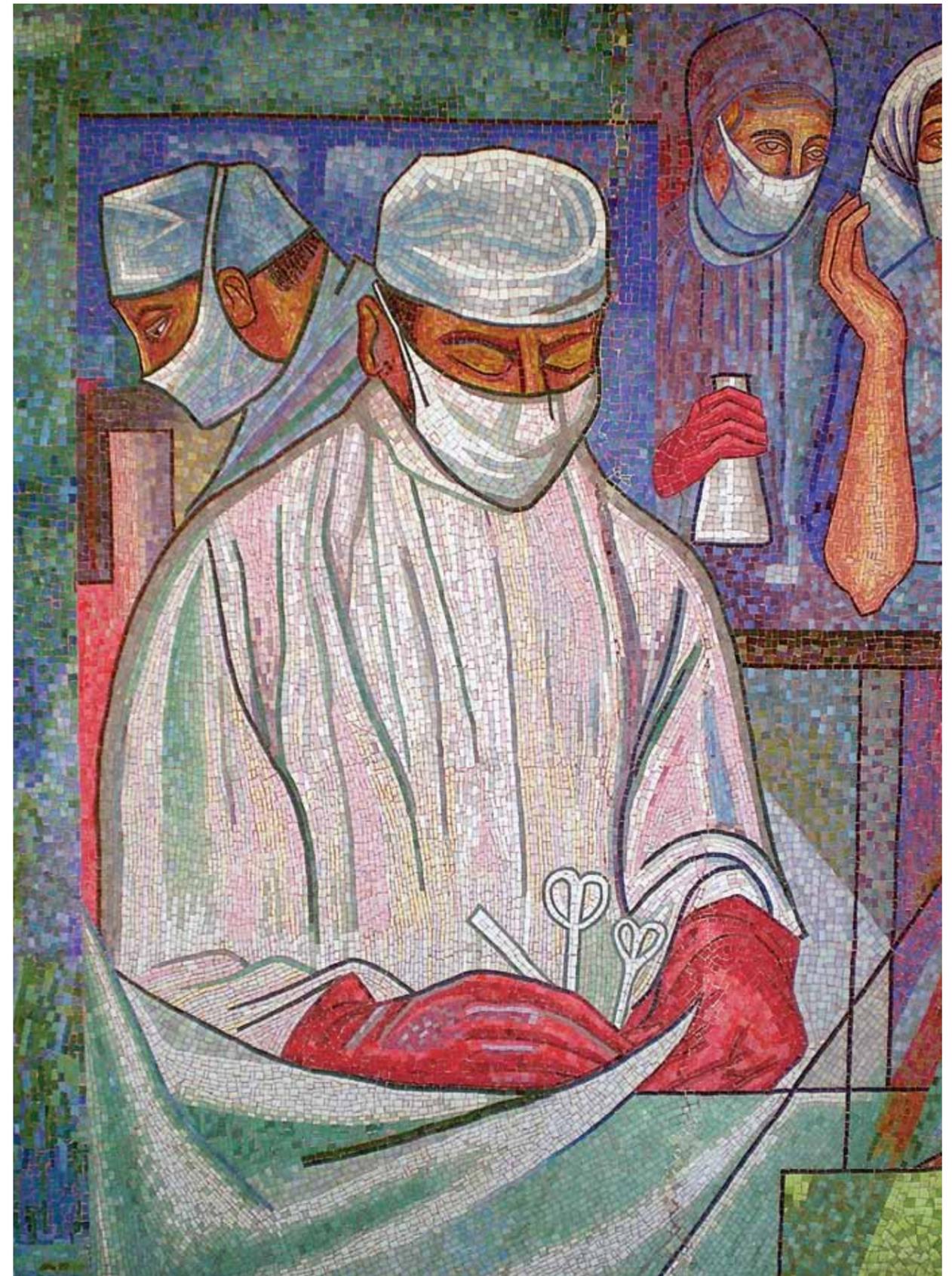


Roberto Cueva del Río "Riverita", Jiquilpan, Michoacán.

incluye el combate al tabaquismo uno de los temas centrales en la actual agenda de salud pública.

Los otros dos murales revisten los muros del Instituto Nacional de Rehabilitación y son obra del potosino Alejandro Reyna. El primero de ellos se encuentra en el vestíbulo del Centro de Convenciones y fue trasladado del Hospital de Ortopedia cuando se inauguró el Instituto en el 2001.

En el túnel de acceso del hospital, Reyna pintó sobre muros y techos abovedados una historia de la medicina que se remonta a la época prehispánica y termina con una visión futurista de la ciencia médica. Este mural del siglo XXI confirma que lo producido entre 1929 y 2000 ha exaltado, las más de las veces, la eficiencia de los servicios de salud en México a través de la creación de hospitales, los avances científicos y tecnológicos de cada época y en conjunto han revalorado la historia de la medicina y su aplicación en el terreno de la salud pública.



Ramiro Romo, Estado de México.



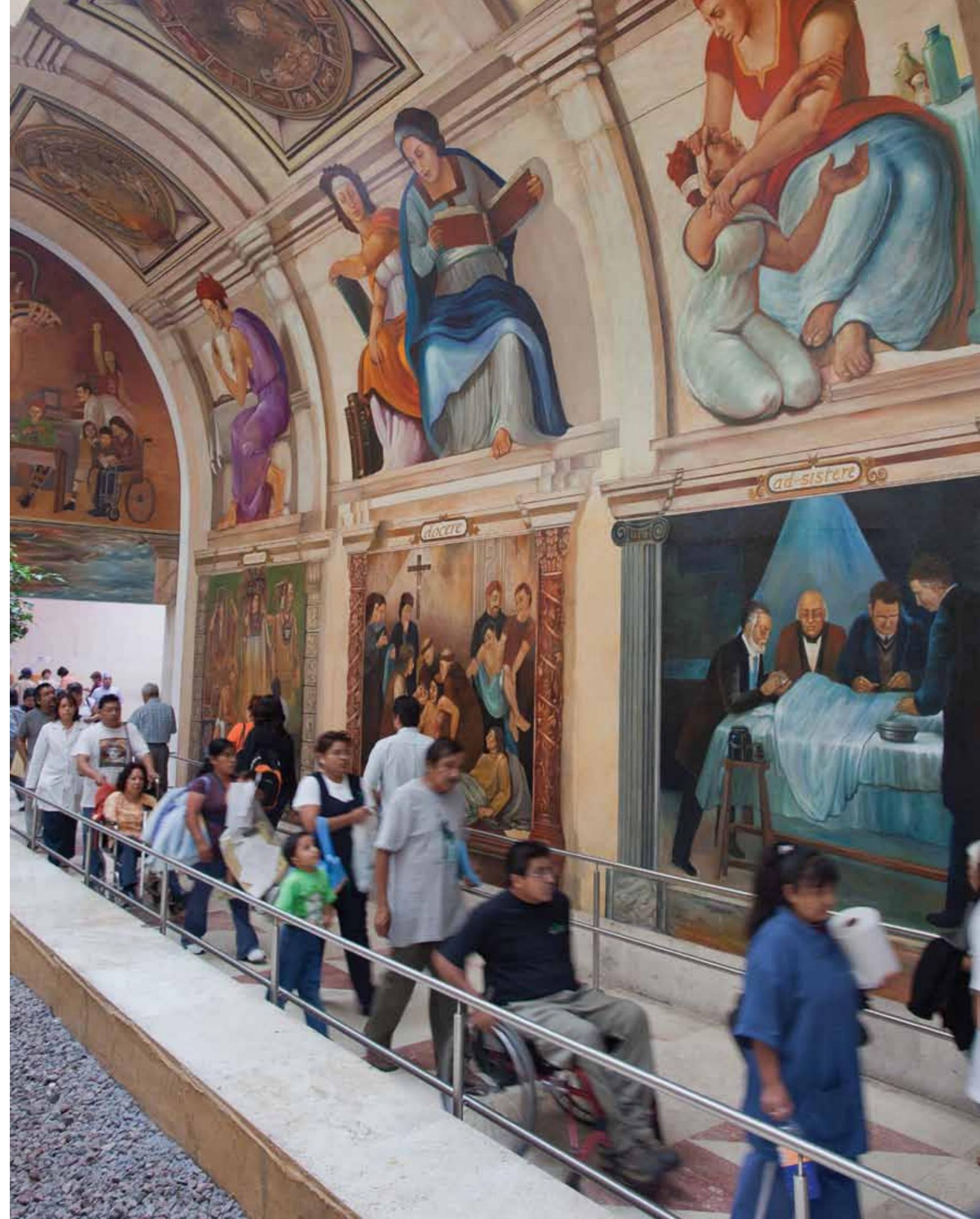
Héctor Reyna, Instituto Nacional de Rehabilitación (Arriba e izquierda).

Atención a las personas con discapacidad

El interés del gobierno mexicano por atender a personas con alguna carencia física, cognitiva o sensitiva se remonta hasta el siglo XIX, con la creación de las Escuelas Nacionales de Sordomudos en 1867 y de Ciegos en 1870. Sin embargo, fue en 1953, con la creación de la Dirección General de Rehabilitación, cuando la Secretaría de Salubridad y Asistencia prestó atención específica a dichos grupos. Dentro de esa Dirección, el Centro de Valorización de Aptitudes evaluaba a los entonces llamados inválidos, para

canalizarlos a los departamentos especializados en tratar sus distintas necesidades, o a otras dependencias que pudieran brindarles atención óptima, siempre con el objetivo de su inserción laboral. Más recientemente, los Institutos Nacionales de Medicina de la Rehabilitación, Ortopedia y de la Comunicación Humana, creados en las décadas de 1950 a 1970, se fusionaron en el Instituto Nacional de Rehabilitación y continuaron con la labor de rehabilitar a las personas con discapacidad locomotora, auditiva, visual o intelectual.

Christian Jullian



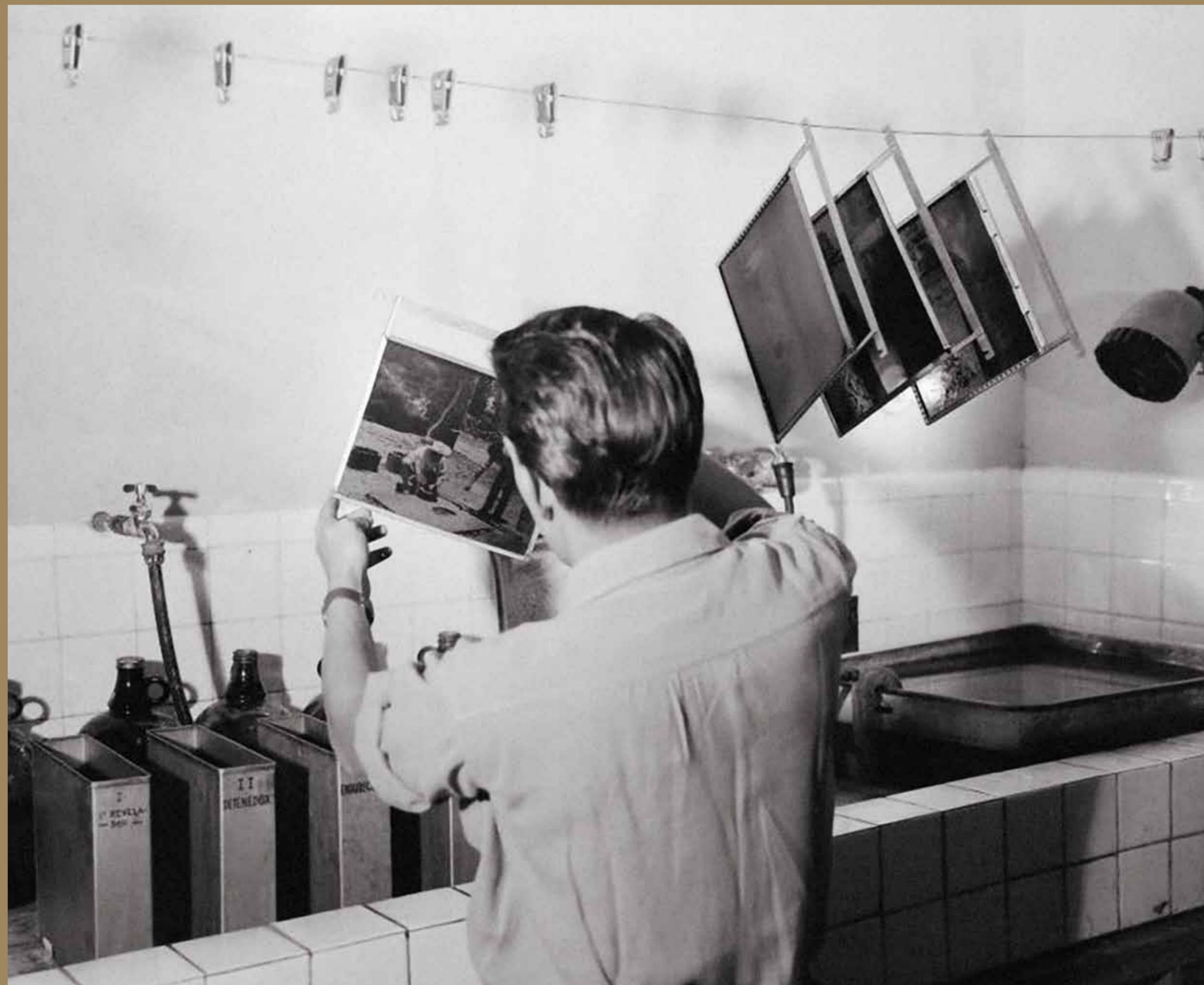


Arriba: Fernando Zúñiga y Alberto Beltrán, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Abajo: Antonio Esparza, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.



INEN
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
 CALLE DE LA SALUD S/N
 SECTOR DE LA SALUD
 P.O. BOX 7-000
 GUATEMALA







Educación higiénica y propaganda. Múltiples formas

En un marco un hombre, proletario o no, sucio, astroso, mal peinado con la ropa en completo abandono. En contraste, el mismo individuo vistiendo la misma ropa, pero limpio, peinado, con pies, manos y cara bien aseadas. Hay que hacer notar la repugnancia que inspira el primero y la profunda simpatía con que se ve al segundo... No importa exagerar los contrastes de los caracteres, con ello se hiere más profundamente la imaginación.

*El maestro rural, 1936.*⁴⁶

Promover la educación higiénica entre la población y diseñar las estrategias adecuadas para asegurar su difusión, han sido dos de los mayores retos de la salud pública mexicana desde mediados del siglo XIX. Las autoridades sanitarias de cada época, buscaron reforzar el binomio campañas de salud-educación higiénica como la fórmula ideal para que el individuo y la colectividad alcancen el completo estado de bienestar al que aspira la salud pública.

En marzo de 1922 se creó la Sección de Educación Higiénica y Propaganda del Departamento de Salubridad Pública, dirigido en sus primeros años por el doctor Ignacio Chávez y cuya tarea principal fue diseñar los programas que requerían las nuevas campañas de salud posrevolucionarias. Una de las preocupaciones de la Sección fue asegurar la distribución de la propaganda para que llegara al grueso de la población nacional y por eso siempre se diseñó con base en la enfermedad a combatir, se adaptó a la itinerancia de las campañas y se promovió básicamente en el ámbito formal de la escuela y el informal de la casa.

Otra de sus preocupaciones fue definir a los destinatarios y esto propició separar a la población infantil de los adultos. A los primeros se les llamó "espíritus en formación" y de su educación higiénica se encargaron tanto el Departamento de Salubridad como la Sección de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación Pública. En cambio, de los adultos se



encargó solamente el Departamento de Salubridad porque según Ignacio Chávez y sus colaboradores, los adultos tenían malos hábitos incompatibles con los postulados higienistas del momento y por esa razón había que diseñar para ellos programas intensivos. Se decía que quien llevaba 30 años de “escupir en el suelo o de dormir a puerta cerrada” era una persona a quien *un consejo*, no convencería para modificar su conducta porque el mal hábito ya se le había arraigado en forma de un vicio.

Con optimismo, Chávez confiaba que la *persuasión* en lugar de la *imposición* era capaz de cambiar estas costumbres “más hijas de la ignorancia que del convencimiento”. Y fue justamente así como se buscó —y se busca— hacer partícipes a las nuevas generaciones de mexicanos de una cultura de la higiene y del conocimiento de la prevención de enfermedades.

Para hacer efectivos los programas de educación higiénica las autoridades sanitarias, desde fines del siglo XIX hasta la primera década del XXI, a través de la Sección de Educación Higiénica y Propaganda que cambió su nombre al de Departamento de Educación e Higiene y que actualmente se llama Dirección de Promoción de la Salud, se han valido de instrumentos de difusión representativos de cada momento histórico.

Uno de ellos fue el *Boletín del Departamento de Salubridad*, su órgano oficial de difusión publicado sin interrupción de 1918 a 1922. Desde junio de 1921, la línea editorial anunció que pondría mayor atención en informar al público de los trabajos que el Departamento realizaba para combatir enfermedades.⁴⁶ En abril de 1938 cambió una vez más el nombre de *Salubridad* por el de *Boletín de Salubridad e Higiene*, fue trimestral; sin embargo, después de la fundación de la Secretaría de Asistencia, en 1943, desapareció para dar cabida a la revista *Asistencia*, y más tarde, al *Boletín de la Secretaría de Salubridad y Asistencia*.

Pero las actividades pedagógicas dispuestas por esta sección es lo que ha dado colorido y animación a la manera de promover la educación higiénica. Las exposiciones y festivales, conferencias públicas, programas de radio, teatro guiñol y películas se utiliza-



ron con constancia a lo largo de la primera mitad del siglo XX y durante la década de los sesenta. Después, la televisión pasó a ocupar el lugar preponderante y actualmente el internet juega también un papel fundamental para la promoción de la salud.

Cada uno de estos instrumentos, sin importar la época que representan, ha transmitido mensajes con una base ideológica arraigada en el tiempo y bajo la premisa de que un país con habitantes sanos, limpios y precavidos seguirá en camino ascendente hacia la modernidad.

Las exposiciones

La Exposición de Higiene de 1910 marcó la pauta para que después de la Revolución mexicana se organizaran subsecuentes exposiciones. En 1930, el doctor Manuel Urrutia, jefe de la Sección de Educación Higiénica y Propaganda rescató la vieja idea porfiriana e inspirado en la *Exposición Internacional de Higiene* realizada ese año en Dresden, Alemania, viajó a Cleveland, EU para tomar un curso en el *Museo de Salud* de aquella ciudad. Tras su regreso a México y después de varios meses de planeación, el 9 de febrero de 1944 se inauguró el primer Museo de Higiene de México y Latinoamérica. El entonces secretario de salud, Gustavo Baz, encabezó el festival de inauguración que se llevó a cabo en el edificio del ex-convento de Corpus Christi ubicado sobre la Avenida Juárez, frente a la Alameda central. Dicho inmueble se había restaurado y acondicionado para albergar allí el museo.

Su ubicación física fue fundamental y los ventanales de la fachada principal con vista a la Avenida Juárez, se utilizaron como dioramas para exhibir llamativas figuras de cera que se cambiaban periódicamente y atraían a los transeúntes hacia su interior.

En esta sede frente a la Alameda Central, el Museo permaneció durante cuatro años y después de 1948, fue instalado en un edificio de dos pisos ubicado en la esquina de las calles Donceles y República de Chile, lo que afectó notablemente la afluencia de visitantes porque aquellos curiosos que paseaban frente a la Alameda se alejaron. Los directivos decidieron entonces atraer a niños y jóvenes estudiantes promoviendo las visitas escolares pero esta iniciativa



decauyó en julio de 1949 porque una nueva mudanza a Donceles 39 paralizó las actividades del Museo durante tres meses. Después de esta fecha, la historia del Museo de Higiene de la ciudad de México se desdibuja por falta de información y no tenemos evidencia de que las autoridades sanitarias de la segunda mitad del siglo xx hubiesen retomado el proyecto. Tal y como podemos verlo en fotografías de época, las exposiciones como aquella de septiembre de 1910 se mantuvieron vigentes a lo largo de la primera mitad del siglo xx y hasta los años sesenta.

Hoy el Museo de Medicina, en el edificio de la Antigua Escuela de Medicina, y el Centro de Vacunología de la ciudad de Campeche que cuenta con un pequeño museo en donde se recrea el trabajo de los sanitarios y enfermeras, son los espacios que mantienen viva la herencia del ejercicio museográfico, una actividad que ha sido paulatinamente olvidada como una estrategia de enseñanza en materia de salud pública.

Folletos y carteles

Desde sus primeros años de existencia, la Sección de Educación Higiénica y Propaganda imprimió miles de folletos y coloridos carteles para promover los consejos sanitarios. En el caso de los primeros, se buscó que fueran veraces, que los autores llamaran a las cosas por su nombre y que evitaran tecnicismos incomprensibles para el lector. Para lograr una relación de causa-efecto con éste se les pidió también que establecieran coincidencias entre las historias que narraban y la realidad que vivían los receptores.

Un tema inherente a la producción de carteles es el apoyo financiero de empresas particulares productoras de artículos de limpieza, higiene y medicamentos. En su época, las autoridades sanitarias lo llamaron "cooperación social" y gestionaron con casas distribuidoras de pintura o artículos de uso cotidiano como jabones o pasta de dientes, compañía Palmolive, restaurantes como Sanborn's, distribuidor de Listerine





para el aseo bucal, casas impresoras de calendarios, fábricas como la Nestlé para promover carteles sobre higiene infantil y productoras de químicos. Sin duda estas acciones garantizaban al Departamento una mayor distribución y la posibilidad de conseguir material y permisos para promover su propaganda en edificios sede de las dependencias mencionadas.

Conferencias y transmisiones radiofónicas

Hablar con la gente de manera directa o a través de las ondas hertzianas y recordarles cuáles eran los beneficios de ser un individuo saludable, ha sido una práctica recurrente en materia de educación higiénica. Las formas no han cambiado pero los contenidos sí porque se han adecuados a los diferentes momentos históricos y escenarios epidemiológicos.

Generalmente, las conferencias han sido —y son— dictadas por médicos en espacios públicos como escuelas, fábricas, prisiones, mercados, parques, dispensarios y hospitales.

Las conferencias impartidas desde fines del siglo XIX adquirieron una mayor difusión y adoptaron nuevos formatos a inicios de los años veinte cuando la radio llegó a México y su uso se reforzó hacia



1935 con la existencia de 85 estaciones de radio en el país. Entonces, los nuevos y llamativos “aparatos que hablan” comenzaron a ser distribuidos en escuelas y las familias a adquirir los propios.

Su uso se masificó paulatinamente en la ciudad y en las comunidades rurales y se convirtió en un instrumento ideal para transmitir pláticas, cápsulas sanitarias y recomendaciones de salud e higiene. Surgieron locutores como Manuel Bernal, quien con su personaje del *Tío Polito* conversaba con los niños sobre temas de salud. Posteriormente habría de ser la estación de radio del Partido Nacional Revolucionario la encargada de transmitir las conferencias de radio y los boletines emitidos por el Departamento de Salubridad.

En los cuarenta los médicos elogiaron la utilidad del radio y algunos de ellos afirmaban lo siguiente:

Penetra en todos los hogares, hasta la intimidad, hasta donde otros medios de publicidad a veces no pueden llegar. Nuestros mensajes de salud pueden ser recibidos hasta por personas incultas, por los analfabetos, pues para escuchar la radio, no es necesario saber leer”.⁴⁷

En la actualidad esto no ha cambiado. Por una parte, tenemos las estaciones de radio oficiales y por el otro, las que son propiedad de empresas privadas. Las primeras reproducen los spots diseñados en la Secretaría de Salud y las segundas, se encargan de difundirlos respondiendo más a intereses comerciales que educativos. En donde es posible percibir cambios es en el contenido de los programas y esto se explica porque





LA LIMPIEZA DEBE SER el TEMA
ORGULLO de las CLASES TRABAJADORAS
ESUELO 27-10 VICENTE GONZALEZ

ASEO

LA HIGIENE ES
UNA OBRA DE
FRATERNIZACION SOCIAL.

LA HIGIENE
ENCOTRAREMOS
LA UNICA BIEN
LA MUJER ES MAS
REPUGNANTE SOBRE
LA SEDA Y LA LIM-
PIEZA LUCE MAS SO-
EL PERCAL.

EL ASEO ES UN GRAN GENERAL Q.

SALUD

EL ASEO ES UN GRAN GENERAL Q.
EL ASEO ES UN GRAN GENERAL Q.
EL ASEO ES UN GRAN GENERAL Q.

AGIA POTABLE
LA UNICA PARTE DE LA
QUE CARECE

MORTI...

el tipo de enfermedades que aquejan a los mexicanos en la primera década del siglo **xxi** ha variado con respecto a las que padecieron a inicios del **xx**. Además, las preocupaciones del presente en materia de salud pública, no son las mismas que las del pasado.

El material radiofónico que actualmente produce la Secretaría de Salud se puede escuchar en su portal de internet <http://portal.salud.gob.mx/>. Allí confirmaremos que el combate al tabaquismo, el cáncer cervicouterino, la difusión de las semanas nacionales de salud, las cruzadas nacionales por la calidad de los servicios de salud (CALIDATEL) o el combate al alcoholismo, son temas recurrentes.

Teatro guiñol

Desde 1932 el Departamento de Salubridad Pública fomentó el teatro guiñol como un instrumento educativo ameno y divertido para niños y adultos. Los foros para presentar obras de teatro con títeres fueron casi siempre callejeros porque las obras formaron parte de las campañas itinerantes o de los festivales de salud.

El 25 de septiembre de 1955 Ignacio Morones Prieto, Secretario de Salubridad y Asistencia, inauguró el primer Teatro Higiénico de la Secretaría y nombró director a Gilberto Ramírez Alvarado, mejor conocido como "Don Ferruco". Este personaje tenía una amplia trayectoria artística y al llegar a esta institución bautizó



El teatro guiñol infantil en el México posrevolucionario

Los regímenes posrevolucionarios idearon varias formas de propaganda para difundir entre la población mexicana la importancia de la salud y la higiene. En 1932 varios literatos, pintores, músicos, escenógrafos y titiriteros se unieron para formar parte de un proyecto de teatro guiñol para niños apoyado por el Departamento de Bellas Artes. Las obras guiñol atacaron los modos de producción capitalistas, infundieron amor por el trabajo, hablaron de la nacionalización petrolera y promovieron la alfabetización, pero también enfatizaron la necesidad de que la población mexicana se alejara del alcoholismo y sobre todo, adquiriera hábitos de higiene. Los títeres llegaron a las escuelas pobres de la ciudad de México, luego a las regiones aledañas y, finalmente, a diversas

regiones del país. Representaban a los microbios, a los médicos, a la pasta o al cepillo de dientes y a través de poemas y cantos, intentaban convencer a los espectadores de la importancia de lavarse la boca, bañarse o peinarse para combatir la suciedad y las enfermedades. Las obras también procuraron eliminar prácticas de medicina tradicional y convencer que era necesario visitar a los médicos para preservar la salud. Los títeres pronto ganaron la simpatía de niños y adultos de las poblaciones que visitaban. Los niños extrañaban a Comino, uno de los títeres más famosos, apenas entraba al camión de regreso. El Palacio de Bellas Artes, casa oficial de Comino, recibió decenas de cartas que los pequeños enviaban a este títere pidiéndole que regresara pronto con ellos.



a la recién creada compañía de teatro con el nombre de *Esculapio*. Para involucrar al personal de la Secretaría en una nueva actividad educativa, “Don Ferruco” organizó cursos de teatro guiñol para médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios y trabajadoras sociales. Entre todos fabricaron sus títeres y recorrieron colonias de la ciudad de México y ciudades de provincia en la camioneta de *Esculapio Teatro de Muñecos Animados*.

El repertorio de teatro guiñol con temas de salud e higiene, fue hasta finales de la década de los cincuenta muy variado. Sin embargo, con el paso del tiempo esta actividad recreativa adoptó otros intereses temáticos que restaron importancia a la educación higiénica. Actualmente, el uso del teatro guiñol es una práctica que se realiza sobre todo en la provincia. Las semanas nacionales de vacunación, sirven de marco para involucrar a la población infantil en esta amena y didáctica medida de educación higiénica.

La pantalla grande

El cine ha jugado un importante papel en la difusión de la educación higiénica y entre 1927 y 1960 la proyección de películas sobre salud en México fue continua. A la par que buscaron educar al espectador, las películas los entretuvieron e involucraron en tramas en donde la salud *versus* la enfermedad se representaban de diversas formas: desde la heroica entrega de los médicos a su oficio de curar hasta las tragedias individuales o familiares provocadas por la negligencia e ignorancia. Hubo películas que mostraron los métodos preventivos para evitar el paludismo, la tuberculosis y la sífilis y otras que fomentaron los beneficios de la vacunación y las prácticas de hábitos higiénicos. Otras más destacaron el trabajo de los sanitarios, las trabajadoras sociales, las enfermeras y los maestros rurales como intermediarios sanitarios entre las instituciones y la gente.

El repertorio proyectado en México ha sido variado y con una fuerte presencia de cine estadounidense. Entre 1927 y 1933, en el marco de la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas, se proyectaron en cines de la ciudad de México y de provincia las películas silentes *The End of the Road* y *Fit to Win*



filmadas en Estados Unidos en 1919. Una década después, la campaña *Health for the Americas* financiada por Nelson Rockefeller, director de la Oficina de Asuntos Interamericanos, diseñó para América Latina una serie de 13 cortometrajes, doblados al español y el portugués, con dibujos animados creados por Walt Disney y su equipo de colaboradores. Más allá de una simple animación para niños, sus promotores aseguraban que viendo las películas los espectadores aprenderían mejor los consejos médicos y de higiene que se proyectaban los cuales, a su juicio, redimirían a los campesinos latinoamericanos del atraso sanitario en el que vivían.

Pero no todo fue cine extranjero, ni consejos de higiene básica. A inicios de la década de los cincuenta la Secretaría de Salubridad y Asistencia apoyó la producción de cortometrajes sobre temas de salud

pública creando así una infraestructura cinematográfica nacional en la que participaron documentalistas de la época como Francisco del Villar y Adolfo Garnica, entre otros.

Por la cantidad de salas de cine que tenía la capital es de suponer que las películas fueron más vistas en la ciudad de México; sin embargo, no perdamos de vista el carácter trashumante de las campañas y el interés de la Secretaría por mostrarlas en comunidades rurales. Cuando se exhibieron en la ciudad generalmente se presentaron en *matinés* y la entrada era gratis.

Después de 1960, el auge de la televisión inhibió la filmación de cortometrajes y poco a poco, la pantalla chica ganó terreno a la grande en materia de educación higiénica. Esto explica que el acervo filmográfico en materia de salud se circunscribió a estas décadas.



Televisión

El 31 de agosto de 1950 se inauguró oficialmente la primera planta de Televisión de México S. A. y el 1 de septiembre se transmitió el cuarto informe del presidente Miguel Alemán Valdés. Ese mismo día pero en horario vespertino, Don Ferruco apareció en la televisión con su programa *El Teatro de la Fantasía*. Este hecho indica que desde su origen, la televisión dio un espacio al tema de la salud pública.

Diez años después, el canal 4 de Televisión presentaba los sábados a las siete de la noche la serie *Decisión. Lucha por la salud*. Los actores Rebeca Iturbe y Manolo García fueron los estelares y en los diferentes programas participaron actrices invitadas como Janet Arceo y Judy Ponte. En diferentes capítulos con una duración de 20 minutos cada uno, se representaron

historias de familias que enfrentaban problemas relacionados con la enfermedad y las adicciones.

Quizá uno de los ejemplos más representativos del papel que ha jugado la televisión como promotora de una campaña de salud lo tenemos en el caso de la Campaña de Planificación Familiar de 1974. En esa ocasión la telenovela *Acompáñame* escrita y dirigida por Miguel Sabido⁴⁸ fungió como alternativa al propio diseño propagandístico de la campaña. La historia de Amanda, Raquel y Esperanza, tres hermanas del barrio de Tacubaya en la ciudad de México, sirvió para ofrecer a la audiencia una lección sobre cómo planificar una familia.

Las telenovelas han cambiado su formato y ahora es poco frecuente encontrar que aborden temas vinculados con consejos higiénicos y de prevención de enfermedades. El tema vigente es la enfermedad,

cualquiera que esta sea y sus terribles consecuencias como causal del drama familiar.

Una variable en la programación televisiva actual, tanto nacional como internacional, es que incluye en su cartelera programas especiales relacionados con la salud de la población, sus condiciones de vida y sus principales enfermedades. La presencia de médicos que conducen estos programas o que son invitados para dar veracidad a lo que se comenta en ellos, se ha convertido en un lugar común para los televidentes. Lo mismo sucede con comunicadores que informan sobre el tema y con los cientos de anuncios que venden medicamentos que van de los alópatas y homeópatas hasta curiosidades para curar todo tipo de enfermedades.

La Secretaría de Salud recurre a los medios electrónicos para hacerse presente. Los mexicanos sabemos de sus actividades porque la televisión las anuncia y si consultamos por internet su página electrónica <http://portal.salud.gob.mx/> podemos conocer las disposiciones oficiales en las diferentes ramas de la salud pública.

En 2010, a través de estos medios se busca educar higiénicamente a una nueva generación de mexicanos. En este momento histórico, la relación salud-enfermedad con los *mass media* es absolutamente indisoluble.







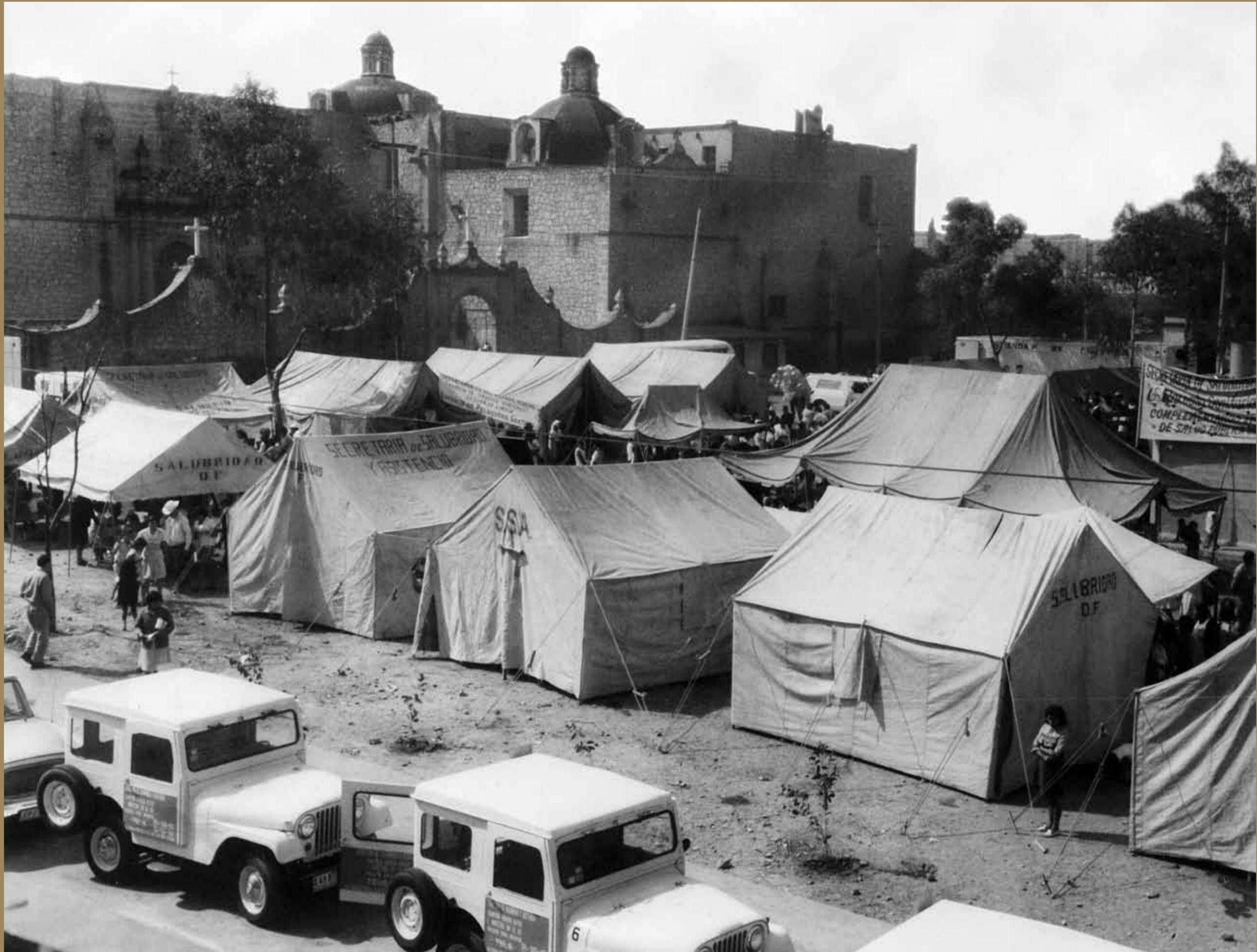
FE

DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PUBLICA
"FALSO PUDOR"

CINE CARTAGENA

EXPRESO CARTA
AGENCIA DE
MUDANZAS
ECONOMICAS
JOSÉ CERVALLER
D. MANUEL S. DE TEL. (CALLE) 1000

CARTAGENA





Campañas de salud. Un recorrido histórico.

Las autoridades sanitarias han jugado un papel central en la organización de las campañas de salud realizadas durante la primera mitad del siglo xx. De acuerdo con la época y sus necesidades epidemiológicas, planearon estrategias específicas para combatir las enfermedades que han aquejado a los mexicanos desde tiempo inmemorial. La misión de las campañas es y ha sido promover la prevención de enfermedades transmisibles por medio de la vacunación, la educación higiénica y la difusión de hábitos que el individuo debe incluir en su vida cotidiana. Asimismo, su prioridad ha sido combatir epidemias y erradicar enfermedades.

Desde inicios de la década de 1920, al control de enfermedades epidémicas y endémicas se unió un arduo trabajo de higienización colectiva de la sociedad. Una vez que se logró identificar a los gérmenes y bacterias que causaban diferentes padecimientos, el desarrollo de sueros y vacunas favoreció la tarea de liberar al cuerpo de dolencias. Sin embargo, a partir de estos hallazgos científicos, el combate a la enfermedad dejó al descubierto que los riesgos para la salud pública no solamente estaban en aquellos individuos con enfermedades infecto-contagiosas confirmadas sino también en aquellos aparentemente sanos. Esta fue una de las características que marcó la diferencia entre las campañas que emprendieron las autoridades sanitarias mexicanas de la década de 1920 con las realizadas hasta ese momento.⁴⁹

Con campañas organizadas, dotación de sueros y vacunas, fue posible enfrentar el variado cuadro epidemiológico prevalente en México en la década de 1920. Al decir del doctor Álvarez Amézquita, en 1926 el Departamento de Salubridad disponía de "todos los sueros y vacunas necesarias, de buena calidad y en cantidad suficiente para atender las necesidades del país".⁵⁰



Ernesto "El Chango" García Cabral.



Fabricación de vacuna antivarilosa, 1926.

El cuadro epidemiológico del que hablamos estaba conformado por enfermedades como la viruela, el paludismo, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, el alcoholismo, entre otras; sin perder de vista, que muchas de ellas, por su carácter endémico, se mantuvieron intermitentes antes de su erradicación.

Las estrategias que el Estado mexicano y las autoridades sanitarias utilizaron para combatir estas enfermedades con la finalidad de conseguir su control y en el mejor de los casos, su erradicación. Algunas de éstas tienen historia antigua y se combatieron desde la época colonial pero todas, después de la Revolución, fueron motivo para la organización de campañas estratégica y sistemáticamente diseñadas.

Es importante puntualizar que los programas de educación higiénica fueron fundamentales en estas campañas porque marcaron la diferencia con las realizadas anteriormente. Como antaño, para lograr que llegasen a la población, se dictaron conferencias pero la novedad del periodo fueron los programas radiofónicos, las obras de teatro guiñol, las exposiciones y el cine; así como un diseño continuo de folletos y carteles. En consecuencia, la propaganda, cuyo interés era incidir en los hábitos cotidianos, se constituyó en un puente que vinculó el discurso médico y epidemiológico con la cultura de los receptores.

A erradicar el paludismo

Desde mediados del siglo XIX los esfuerzos han sido constantes y durante los primeros años del XX se organizaron nuevas campañas para combatirlo utilizando dos métodos principales: el antilarvario y el de erradicación. El primero se mantuvo hasta inicios de la década de 1940 cuando fue reemplazado –no eliminado– por el uso de químicos industriales como el DDT y el Dieldrín, considerados productos modernos de la malariología porque a su uso se integraron nuevas técnicas de saneamiento ambiental y el empleo de los medicamentos antipalúdicos que se popularizaron después de la segunda guerra mundial.⁵¹

En los primeros años cincuenta el término *erradicación* se puso en la mesa de discusión en el ámbito internacional y las campañas instauradas durante y



El combate a la viruela en México en el siglo xx

A lo largo de la época colonial y del México independiente, la viruela fue un acompañante inseparable del acontecer histórico del país. La vacunación antivariolosa a partir de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna encabezada por Francisco Xavier de Balmis en 1803, fue constante a lo largo del siglo XIX, siendo que en 1919 las autoridades de salud determinaron que la única vacuna que podría ser aplicada era la vacuna humanizada, dejándose atrás el empleo de la vacuna de brazo a brazo. A partir de la década de los 1920, la contención y posterior erradicación de la viruela fue una de las principales metas de la empresa sanitaria posrevolucionaria. Para ello, fue fundamental la producción local de la vacuna en el Instituto Nacional de Higiene, la extensión y organización de los programas de inmunización antivariolosa que abarcaron de manera sistemática a las poblaciones urbanas y rurales, así como la legislación que decretó la obligatoriedad de la vacunación y revacunación de la población nacional. En los programas y campañas de inmunización antivariolosa participaron muy diversos actores e instancias sanitarias gubernamentales a lo largo de las décadas de 1920 y 1930, destacando en las mismas, una activa labor de educación higiénica. En 1943 se organizó la Campaña Nacional contra la Viruela, participando en ésta el personal sanitario de cada estado, epidemiólogos y un amplio personal suplementario. Asimismo, los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, los Servicios Cooperativos de Medicina Social e Higiene Rural, las delegaciones federales y la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, sumaron esfuerzos en el combate a la viruela. En 1950 fue creada la Dirección General de la Campaña Nacional Antivariolosa para fungir como organismo central coordinador de la empresa antivariolosa, colaborando en la formulación de planes nacionales de vacunación anual; orientando y supervisando las labores de vacunación y promoviendo el rápido abastecimiento de fondos para la movilización de personal, vacuna y equipo. El último caso de viruela en México tuvo lugar en 1951, y el 16 de junio de 1952 se declaró que la viruela había sido erradicada del país al transcurrir un año sin registrarse casos o fallecimientos por esa enfermedad durante mucho tiempo temida y mortal.

Claudia Agostoni



después de la guerra tomaron como bandera de acción erradicar el paludismo. Es decir, "borrarlo de la faz de la tierra".

En México, la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo fue inaugurada el 17 de diciembre de 1955 por el entonces presidente Adolfo Ruiz Cortines, dependió de la Secretaría de Salubridad y Asistencia encabezada por el doctor Ignacio Morones Prieto. Para su puesta en marcha se formó la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo (CNEP).

El país se dividió en 14 zonas, la campaña se organizó en tres fases y quedó establecido que si después de tres años de trabajo no aparecía ningún caso de paludismo, la enfermedad se declararía erradicada. La primera de estas fases se llamó de "preparación o plan piloto" y constó de dos etapas: el reconocimiento epidemiológico-geográfico de la enfermedad y una prueba inicial de rociado con DDT que duró tres meses. La segunda fase fue la de "erradicación" y consistió en emprender el rociado intra-domiciliario con insecti-



das de acción prolongada, así como con el suministro de medicamento antipalúdico. Por último, la tercera inició en 1961 y se llamó de "vigilancia epidemiológica" y su objetivo fue dar seguimiento a los resultados obtenidos con las fases anteriores y, de ser necesario, redoblar esfuerzos porque la finalidad era declarar al paludismo erradicado del país.

Los rociadores que participaron de esta campaña tuvieron un papel fundamental porque su labor se convirtió en gran medida en la base operativa de la misma. Sobre este personaje se publicó en el *Boletín* de la Comisión, que era "el pilar y gigante del programa de erradicación del paludismo".

En materia de educación higiénica, la CNEP creó una oficina especial para dar a conocer entre la población los trabajos que realizaba. El plan de educación tuvo como base informar los pormenores de la campaña a través de boletines regionales elaborados por el personal que en ella laboraba y por medio de miles de carteles ilustrados que se colocaron en cuanta pared y barda había disponible. Generalmente, los mensajes de los carteles estuvieron colmados de frases alusivas a la necesidad de forjar una patria sana, trabajadora y libre del paludismo. La propaganda antipalúdica apeló a los sentimientos nacionalistas y convirtió en *patriota* a todo aquel mexicano que abrió las puertas de su casa a los rociadores.⁵²



El combate a la poliomielitis en México

Los primeros registros de casos de poliomielitis en México son de 1925. En 1945 la enfermedad se presentó por primera vez con caracteres epidémicos, y a esa epidemia siguieron otras que provocaron una gran angustia entre la población, pues el padecimiento era causa de parálisis y de muerte, y el grupo de edad más afectado era el de 0 a 3 años. La Secretaría de Salubridad y Asistencia organizó la Campaña Nacional Contra la Poliomielitis, que en 1953 fue declarada de interés nacional. Jonas Salk y Albert Sabin desarrollaron vacunas contra el padecimiento, pero en un principio dichas vacunas fueron también motivo de ansiedad por sus posibles efectos secundarios. En 1962, la segunda de ellas fue producida en México bajo la supervisión del propio Sabin, y empezó la vacunación masiva, desde entonces nunca interrumpida. El país reportó su último caso de polio en 1990, y cinco años más tarde la enfermedad fue declarada erradicada del país. Sin embargo, la existencia de muchas personas con secuelas de poliomielitis sigue siendo un reto para los servicios de salud.

Ana María Carrillo



Alcoholismo

En abril de 1929 el presidente Emilio Portes Gil envió al entonces jefe del Departamento de Salubridad Pública, el doctor Aquilino Villanueva, una carta manifestándole su preocupación por los altos índices de alcoholismo registrados en el país y su interés por combatir “por todos los medios posibles a ese enemigo del bienestar, de la salud y de la esperanza de redención del campesino y obrero mexicanos”. Según Portes Gil, la campaña que planeaba poner en marcha no sería represiva sino dirigida directamente al corazón de la gente. Se pensó en la educación como la principal herramienta de combate porque el “hábito alcohólico” fue definido como un fenómeno rigurosamente psíquico con una “perturbación manifiesta en la voluntad”.⁵³

¿Qué hacer entonces con una nueva cruzada antialcohólica en 1929? Las secuelas de la lucha armada se habían activado con la guerra de los cristeros, el campo mexicano apenas cobraba tonalidades visibles para las autoridades sanitarias y consumir pulque era la opción ante la carencia de agua potable. Las autoridades sanitarias siguieron apelando a la persuasión y a la buena voluntad de la gente y decidieron intensificar las campañas de educación higiénica para explicar una y otra vez por qué era conveniente evitar el consumo de alcohol. La primera medida fue formar el Comité Nacional Antialcohólico cuyos integrantes rápidamente diseñaron un plan general. Dividieron a sus receptores en niños y adultos, entre los que iban a la escuela y los que no. También reglamentaron la venta de bebidas alcohólicas y la actividad en centros nocturnos, salones de baile y centros nocturnos, fomentaron la creación de ligas y asociaciones de lucha “contra el turgio” y también se propusieron, con apoyo de las instituciones de beneficencia pública y privada, crear asilos de bebedores para su cura y regeneración.⁵⁴



Quizá la estrategia más ambiciosa fue formar ligas antialcohólicas infantiles, juveniles y femeninas. La balanza se inclinaba hacia los hombres como los mayores consumidores de alcohol y por eso las mujeres jugaron un papel central desde sus casas. En busca de alternativas, estas ligas dividieron a la gente y acentuaron las diferencias entre los borrachos y los sobrios. Se diseñó un Programa de Educación Antialcohólica que distinguió la propaganda escrita de la oral y de la ilustrada. Con base en esto se publicaron monografías, cartillas de enseñanza antialcohólica, se escribieron el *Decálogo contra el alcoholismo* y dramáticas obras de teatro en donde las peores desgracias sucedían al protagonista ebrio. También se diseñaron contrastantes carteles en los que se hizo evidente la degradación física y moral de un alcohólico. Estas medidas fueron las disposiciones





Alcoholismo: un camino posible para enfrentarlo

El llamado "alcoholismo" causa estragos. En América Latina y el Caribe 31 millones de personas son afectadas por el mismo, seis veces más que el número de afectados por las drogas consideradas "ilegales". En esta región más de la mitad de ellos no reciben atención. El campo biomédico y el Sector Salud mexicanos consideran al alcohol como la sustancia que genera más casos de morbimortalidad en comparación con otras drogas adictivas. La cirrosis hepática asociada con desnutrición, la violencia, el suicidio y los accidentes de tránsito articulados con el consumo etílico habitan los primeros lugares de las estadísticas de mortalidad juvenil y adulta. Las políticas antialcohólicas tienden a reducir las ventas y el consumo y no la producción y distribución de bebidas etílicas y la atención médica se concentra en la atención de las consecuencias negativas de la ingesta pero no en la raíz de las mismas. En este contexto Alcohólicos Anónimos se constituye en un camino de eficacia relativa, por fuera de la institución médica, para los que intentan abandonar el consumo de alcohol a través de grupos de ayuda mutua –centrados en los 12 Pasos y las 12 Tradiciones de la institución– caracterizados por el anonimato interno y externo, la gratuidad y el intercambio de experiencias entre pares que comparten el denominador común de la enfermedad alcohólica.

María Eugenia Módena

planteadas por el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Educación Pública desde finales de la década de los veinte y se mantuvieron a lo largo de la primera mitad del siglo xx como una condición de los gobiernos posrevolucionarios. Durante el gobierno del general Lázaro Cárdenas también hubo importantes movilizaciones en contra del consumo de alcohol.

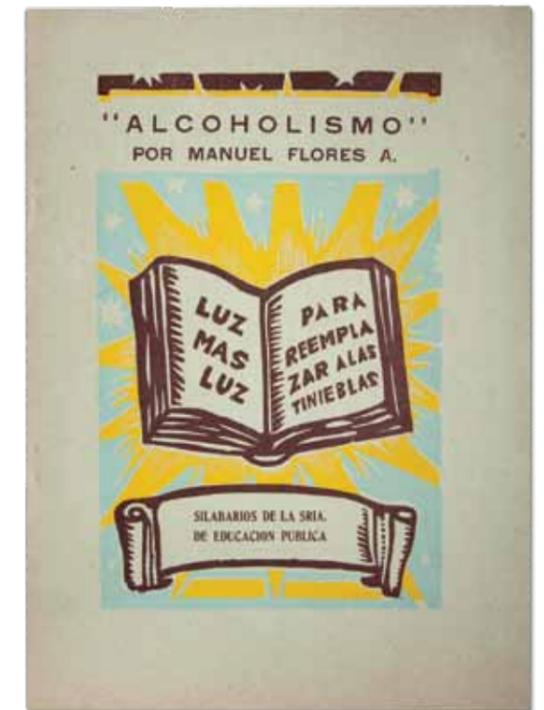
Las medidas persuasivas tomadas durante la primera mitad del siglo xx se han modificado para adoptar un matiz menos condescendiente como lo es, en nuestros días, el alcoholímetro. Las autoridades sanitarias siguen trabajando para combatir el alcoholismo que no ha dejado de ser un problema de salud pública. A la par de las acciones institucionales existen organizaciones que estimulan la voluntad personal y apelan a la ayuda mutua.

Sífilis

En la Primera Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad Pública, celebrada en la ciudad de Washington DC a fines de 1926, el doctor Bernardo Gastélum presentó su ponencia titulada *La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social* y con ella, las siguientes cifras: "para México puedo asegurar que 60% de la población padece la "infección específica", esto significa que sólo en la capital hay más de 50% de habitantes sifilíticos. Hay cerca de 29 mil mujeres que ejercen la prostitución y de ellas 18 mil tienen. De la población entre 15 y 25 años, 30% padece de esta afección".⁵⁵

El médico no desconocía dos problemas centrales. Una deficiente educación sexual entre los jóvenes y las limitaciones del Departamento para identificar a los enfermos porque la sífilis no era considerada una enfermedad de declaración obligatoria. Gastélum se refirió a las prostitutas como el primer eslabón de la cadena de contagio al que seguían los hombres que tenían relaciones sexuales con ellas y quienes después contagiarían a sus esposas, que quedaban propensas a transmitir la enfermedad al hijo que pudieran engendrar.

El jefe del Departamento planteó los problemas mencionados, pero también diseñó un plan para contrarrestarlos y así lo expuso en el Congreso. Pri-



Los días terrenales

"Sus ojos ascendieron por encima de la cabeza de la prostituta, por sobre el muro, hasta un cartel de propaganda higiénica que al principio no pudo comprender. Poco a poco la imagen de ese niño sin pupilas igual que una estatua horrible, con su traje de mezclilla, atravesando la calle mientras un automóvil se arrojaba contra él, apareció en su mente con toda la crueldad sádica que tenía. "¡ciego porque sus padres no se curaron a tiempo!", leyó Gregorio la leyenda del cartel. Los ojos de una estatua, blancos, de leche y la boca contraída por una sonrisa sin rumbo. Solo un espíritu lleno de maldad, de rencor, de resentimiento, solo alguien muy infeliz, podía haber concebido esa propaganda ineficaz y torturante. Gregorio se puso en pie de un salto, listo para huir de ese infierno".

José Revueltas

mero, propuso que se instalaran más dispensarios antisifilíticos porque según él, solamente existían seis en la ciudad de México. Segundo, se exigiría a las parejas próximas a contraer matrimonio la prueba *Wasserman*. Tercero, depositó en lo que llamó el *buen matrimonio* la confianza de que se frenaría el contagio de la sífilis de madre a hijo. También anunció que se restringiría la apertura de hoteles que sólo servían para alojar por breves momentos a parejas que sostenían relaciones sexuales pasajeras y clandestinas.

Para iniciar la campaña, el jefe del Departamento anunció un intenso programa de propaganda y educación higiénica que habría de efectuarse en todo el país y cuyo plan fue difundido en periódicos de circulación nacional desde el último trimestre de 1926. Se convocó a la prensa para informarle que a partir del 1 de enero de 1927 la brigada sanitaria conformada por un jefe, tres estudiantes de medicina conferencistas, un fotógrafo y un manipulador de aparatos cinematográficos, empezaría por recorrer dos estados por mes.

La campaña de educación higiénica antivenérea se basó principalmente en la presentación de conferencias sobre la profilaxis de la sífilis, sus consecuencias y sobre todo, las formas existentes para evitarla.

El 16 de enero de 1927 el Dr. Bernardo Gastélum inauguró la Campaña Nacional Antivenérea en el Teatro Principal de la ciudad de Toluca. Su misión era combatir la sífilis y la gonorrea, "las dos más graves enfermedades que afligen a la humanidad y acrecentan cada año el número de víctimas". Reconoció que la lepra, la tuberculosis y el cáncer eran problemas que interesaban a la Salubridad Pública, pero se había escogido combatir las enfermedades venéreas "por lo que tienen de significación para la felicidad de la familia y el porvenir de la raza."⁵⁶

En las décadas de los cuarenta, cincuenta y sesenta la campaña antivenérea se mantuvo activa y las medidas delineadas por Gastélum veinte años atrás seguían funcionando. Los casos de sífilis registrados en 1943 fueron 46 mil 187 y en 1974, esta cifra descendió considerablemente a 8 mil 949.⁵⁷



Querida Maria:
Te escribo estas líneas porque hay ciertas cosas que tu - y todas nosotras - debemos saber.
La sífilis (enfermedad de la sangre) y la ^{Gonorrea} ~~gonorrea~~ son enfermedades sobre las cuales debemos estar enteradas.



Rosa fue contagiada. Esta es la verdad. Ningún curandero, boticario o ^{hierbero} ~~hierbero~~ sabe curar la sífilis o la ^{Gonorrea} ~~gonorrea~~. Cuando tu las adquieres, aun si las lesiones desaparecen, los germenos se quedan en la sangre.

Conservate hermosa!
Cada semana acude al Dispensario *Querida B. frente a los Bomberos.* Para que recibas la *U.S.P.A.* ^{instrucciones y tratamiento curativo y preventivo con} ~~U.S.P.A.~~ *Pericilina* recetada por un médico. *Sinceramente,*
así cuidarás *Lupe.*
P.S. *Cuida tu cara, tu figura y tu vida y es completamente GRATIS para las muchachas de Tijuana.*



Tuberculosis

La primera campaña de salud realizada en México que articuló acciones federales y estatales para combatir la tuberculosis, también llamada peste blanca, se remonta a 1907 con los trabajos que realizó el Consejo Superior de Salubridad encabezado por el doctor Eduardo Liceaga. A lo largo de las primeras décadas del siglo xx se dio continuidad a la campaña y en 1918 se instaló el primer dispensario antituberculoso en la ciudad de México en donde se orientó a los pacientes y sus familiares sobre la mejor manera de cambiar sus hábitos higiénicos para prevenir la enfermedad.

En 1929, se diseñó un plan más completo de combate. El doctor Aquilino Villanueva, al frente del Departamento de Salubridad Pública apoyó la campaña

y promovió la construcción del sanatorio de Huipulco, actualmente el Hospital de Enfermedades Respiratorias (INER).

Diez años después en 1939, se creó el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, un organismo privado que desde sus inicios colaboró con el gobierno federal.

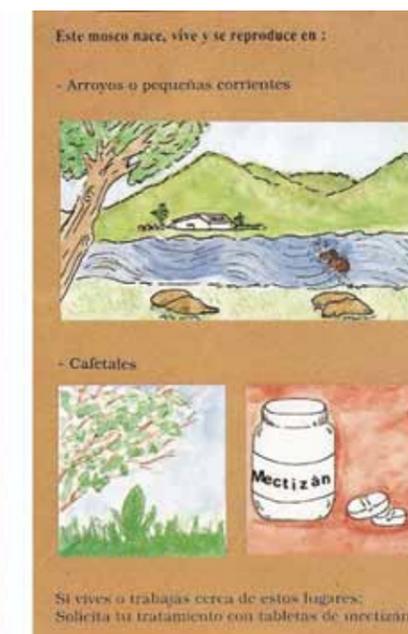
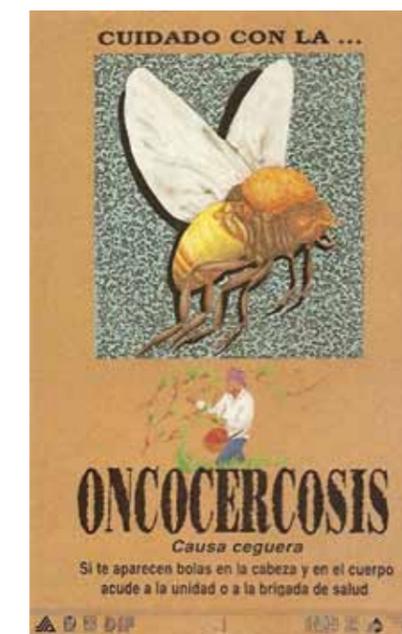
En los años sesenta la Secretaría de Salubridad y Asistencia inauguró la unidad fluvial llamada *El Mensajero de la salud* que navegaba por los ríos Usumacinta y Grijalva. Este barco contaba con los aparatos médicos necesarios y medicamentos para identificar a todo aquel enfermo de tuberculosis y tratarlo. En las décadas subsecuentes el combate a la tuberculosis se ha mantenido como una prioridad de las autoridades sanitarias.



Oncocercosis y mal de pinto

En julio de 1943 se firmó un convenio entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Asuntos Interamericanos para poner en marcha el *Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento* de México que incluyó la construcción de obras de saneamiento en algunos estados mexicanos, la intensificación de trabajos sanitarios y preventivos para el control de enfermedades transmisibles y el fomento de obras públicas que buscaban mejorar las condiciones sanitarias del país.

Para que el programa iniciara se creó la *Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública* como una dependencia de la Secretaría de Salubridad y se dividió en las secciones médica, de ingeniería sanitaria y administrativa. La primera de ellas fue la directamente involucrada con las campañas de salud y educación higiénica porque apoyó técnica y económicamente el desarrollo de campañas itinerantes contra la tuberculosis, enfermedades venéreas, paludismo, viruela, tifo, mal de pinto y oncocercosis. También construyó edificios para la Unidad de Salubridad y Asistencia en Ciudad Juárez, Chihuahua y para los Centros de Higiene en Boca del Río, Veracruz, Xochimilco, Distrito Federal y Cuernavaca, Morelos, en los cuales hubo asistencia médica continua y asistencia y adiestramiento para el personal.



En este periodo y al amparo del Instituto de Asuntos Interamericanos se realizaron campañas para combatir la oncocercosis, también llamada “ceguera de los ríos”, y el mal de pinto. Los estados más afectados por éstas eran Chiapas y Guerrero, respectivamente. Ambas enfermedades habían sido detectadas en el país desde los años treinta pero no habían movlizado campañas específicas.

La oncocercosis atacaba principalmente a los campesinos que trabajaban en las fincas cafetaleras y el mayor riesgo lo producían las filarias depositadas por la mosca jején en el cuerpo del hombre. Para vivir y reproducirse, estos parásitos forman nódulos que se alojan en la cabeza, cuello, hombros y columna vertebral los cuales hay que eliminar antes de que se alojen en los ojos del infectado y le produzcan ceguera. Hacía 1943 se hablaba de que 3.4% de la población chiapaneca estaba afectada.

Por su parte el mal de pinto se ha definido como una enfermedad tropical y durante el censo que el Departamento de Salubridad Pública hizo para los años de 1929-1931 se determinó que la prevalencia de

esta enfermedad era de 1.61% en el nivel nacional y en el local, el estado de Guerrero acumulaba 20%. El mal de pinto no es una enfermedad congénita sino que atacaba a las personas pobres con condiciones sanitarias deficientes a quienes se les llamaba los “manchados”. Se descubrió que con dosis adecuadas de penicilina esta enfermedad desaparecía.

Llama la atención que las campañas de educación higiénica y la propaganda alusiva a estas dos enfermedades no arrojaron suficientes materiales iconográficos como lo hicieron otras campañas. Solamente las fotografías de registro de los médicos del Instituto de Asuntos Interamericanos que dieron seguimiento a los pacientes enfermos de una u otra. Lo que sí es importante destacar es que a inicios de los años sesenta, los directores Fernando Hernández Arvizu y Francisco del Villar filmaron *Hombres marcados* (1961) y *Sombras en la selva* (ca. 1965) respectivamente, en las que dramatizaron las causas y consecuencias de ambas enfermedades.











Campanas de salud contemporaneas

La segunda mitad del siglo xx fue de cambios vertiginosos, y la salud pública no fue la excepción. En medio del fenómeno de globalización económica, comercial y de acceso a los conocimientos científicos se gestó también una transición epidemiológica (TE). Esta consiste en la declinación de los padecimientos infectocontagiosos y el predominio de las enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes, enfermedades del corazón y algunos tipos de cáncer, en gran parte atribuidas a la explosión demográfica, y a un cambio en el estilo de vida de la población.

Los retos que ha enfrentado la salud pública en México a partir de la década de los sesenta del siglo xx a través de diferentes campañas de salud y sus meca-

nismos de difusión fueron: la campaña de julio de 1968 para combatir la rabia y el Plan Nacional de Planificación Familiar (PNPF) en 1977. En los ochenta la pandemia del SIDA, que luchó contra un estigma atribuido a los primeros hallazgos acerca del origen de la enfermedad, fue motivo de una intensa campaña respaldada con un importante programa de difusión. Lo mismo sucedió con el Programa Universal de Vacunación que demandaba la cooperación de la sociedad para lograr una meta de cobertura de inmunización en la niñez mexicana. También abordamos las campañas más recientes para el control del cáncer cervicouterino, el tabaquismo, la AH1N1 y la obesidad que han recurrido a los medios de comunicación masiva para su difusión.



Rabia

Durante la segunda mitad de la década de los sesenta y con diferencia de tres años, sucedieron dos acontecimientos que han marcado la historia política y social de México: el movimiento de médicos en 1965, el movimiento estudiantil de 1968.

De manera paralela, en el terreno de la salud pública la rabia canina era considerada un problema no sólo en nuestro país, también en Latinoamérica. Ante esta situación, en 1967 se celebró en Argentina el Seminario Internacional de Rabia en el que los representantes de México firmaron un acuerdo internacional para el control de esta enfermedad. Un año más tarde el gobierno mexicano puso en marcha las medidas necesarias para cumplir con el compromiso adquirido.

En los periódicos de mayor circulación nacional se dio a conocer la fecha y lugar de la campaña de vacunación antirrábica: del 6 de junio y hasta mediados de julio de 1968, en la ciudad de México, Netzahualcóyotl y Tlalnepantla, Estado de México.⁵⁸ La Secretaría de Salubridad y Asistencia, encabezada por el médico militar Rafael Moreno Valle, consideraba que la vacunación de todos los perros era piedra angular de la lucha en contra de la rabia. Sin embargo, los días asignados para distribuir y aplicar la vacuna fueron de intensas lluvias que causaron severas inundaciones y en consecuencia, afectaron el desarrollo de las actividades.⁵⁹ Este suceso propició, en gran parte, que no se alcanzara la cobertura esperada durante ese año. No obstante, la campaña de 1968 sentó las bases para mejorar la planeación y la ejecución de las campañas subsecuentes.

Como resultado de estas acciones, desde 2006 en nuestro país, no se ha registrado ningún caso de rabia humana por ataque canino, sin embargo no podemos perder de vista que continua siendo una enfermedad endémica que debe vigilarse.⁶⁰ Actualmente, el Programa Nacional Específico de Rabia y otras Zoonosis (2007-2012), tiene como objetivo mantener en cero los casos de rabia humana transmitida por perro.



El movimiento médico de 1965

A finales de 1964 residentes e internos del Hospital 20 de Noviembre de la ciudad de México iniciaron un movimiento que, en el transcurso de un año, se expandiría a nivel nacional, culminaría en una serie de huelgas, encarcelamientos, y, finalmente, el desalojo forzoso de más de quinientos médicos de los hospitales IMSS e ISSSTE de la nación.

En principio la falta de aguinaldo fue lo que impulsó a varios médicos a unirse en una recién creada asociación pero el movimiento de médicos iba más allá que un simple problema laboral. Médicos jóvenes marchando por las calles de la capital pedían, además de salarios justos, material médico, becas para continuar sus estudios, hospitales bien equipados, y hasta buena comida y habitaciones limpias en las residencias. Al pasar los meses el movimiento médico deja a un lado las demandas relacionadas con la salud y sus miembros comienzan a indagar sobre la estructura socio-económica de zonas urbanas y rurales. En su Primer Informe Presidencial, Díaz Ordaz tacha a los médicos unidos al movimiento de revoltosos y promete no ceder a sus demandas. Semanas después el movimiento se disolvería.

Gabriela Sotolaveaga



El combate a la rabia en México en el siglo xx

La rabia humana transmitida por perro representa un problema de salud pública desde 1709 con el primer caso en México. La Secretaría de Salud para evitar que fallezcan las personas agredidas elaboró las vacunas que se aplicaban gratuitamente. Inició con la vacuna descubierta por Pasteur, después en la segunda década del siglo xx se hizo la de tipo Semple, y cambió al final de los sesentas por la de Fuenzalida. A partir de los noventas se usan vacunas en cultivos celulares similares a las de países desarrollados.

En 1937 inició la campaña nacional de vacunación canina cobrándose, la vacuna era escasa y persistía la rabia en perros y humanos, 23 fallecidos en 1941 a 91 en 1963 cifra sostenida al final de los ochentas. En 1968 la primera vacunación antirrábica masiva fue en el Distrito Federal, sumaron 300 mil perros en 2 meses. En los 70's se aplicó un millón de dosis en la frontera norte y se eliminó la rabia canina y humana; a finales de los ochentas la vacunación es gratuita por lo que en las Semanas Nacional y de Reforzamiento en los noventas acumuló 101 millones de dosis, logrando con ello cero casos de rabia humana transmitida por perro, hecho histórico en la salud pública.

Fernando Vargas Pino

Plan Nacional de Planificación Familiar

La Ley General de Población de 1974,⁶¹ estableció la obligatoriedad del Estado de ofrecer servicios de planificación familiar gratuita en las instituciones públicas de salud.⁶² Gracias a las medidas de control demográfico derivadas de esta ley, actualmente es difícil encontrar en México una pareja que decida tener 6 o 7 hijos, como sucedía al comienzo de los setenta.⁶³

Según la teoría malthusiana, la explosión demográfica fue un fenómeno internacional del siglo xx que debía ser frenado para favorecer el desarrollo económico mundial. En consecuencia, en diciembre de 1974 se celebró, en Bucarest, Rumania, la Primera Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD).⁶⁴ Como consecuencia de los acuerdos de esta reunión, en México se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y se reformó el artículo cuarto de la Constitución Política que estableció el "derecho de toda persona a elegir libre, responsable e informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos". Este hecho, colocó a México como el primer país de



Anticoncepción en México

La anticoncepción constituye uno de los grandes progresos de la humanidad, habiendo coadyuvado al avance social y económico de las últimas décadas. La anticoncepción oral tuvo su cuna en México a mediados del siglo pasado, ya que en nuestro país se realizó la síntesis de la noretisterona, el compuesto activo del primer anticonceptivo oral sintético. En 1974 se iniciaron las políticas públicas en planificación familiar publicándose la Ley General de Población que regula los fenómenos demográficos, estableciéndose que el Estado tiene la obligación de ofrecer servicios de planificación familiar gratuitos. Asimismo, se reformó

la Constitución incorporándose el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos y el intervalo entre ellos. En 1984 la Ley General de Salud incluye a la planificación familiar como parte de los servicios de salud. Los programas nacionales de Planificación Familiar han sido muy exitosos y modelo para otros países; el Fondo de Población de la Organización Mundial de la Salud distinguió a México por ello. De seguir con el ritmo de crecimiento poblacional de hace 40 años hoy seríamos cerca de 200 millones de mexicanos.

América Latina en reconocer en su Constitución el derecho a la planificación familiar, y en el segundo lugar a nivel mundial, después de Yugoslavia.

Tres años después, en octubre de 1977, el presidente José López Portillo puso en marcha el primer Plan Nacional de Planificación Familiar (PNPF), que a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encabezada por el doctor Emilio Martínez Manautou⁶⁵, coordinó los trabajos para proporcionar información y anticonceptivos orales a las derechohabientes en edad fértil a través del Sistema Nacional de Salud.

Para la divulgación del PNPF, además de la radio y medios impresos, se utilizó la televisión como principal portavoz de consignas como “la familia pequeña vive mejor”, “ser menos para darles más” o “vámonos haciendo menos”. Frases que aún persisten en la memoria colectiva de quienes las escucharon y que en su momento, incidieron en la conciencia de no pocas mujeres para que decidieran el número de hijos que deseaban tener y los años de diferencia entre uno y otro. Además, se aprovecharon las telenovelas para enviar los mensajes centrales de la campaña.

Hoy en día las mujeres mexicanas tienen en promedio dos hijos. Este logro se considera, en gran medida, como resultado del PNPF de 1977.

VIH/SIDA

A principios de los ochenta surgió una pandemia que representó un gran desafío para las autoridades de salud en todo el mundo, no sólo por la incertidumbre de su etiología, sino por el estigma que adquirieron las personas que fueron diagnosticados con este nuevo mal.

El 5 de junio de 1981 se publicó en Estados Unidos el primer reporte de Neumonía por *Pneumocystis carinni* en cinco hombres y este suceso dio pie a las primeras investigaciones que confirmaron más tarde la existencia de la pandemia ocasionada por el nuevo virus. Los primeros casos de esta enfermedad se presentaron en homosexuales, motivo por el cual en un principio fue llamada *Gay Related Immunodeficiency* (GRI). Después de un año de estudios, se modificó la designación por la de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).⁶⁶ Sin embargo, el daño derivado por la atribución homosexual de la enfermedad ya estaba hecho y perduró durante mucho tiempo.

En México, el primer caso de SIDA se diagnosticó en 1983 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), entonces dirigido por el Dr. Martín Campuzano.

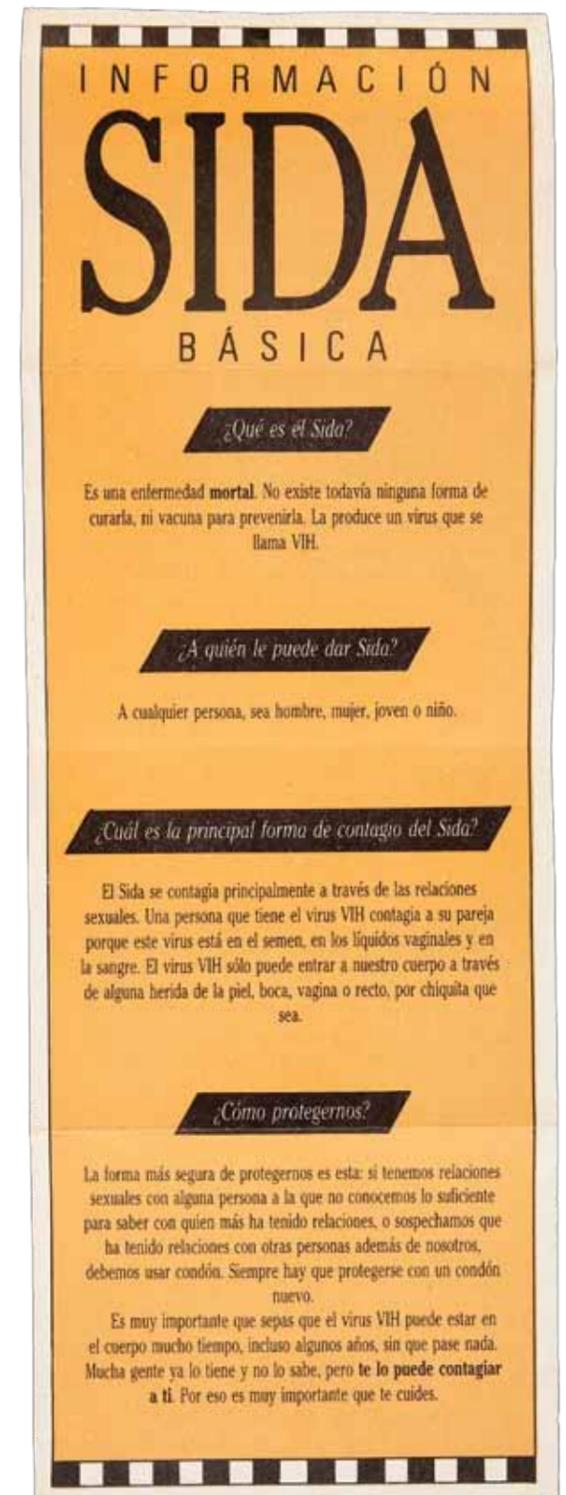
Ante el aumento de casos en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud, después de la Primera Conferencia Internacional de SIDA celebrada en

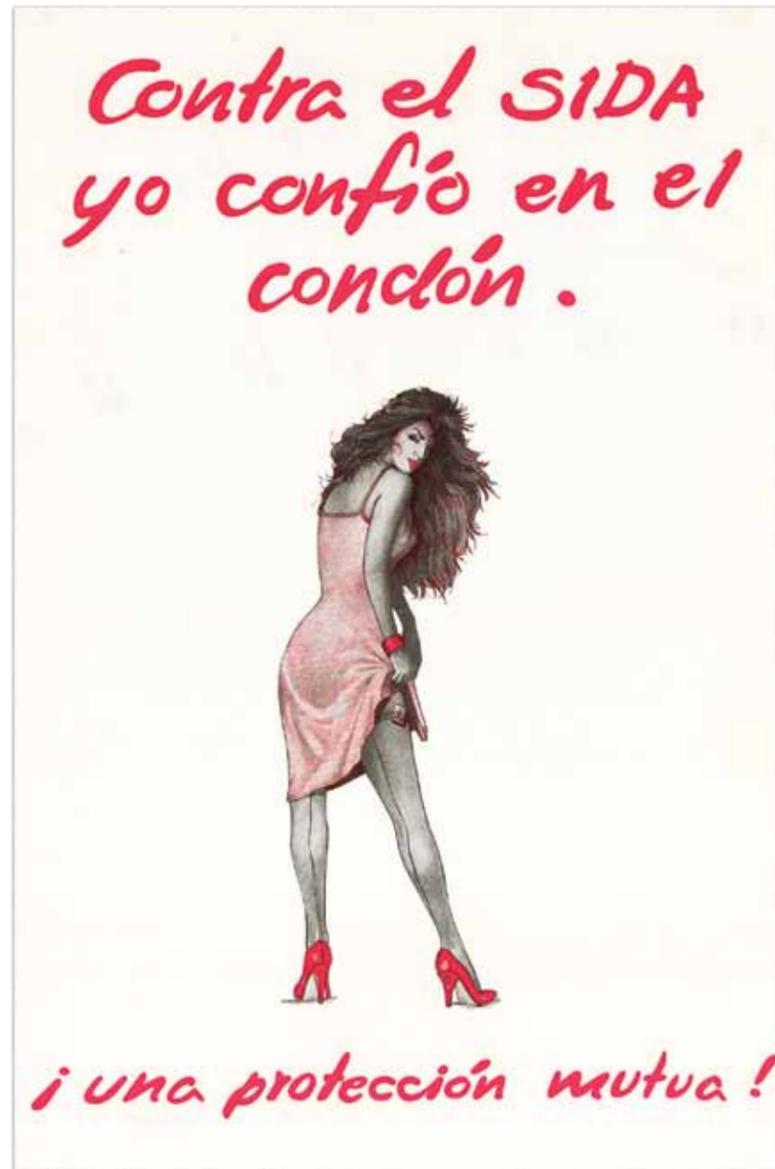


Atlanta en 1985, sugirió la creación de comités para lucha contra este mal en cada país. México respondió positivamente a esta exhortación. Un año después, el presidente Miguel de Madrid Hurtado instruyó al entonces secretario de Salud, el Dr. Guillermo Soberón, la creación del Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA), cuya responsabilidad sería difundir información referente a esta enfermedad.

Como consecuencia de un mejor conocimiento de los mecanismos de contagio, otra importante acción en contra del SIDA realizada en México, tuvo lugar en mayo de 1986, cuando se legisló sobre la obligatoriedad de la detección de anticuerpos contra el VIH en sangre y sus derivados para uso humano; como consecuencia, un año más tarde, entró en vigor la prohibición de la comercialización de la sangre.⁶⁷

Desde la primera campaña de 1987 se promovió el uso del condón y las autoridades sanitarias han realizado esfuerzos notables para brindar información sobre la prevención del VIH/SIDA y combatir el estigma asociado a esta enfermedad. Principalmente lo han hecho a través de folletos informativos, carteles, spots de radio y televisión.





El SIDA en México

La respuesta a la incipiente epidemia de SIDA en México fue temprana y contundente. En 1986 se creó CONASIDA —organismo público con participación social— con el fin de informar y hacer prevención. Ante la ausencia de fármacos o vacunas, la respuesta se centró en sus inicios en prevenir la transmisión sexual y la sanguínea (que amenazaba crecer exponencialmente). La proscripción del comercio de sangre y la obligatoriedad de monitoreo de unidades sanguíneas logró controlar esta vía de transmisión. La promoción del condón como

medida preventiva causó revuelo en un inicio en ciertos sectores, pero contuvo el crecimiento de la epidemia. La aparición de medicamentos antirretrovirales permitió mejorar la calidad y esperanza de vida de infectados con VIH. Los medicamentos se han otorgado gratuitamente en México. La relativamente baja prevalencia de VIH/SIDA en México obedece en buena medida a la pronta intervención, lo que confirma que la prevención resulta la mejor inversión.

Jaime Sepúlveda Amor

Creación de CONAVA

En 1990, se suscitaron en México tres eventos que obligaron a las autoridades de salud a modificar los esquemas y programas de vacunación nacionales existentes hasta ese año. El primero, fue un brote de sarampión que afectó a 68 mil 782 personas, provocando la muerte de 5 mil 899 de ellas.⁶⁸ El segundo, fue la publicación de la Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación, que indicó la precariedad de la cobertura pues sólo 46 niños (de 1 a 4 años) de cada 100 habían recibido un esquema completo de vacunación.⁶⁹ El tercer suceso fue la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, celebrada el 29 y 30 septiembre en Nueva York, EU en la que México, junto con otros 71 países, se comprometió a cubrir los rezagos en la cobertura de inmunizaciones con el fin de controlar, eliminar y erradicar las enfermedades prevenibles con la vacunación.⁷⁰

El entonces secretario de Salud, el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, se comprometió a cumplir con los objetivos de cobertura, pero además lo hizo estableciendo como fecha límite para lograrlo octubre de 1992. Para este efecto, en 1991 la secretaría de Salud estructuró el llamado “Programa de Vacunación Universal” (PVU), a su vez coordinado por el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), creado también durante ese mismo año.⁷¹ En cuanto a estrategias de difusión el PVU utilizó carteles, spots de radio y televisión; esta campaña hizo alusión a manifestaciones festivas de la salud, destacando los aspectos positivos de la vacunación.

Durante la última fase del PVU, se redoblaron esfuerzos para cumplir en tiempo y forma con el acuerdo internacional de la Cumbre de Nueva York, de tal manera que el CONAVA estableció la “Semana Nacional de Vacunación”, se intensificó la difusión de los mensajes en el nivel nacional y el personal de salud trabajó a marchas forzadas para alcanzar la cobertura, inclusive en los sitios más inaccesibles del país. Este



esfuerzo coordinado para la planeación, divulgación, ejecución y evaluación del PVU dio buenos resultados. El 12 de octubre de 1992 la cobertura de vacunación infantil llegó a 90%. Desde octubre de 1991 en nuestro país no se han registrado casos de poliomielitis ni difteria y la tasa de mortalidad infantil por tosferina en 1992 se redujo en 97%.

Cáncer cérvico uterino

En las últimas décadas, los programas de detección del cáncer cérvico-uterino han sido una de las premisas fundamentales para la salud pública en nuestro país, por tratarse de la enfermedad prevenible con la tasa de mortalidad y morbilidad más elevadas en mujeres de 25 años y más. Aunque en México se realizó el primer Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDOC) en 1974,⁷² después de la Segunda Conferencia de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994, la Secretaría de Salud ha realizado campañas de detección temprana a través de la prueba del Papanicolaou.

El éxito en de la detección oportuna depende en gran medida de la eficacia con que la muestra citológica sea tomada, por lo que instrumentar estos programas PNDOC implica el doble problema de la cobertura y de la capacitación técnica del personal.

Hoy en día se sabe que el Virus de Papiloma Humano es un factor de riesgo importante para la aparición de este tipo de cáncer, y que, aunque la educación sanitaria y la prueba de Papanicolaou no deben eliminarse,⁷³ otra estrategia de control es la vacunación contra este virus.⁷⁴



La prevención del cáncer del cuello uterino

.....

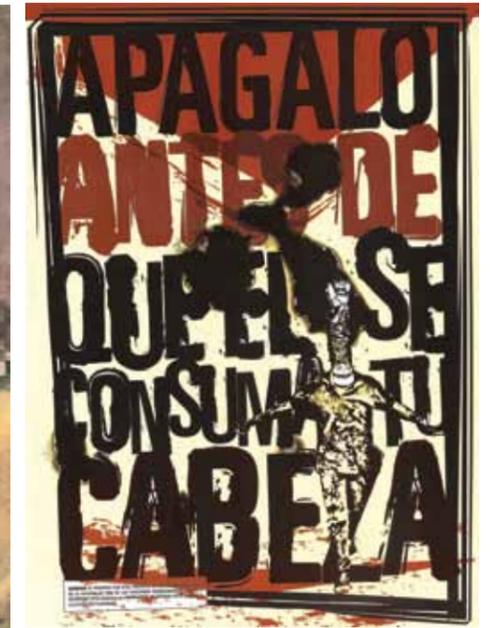
El costo económico y el sufrimiento de las mujeres con enfermedades como el cáncer del cuello uterino repercuten negativamente, no sólo en el entorno de la enferma y su familia, sino que generan enormes gastos para los sistemas de salud. Esta neoplasia, por sus características, es un modelo ideal para su prevención exitosa, tal como ha ocurrido en algunas regiones del mundo. En nuestro país, las acciones de prevención mediante la citología cervical o estudio de Papanicolaou, fueron una estrategia que se instrumentó desde hace muchos años. El cáncer del cuello uterino se consideró dentro de los programas preventivos de la Secretaría de Salud desde años atrás. Antes de 1970, la detección era oportunista, se ofrecía irregularmente a las mujeres que llegaban, por cualquier motivo, a los grandes centros hospitalarios de la época. En ese año, se iniciaron los esfuerzos para diseñar estrategias preventivas acordes con la época, lo que constituyó el primer programa de prevención oportuna del cáncer cérvico uterino, el que fue estructurado con un enfoque poblacional, ya que pretendía abarcar todo el país. Varios personajes fueron los autores de esta magna obra, entre ellos, los drs. Horacio Zalce, Guillermo Montaña, Juan Ramón Blancarte y Miguel Ángel Vilchis Villaseñor. Incluidas claramente en las estrategias generadas entonces, estaba el diseño de los laboratorios de Citología, su funcionamiento y las características del personal que laboraría en ellos; se señalaba también, la necesidad de contar con un registro nacional de neoplasias. Con el tiempo, las estrategias originales no llegaron a cumplirse cabalmente pero se dejó una infraestructura importante, que ha sido muy útil para continuar con las acciones preventivas. La modernidad, con el empuje de los nuevos descubrimientos científicos, plantea la necesidad de cambiar aquellas estrategias. Se seguirá utilizando la citología cervical como medida de prevención secundaria, pero aplicada ahora a las mujeres identificadas como población en riesgo por ser portadoras de virus del papiloma humano de alto riesgo oncogénico en el cérvix, identificado éste mediante procedimientos de biología molecular. En un futuro cercano, la vacunación universal contra ese virus a población virgen a la infección, será un arma importante para disminuir, aún más, la mortalidad por esta neoplasia. Erradicar una enfermedad de la que se conoce su etiología, historia natural y epidemiología, y para la que se tienen armas que permiten su identificación y curación exitosa en etapas iniciales, auguran que esta enfermedad, el cáncer del cuello uterino, está llamada a desaparecer de los primeros lugares de los registros de neoplasias.

Patricia Alonso de Ruiz

Tabaquismo

Durante la Revolución mexicana y posteriormente, en el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas (1934-1940) la cigarrera *El Buen Tono* persuadía con su publicidad a que los mexicanos fumaran porque hacerlo era un símbolo de "elegancia y distinción". Actualmente, el tabaquismo se considera una adicción que afecta anualmente a mil 300 millones de personas en el mundo y produce enfermedades que ocasionan cinco millones de muertes al año, número superior a las que provoca el SIDA, el alcoholismo, el uso de drogas ilegales y los accidentes automovilísticos juntos.⁷⁵

Ante este panorama epidemiológico mundial, en 2003, 169 países, entre ellos México, firmaron el Convenio Marco de Control del Tabaco,⁷⁶ auspiciado por la Organización Mundial de la Salud. Este acuerdo dio pie a que la Secretaría de Salud instrumentara medidas para reducir la prevalencia de este problema sanitario y atenuar los riesgos a salud que de éste derivan. Algunas de ellas son prevenir el daño de la exposición directa del humo del tabaco. Después de varias iniciativas y modificaciones de ley, que incluyen la regulación de la venta y publicidad del tabaco, el 4 de abril de 2008 entraron en vigor las reformas a la Ley General para la Protección de la Salud de los Fumadores y No Fumadores del Distrito Federal, la cual estipula la creación de ambientes 100% libres de humo de tabaco. En consecuencia, en restaurantes, oficinas, bares, industrias, cines, escuelas, auditorios y hospitales no está permitido fumar. Estas acciones se han adoptado ya en todos los estados de la República mexicana y actualmente es una campaña permanente de la Secretaría de Salud.



Tabaco y salud

.....

El consumo de tabaco se inició en América; Colón y Cortés vieron a los indígenas fumar rollos de hojas de tabaco, en Palenque está una estela que representa un sacerdote con un cigarro encendido. Posteriormente, con la elaboración de cigarrillos su consumo se extendió en todo el mundo.

El hábito de fumar implica una dependencia a la nicotina. Sin embargo es hasta el siglo XX cuando se relacionan diversas y graves enfermedades con el tabaco: EPOC, diferentes cánceres y trastornos cardiovasculares, que han llegado a constituir un importante problema de salud pública. En México millones de mexicanos fuman y las encuestas sobre adicciones muestran un evidente aumento entre los jóvenes. En abril de 1990 la SSA decidió emprender una lucha contra el consumo de tabaco. Inicialmente impuso que las leyendas de advertencia sobre cáncer y tabaco se imprimieran en las cajetillas de cigarrillos y logró suprimir la propaganda de tabaco en televisión y en carteles espectaculares, eliminando además su venta a menores de edad. También elaboró un reglamento prohibiendo su consumo en oficinas y establecimientos públicos hasta convertirlos en lugares libres de humo de tabaco, protegiendo además a los no fumadores. Las clínicas para ayudar al tratamiento de la adicción a la nicotina continúan extendiéndose. Pero esta lucha dista aún mucho de tener éxitos notables y puede decirse que con el apoyo de la SSA esta batalla apenas está comenzando.

Raúl Cicero

Significado del seguro popular en el cuidado de la salud de los mexicanos

El seguro popular representa un parteaguas en la ruta que nos hemos trazado para dar cabal cumplimiento al derecho de la protección de la salud. Esta garantía social se ha equiparado al acceso a los servicios de salud, o sea que se pretende que el Sistema Nacional de Salud de México pueda dar satisfacción a necesidades presentes y para contender con retos actuales. El SNS, como ahora se visualiza, arrancó en 1943 en que fueron creados el Instituto Mexicano de Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia así como los primeros Institutos Nacionales de Salud, que a la fecha son trece. Además, en los últimos años se han establecido seis Hospitales de alta especialidad en Mérida, León, Oaxaca, Ciudad Victoria, y dos en Chiapas. Se aspira a construir 18 en total. Asimismo, se han establecido numerosos hospitales generales de segundo nivel de atención y múltiples establecimientos de atención primaria a la salud y brigadas móviles para llegar a sitios remotos de difícil acceso. Es por eso que a esta etapa de cuatro décadas se le ha llamado de impulso a la infraestructura en salud.

En los años ochenta se dio paso a la reforma conocida como del cambio estructural en salud. Se aplicaron cinco estrategias macro, a saber: la descentralización de los servicios de salud, la sectorización de los mismos, la modernización administrativa del sistema, la coordinación intersectorial y la movilización social. Se realizaron estudios para valorar la formación de recursos humanos, la investigación en salud, el financiamiento de la salud, la información en salud y la producción de insumos, consecuentemente, diversas medidas han sido fundamentalmente aplicadas en beneficio de la "población abierta", es decir, la que no es derechohabiente de la seguridad social. En el año 2003 el Congreso aprobó trascendentes modificaciones a la Ley General de Salud para establecer el Sistema de Protección Social en Salud y su brazo ejecutivo el Seguro Popular. Estos instrumentos serán el puntal para alcanzar las condiciones que permitirán el paso trascendental de lograr la universalización del sns a fin de resolver su fragmentación ya que, en su forma actual, contiene severas limitaciones.

Guillermo Soberón

AH1N1

Entre abril y mayo de 2009 en México, un fenómeno epidemiológico de potencial pandémico puso a prueba la capacidad de las autoridades sanitarias para controlar su inesperado surgimiento dentro del territorio nacional e impedir, en la medida de lo posible, su acelerada expansión. A pesar de que la temporada de influenza estacional ya había concluido, seguían registrándose casos en los estados de Tlaxcala, Veracruz, Hidalgo, Distrito Federal y Baja California, incluso una mujer de Oaxaca falleció presumiblemente debido a un padecimiento de vías respiratorias relacionado con un diagnóstico de influenza. Ante esta inusual situación, el Dr. Mauricio Hernández Ávila, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, sugirió por primera vez las medidas de prevención que a partir de ese momento exigirían a la población un comportamiento sanitario centrado en lavar las manos con

MÉXICO 2010 Gobierno Federal SALUD

Vacúnate contra la influenza A (H1N1)

- Mujeres embarazadas
- Personas con enfermedades pulmonares crónicas, cardiovasculares, renales, diabetes, VIH SIDA, cáncer y asma
- Niños y niñas de 6 a 24 meses de edad
- Médicos o trabajadores de áreas de atención de salud
- Cuidadores de personas de riesgo

Acude a la Unidad de Salud que te corresponda. La vacuna es gratuita y segura.

Si tienes dudas, llama al 01800 112 1010.

■ El nuevo virus que provocó epidemia en DF y Edomex proviene del cerdo, señala Córdova

Antivirales, no vacuna, solución si no hay contagio masivo: Ssa

■ Hay un millón de dosis de oseltamivir y zanamivir para los poco más de mil casos de influenza surgidos en el país ■ Confirma presencia de la cepa en 20 de los 68 decesos ocurridos hasta ahora

con el envío de medicamentos y de expertos, en el que participa el director de Birmex. Enfatizó que el organismo internacional considera este mal "altamente contagioso", que puede ser mortal y tiene propensión pandémica, razón por la cual se han tomado las acciones anunciadas. Aunque aclaró que, "afortunadamente", la OMS no decretó cuarentena para el cierre de fronteras de México, por lo que no hay restricciones para los extranjeros que quieran visitar el país. Por ahora, dijo, tampoco hay necesidad de declarar paros laborales, y la única recomendación es que quien tenga algún síntoma no acuda a trabajar. Como el virus es nuevo, producto de una mutación, la OMS determinó que la vacuna no es útil, pero los antivirales tienen efectividad completa. Esto, porque el virus tiene dos componentes: brisbae y euroasiático, y la vacuna sólo actúa contra el primero.

Fuerzas de seguridad y población en general recurrieron ayer a los cubrebocas como una forma de protegerse contra la influenza ■ Foto Yazmin Ortega Cortés

Influenza

La epidemia de influenza de 1918 produjo más decesos que ninguna otra que se tenga registrada en la historia de la humanidad. Se han hecho estimaciones que van desde 21 millones hasta 100 millones de muertes. En México no se conoce con precisión el número de defunciones, las estimaciones varían entre 300 mil y 500 mil muertes, lo que indicaría que en el país falleció entre el 1.5 y 3.5% de la población total por esta causa. Los estudiosos del tema concuerdan en que es muy probable que se haya iniciado en los Estados Unidos, y que el virus responsable llegó a Europa junto con las tropas norteamericanas que participaron en la Primera Guerra Mundial y a México a través del intenso comercio y contacto con este país a lo largo de la frontera norte. En el país, los primeros casos se detectaron en octubre de 1918 en los estados fronterizos, donde la situación se tornó muy grave y desde ahí se extendió rápidamente hacia el resto del territorio nacional en semanas. El 19 de octubre el Dr José María Rodríguez alertó sobre la extrema

gravedad de la situación al reportar cerca de 75 mil defunciones contabilizadas en el mes de octubre. La emergencia obligó a tomar medidas inmediatas, la Cámara de Diputados formó un grupo para analizar la situación y examinar la respuesta nacional y aprobó un presupuesto extraordinario que ascendió a 200 mil pesos. El Consejo General de Salubridad de la República emitió recomendaciones que incluían la clausura de todo centro de reunión en ciudades afectadas; medidas de aislamiento para los enfermos y de protección para los que los cuidaban. Otras medidas de contención de la epidemia fueron la suspensión de los viajes de trenes de pasajeros, la fumigación de los carros del ferrocarril y la detección y restricción de viaje a pasajeros sospechosos de tener gripe. Sin embargo, estas últimas medidas no fueron impulsadas de manera completa debido a que se consideró que agravarían las ya precarias condiciones económicas que prevalecían en el país. Desde entonces se acepta que puede presentarse otra pandemia de influenza de grandes proporciones similar a la que ocurrió en 1918.

Mauricio Hernández Ávila.

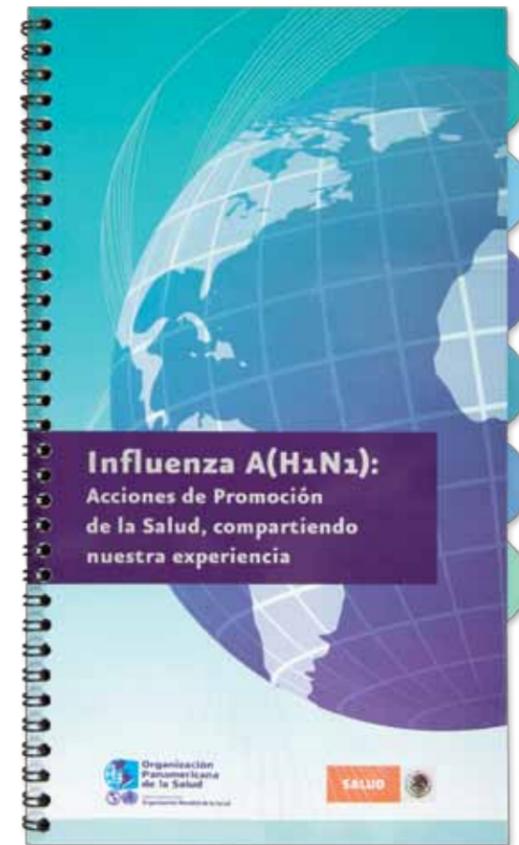
frecuencia, toser y estornudar tapando la boca con un pañuelo así como evitar acudir a lugares concurridos.⁷⁷

Cinco días después, se declaró estado de alerta epidemiológica por la existencia de una epidemia de Influenza humana de origen porcino del tipo (A/H1N1) que para ese momento ya había provocado 20 muertes en México. La situación obligó a tomar medidas más drásticas. El 24 de abril las escuelas cerraron sus puertas y las clases se suspendieron hasta nuevo aviso para evitar los contagios. Todos los centros de salud trabajaron incluso los domingos para atender los casos probables, mientras que en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica a marchas forzadas se confirmaban los diagnósticos.

Para el 25 de abril, los casos de este nuevo virus se hicieron presentes en la mayoría de los países, razón por la que la Organización Mundial de la Salud declaró Estado de Emergencia de Salud Pública de interés mundial, que entre otras cosas obligó a las autoridades mexicanas a realizar acciones en los nodos de transporte más importantes de la República de acuerdo con los estatutos de sanidad internacional. El objetivo central de todas las medidas fue contener la pandemia, canalizando los casos detectados a los centros de atención médica establecidos en todos los hospitales y centros de salud.

Para mediados de mayo los casos descendieron y el país poco a poco fue tomando su ritmo habitual. No obstante, las medidas tomadas ante la emergencia sanitaria se volvieron permanentes. Hasta la fecha, se realiza una intensa vigilancia epidemiológica en unidades centinela de la Dirección General de Epidemiología y se administran vacunas a toda la población, además de que se tienen identificados los grupos de riesgo con el fin de estar alerta ante cualquier emergencia.

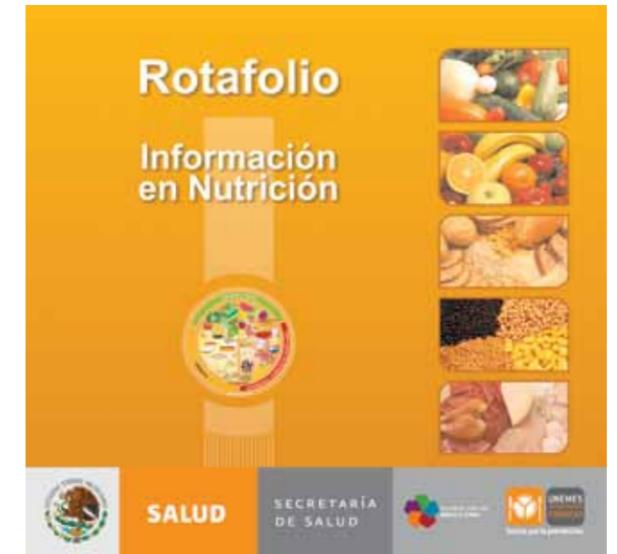
Por sus implicaciones sociales, económicas, y sanitarias, la pandemia Influenza Humana (A/H1N1) dejó una gran enseñanza para la salud pública de nuestro país y ofreció la oportunidad de corregir y mejorar las estrategias epidemiológicas para emergencias en salud.



Obesidad

En nuestros días, el país se encuentra en un proceso de transición en lo que a nutrición y salud se refiere. El principal objetivo de las campañas es promover un cambio en el estilo de vida de los mexicanos que los ayude a prevenir la incidencia de enfermedades no transmisibles que hoy ocupan los primeros lugares de enfermedad y muerte.

En los albores del siglo xx la salud pública centraba sus esfuerzos en el estudio y control de las enfermedades infecciosas, tomando a la desnutrición de buena parte de la población, como uno de los principales factores de riesgo para su desarrollo.⁷⁸ Desde finales del siglo xx hasta hoy, la obesidad es el principal factor de riesgo. Su prevalencia va en franco aumento y ha provocado que enfermedades no transmisibles, como *Diabetes Mellitus*, cardiopatías, patologías cerebrovasculares, y algunos tipos de cáncer, ocupen los primeros

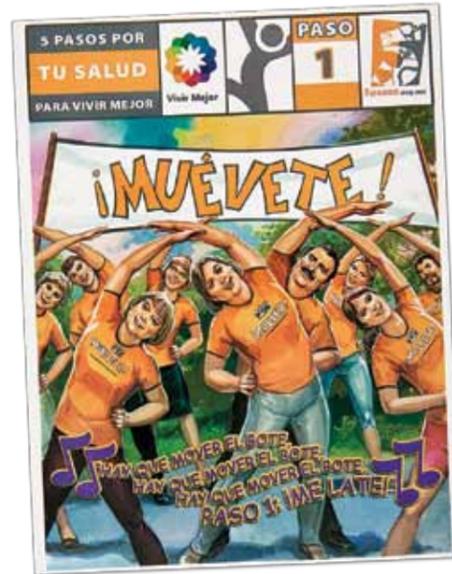


lugares como causas de enfermedad y muerte en nuestro país. Esta transición epidemiológica se atribuye, en gran medida, a una combinación de hábitos sedentarios y el acceso mayor a alimentos hipercalóricos.⁷⁹

Para disminuir la prevalencia de este factor de riesgo, la Secretaría de Salud dirige a la población mensajes que buscan estimular el aumento de la actividad física y a mejorar los hábitos de alimentación. Existen las campañas: “México está tomando medidas” (2005), “Una pausa por la salud” (2005), “Muévete y métete en cintura” (2008) y “Actívate para vivir mejor” (2008) o la que desde finales de 2009 realiza el Instituto Mexicano del Seguro Social que con su consigna: “Si comes en exceso te puede dar un infarto. Es en serio. La obesidad te quita años de vida” advierte que comer en exceso puede ocasionar serios problemas de salud.⁸⁰

Además, el Instituto Nacional de Medicina Genómica realiza investigaciones para determinar el mapa genético de la obesidad y la diabetes en los mexicanos y así diseñar estrategias preventivas. Lo ideal es que todas estas acciones contribuyan a la solución del problema. Sin embargo, la participación de la sociedad como responsable de su salud es fundamental ya que de no reducirse la prevalencia de obesidad, se estima que el Sistema Nacional de Salud podría verse rebasado en su capacidad para el control de las enfermedades no transmisibles en un futuro no muy lejano.

El combate a las drogas ilegales también se ha convertido en un gran reto para el Sistema Nacional de Salud.



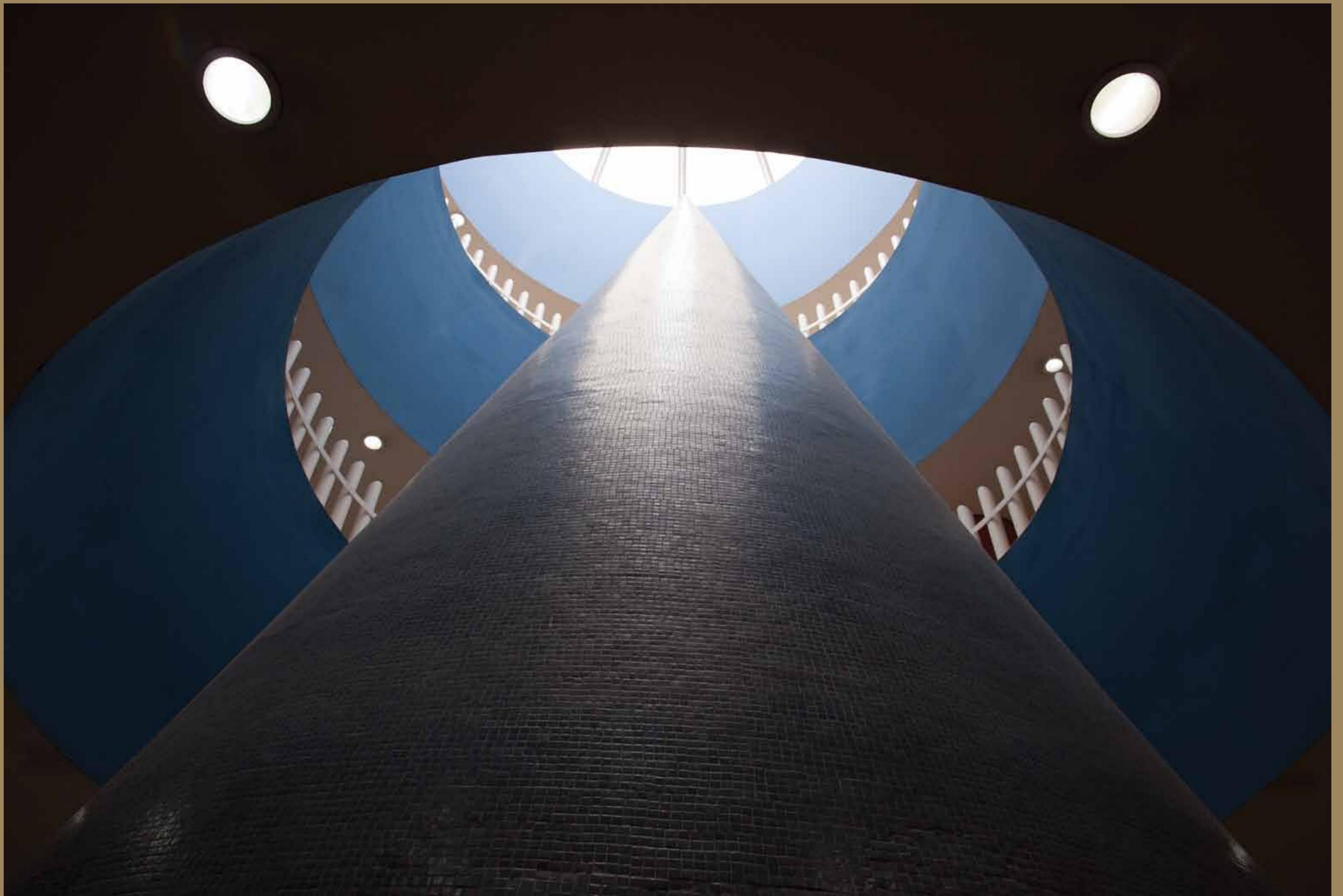
Cuando fui droguero

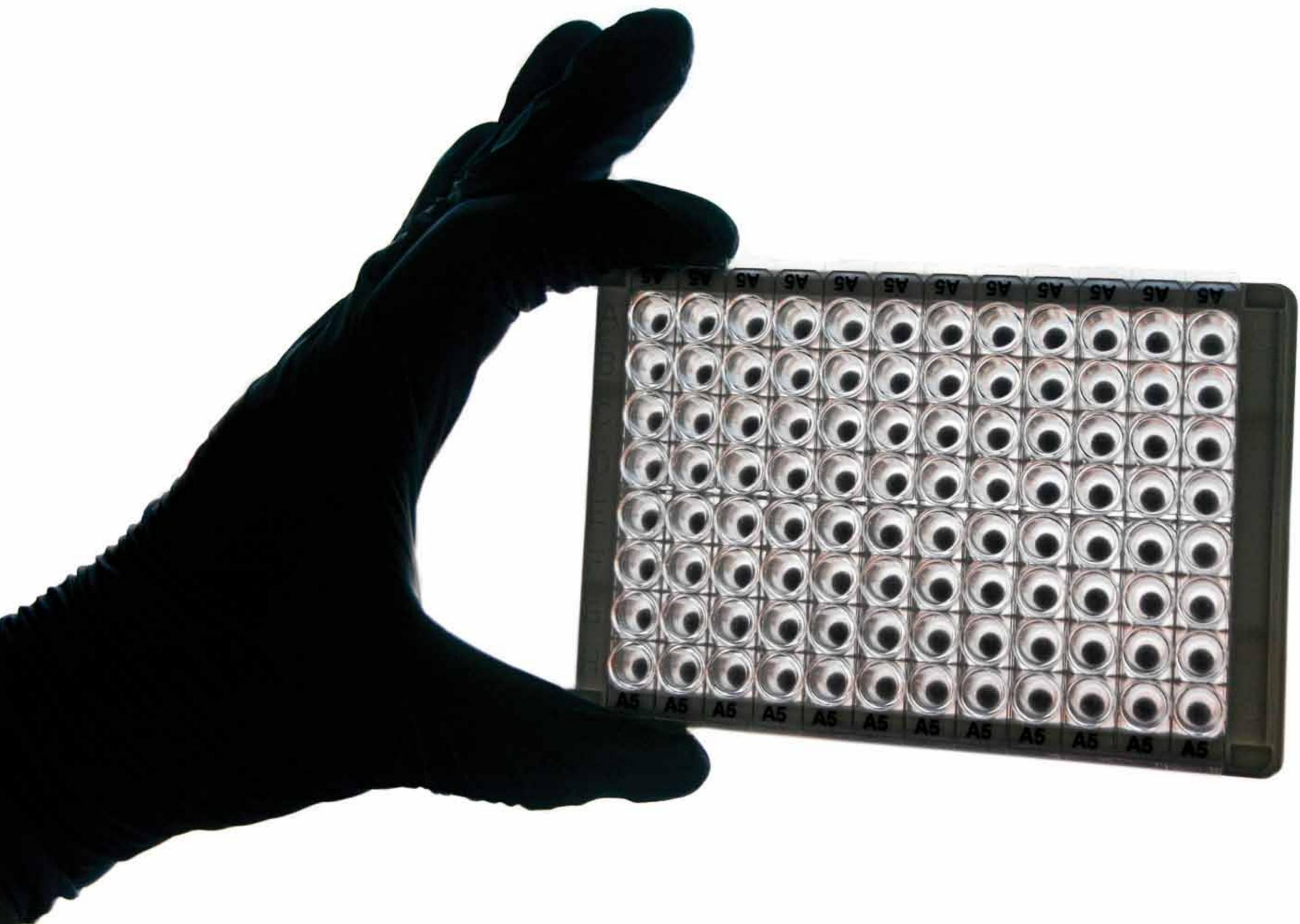
Hacia 1937-39 yo era estudiante de medicina y mi padre, médico, trabajaba en Salubridad. Esas secretaría, cuyo titular era entonces el doctor y general José Suirob, decidió legalizar el consumo de drogas e instaló oficinas en la calle de Sevilla. Allí se inyectaba a los drogadictos. Bastaba decir su nombre, confesar su adicción y pagar la moderada cuota fijada para recibir la inyección de morfina. Todos los días había largas colas, y se contaba que a Agustín Lara y a ciertas señoras, un médico iba todos los días a sus casas a darles sus dosis. No puedo precisar si la sustancia era opio o morfina o cocaína, ni puedo afirmar si había opciones.

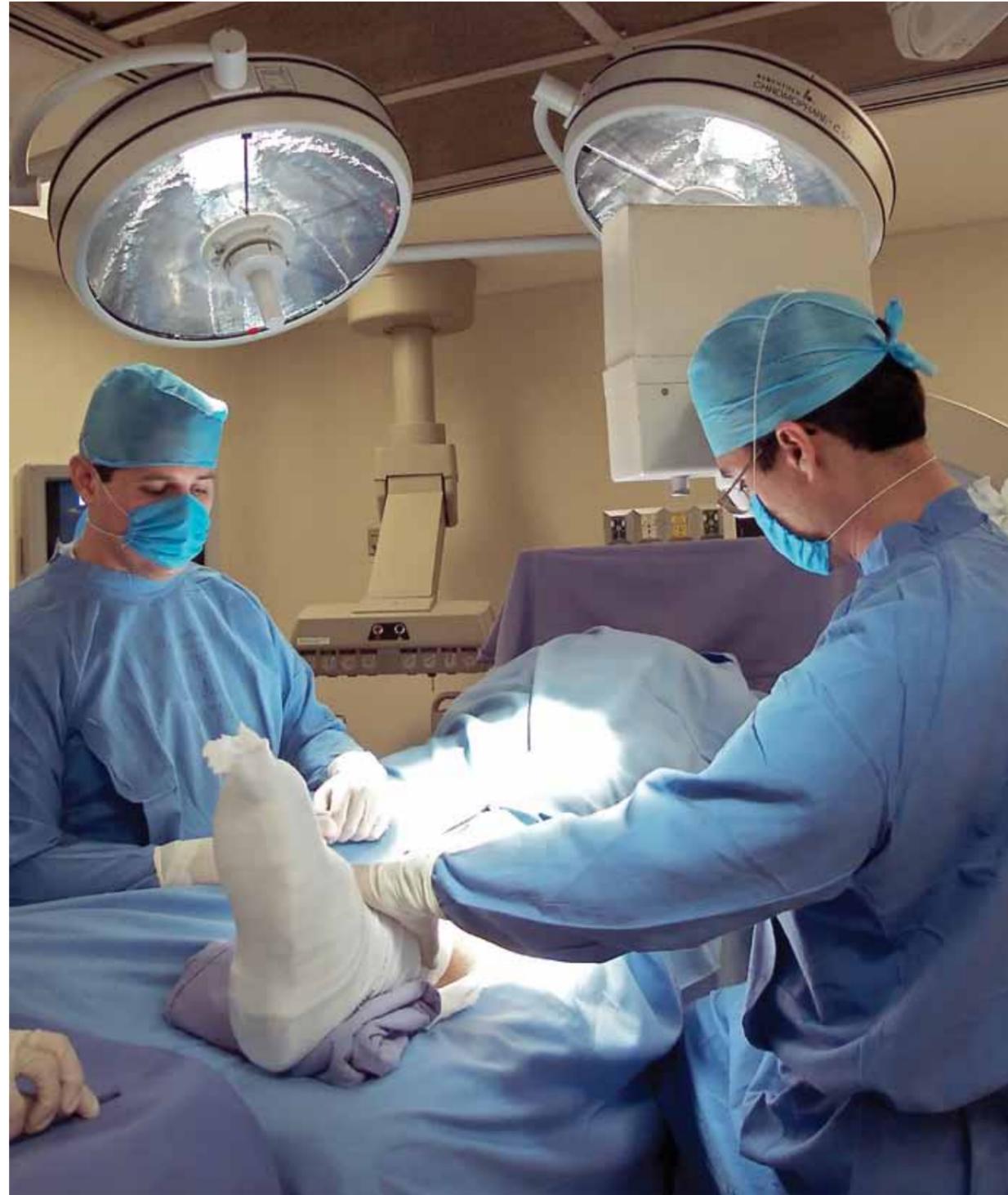
Por la relación de mi padre con el doctor Héctor Alcázar, cercano al ministro Suirob, y por mi condición de estudiante de medicina, fui invitado a hacerme cargo de ir a inyectar a los presos drogadictos en la Penitenciaría de Lecumberri. El titular era un médico veracruzano que sólo se presentó la primera vez y dejó todo en mis manos. Yo invité a Rigoberto Viera Llamas, hoy médico, mi amigo desde Guadalajara y entonces estudiante como yo. Nuestras tareas consistían en recoger los frasquitos de droga, las jeringas, agujas y compresas de algodón con alcohol, y las libretas donde anotábamos los nombres de los drogadictos y las dosis que recibían. Todo lo guardábamos en un maletín de doctor...

Jose Luis Martínez









Mirando al futuro... nuevos retos 2010 - 2030

En nuestros días la duración de la vida se investiga no sólo para objetos prácticos, como los seguros de vida, las rentas vitalicias y los montepíos de viudas, sino también con fines científicos, para hacer deducciones acerca de las condiciones de vitalidad en un pueblo.

Boletín del Departamento de Estadística, 1924, p. 13.

En el terreno de la salud pública, el estudio del futuro es relevante porque implica el diseño de estrategias y acciones dirigidas a reducir la exposición a factores de riesgo. A mediados del siglo xx, surgió la prospectiva,⁸¹ disciplina que apoyada en métodos científicos y rigor metodológico se basó en información empírica lo suficientemente amplia y compleja para definir los posibles escenarios futuros y, en consecuencia, la pertinencia de medidas y pronósticos. Los indicadores como las tasas de natalidad y mortalidad, la esperanza de vida al nacer, el número de habitantes, las causas

específicas de muerte y otros determinantes, como la economía y el entorno ambiental, forman parte de las múltiples variables utilizadas para construir las prospectivas en salud.

Aún antes de que se considerara a la prospectiva como una disciplina a finales del siglo xix y principios del xx los médicos mexicanos utilizaban estadísticas vitales para buscar soluciones a los problemas de salud. Un ejemplo de ello es el estudio que en noviembre de 1924, el Departamento de la Estadística Nacional de México publicó con el título "La longevidad en el



Distrito Federal según los censos de 1910 y 1921". En este documento se dice que la "duración de vida de una población" se sustentaba en "la fuerza natural de la vida del hombre" y en las "causas inmutables de muerte". Para prever y contrarrestar las causas de muerte se decidió hacer un estudio de la longevidad en las zonas más densamente pobladas del país.

El objetivo de esta iniciativa fue comparar en qué proporción había variado la duración de vida de la población conforme a los censos del 27 de octubre de 1910, realizado un mes antes del estallido de la Revolución mexicana, y el del 30 de noviembre de 1921, cuando el país se había pacificado y lo gobernaba el general Álvaro Obregón.

Para realizar este estudio se eligió el Distrito Federal por considerarlo representativo de una zona densamente poblada. Las variables de medición fueron el sexo y la condición racial —indígena, mezcla, blanca y europea— de las personas llamadas "de larga vida" porque eran mayores de 80 años. Conviene puntualizar que un siglo después, en 2010, a las personas mayores de sesenta años y hasta cumplir los cien, se les llama "personas de la tercera edad". Los términos cambiaron y el rango de edad para clasificarlas también. Quienes en la actualidad son mayores de ochenta y cinco años se conocen como "los viejos-viejos".

El censo de 1910 registró a 720 mil 753 habitantes en el Distrito Federal. De entre ellos como lo muestra el cuadro 1; mil 504 eran personas "de larga vida". Once años después, en 1921, la población total aumentó a 906 mil 603 y los mayores de ochenta años a 3 mil 599. Como se puede ver en el cuadro 2.

Estos registros demuestran que los mayores de 80 años aumentaron más del doble (90%) mientras que la población total lo hizo 26%. La causa principal de este contraste es atribuible a la inestabilidad política, económica y social que propició la Revolución. Quizá la epidemia más alarmante ocasionada por la escasez de comida y la guerra fue la de tifo que atacó principalmente a la ciudad de México.⁸² Entonces, en medio de la guerra, nacieron pocos mexicanos pero los adultos que sobrevivieron a la Revolución, envejecieron.



La otra variable considerada fue la condición racial de las personas de larga vida y se hizo solamente con base en el censo de 1921 como se muestra en el cuadro 3.

Estos números además de contabilizar a las personas mayores de 80 años que vivían en la ciudad de México, arrojan datos importantes sobre la presencia de indígenas y extranjeros viejos en la capital a inicios de la década de los años veinte, cuando el país había entrado en la fase posrevolucionaria y en la etapa de "reconstrucción nacional". Como lo dice el epígrafe que abre este apartado, estudiar la duración de vida en 1924 tuvo fines científicos para "hacer deducciones acerca de las condiciones de vitalidad de un pueblo."

Hoy, de cara al siglo XXI el contexto marcadamente globalizado plantea desafíos cambiantes y complejos para la salud pública. Por ello la OMS ha hecho análisis prospectivos de carácter mundial. El *Global Burden of Disease (GBD, 2004)*⁸³ es un documento que analiza los indicadores de salud de todos los países para estimar comparativamente el comportamiento de la salud en el futuro. Para conocer aspectos del caso mexicano, aquí se presenta una semblanza general prospectiva de los retos que enfrentará la salud pública hacia el año 2030, basado en el ejercicio de proyección de estadísticas vitales que realizó el Consejo Nacional de Población en agosto de 2006.⁸⁴



CUADRO 1

Rango de edad	Hombres	Mujeres	Total
80 a 85 años	269	438	707
85 a 90 años	165	361	526
90 a 95 años	53	89	142
95 a 100 años	35	69	104
100 años o más	9	16	25
Total	531	973	1,504

Boletín de Estadística, p.15

CUADRO 2

Rango de edad	Hombres	Mujeres	Total
80 a 85 años	662	1,444	2,106
85 a 90 años	291	563	854
90 a 95 años	108	261	369
95 a 100 años	47	156	203
100 años o más	7	60	67
Total	1,115	2,481	3,599

Boletín de Estadística, p.16

CUADRO 3

Rango de edad de 80 a 100 años	Hombres	Mujeres	Total
Indígenas	249	464	713
Raza Mezclada	586	1,337	1,923
Raza Blanca	234	562	796
Extranjeros	36	48	84
Total sin distinción de raza	1,105	2,411	3,516

Boletín de Estadística, p.17. NOTA: Este total no coincide con el cuadro basado en edades porque el rango de edad considerado aquí solamente llega a los 100 años. El cuadro anterior tiene una variable que contabilizó a 67 hombres y mujeres mayores de 100 años que aquí no se incluyen.

Una mirada internacional

En el siglo veintiuno, tendremos una mayor población de personas de edad media y ancianas que nunca antes en la historia.

Isaac Asimov

Para entender el proceso de salud en las poblaciones es necesario conocer los factores que convergen para que una enfermedad se presente; es decir, sus determinantes. La oms los define como el "conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones".⁸⁵ Uno de los más significativos es el ingreso *per capita*, puesto que mientras más alto sea, es más probable que se cuente con un mejor acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, los recursos económicos de una población son esenciales para la calidad de la prevención primaria, la cobertura de medicamentos, el acceso a la tecnología de punta y, en conse-



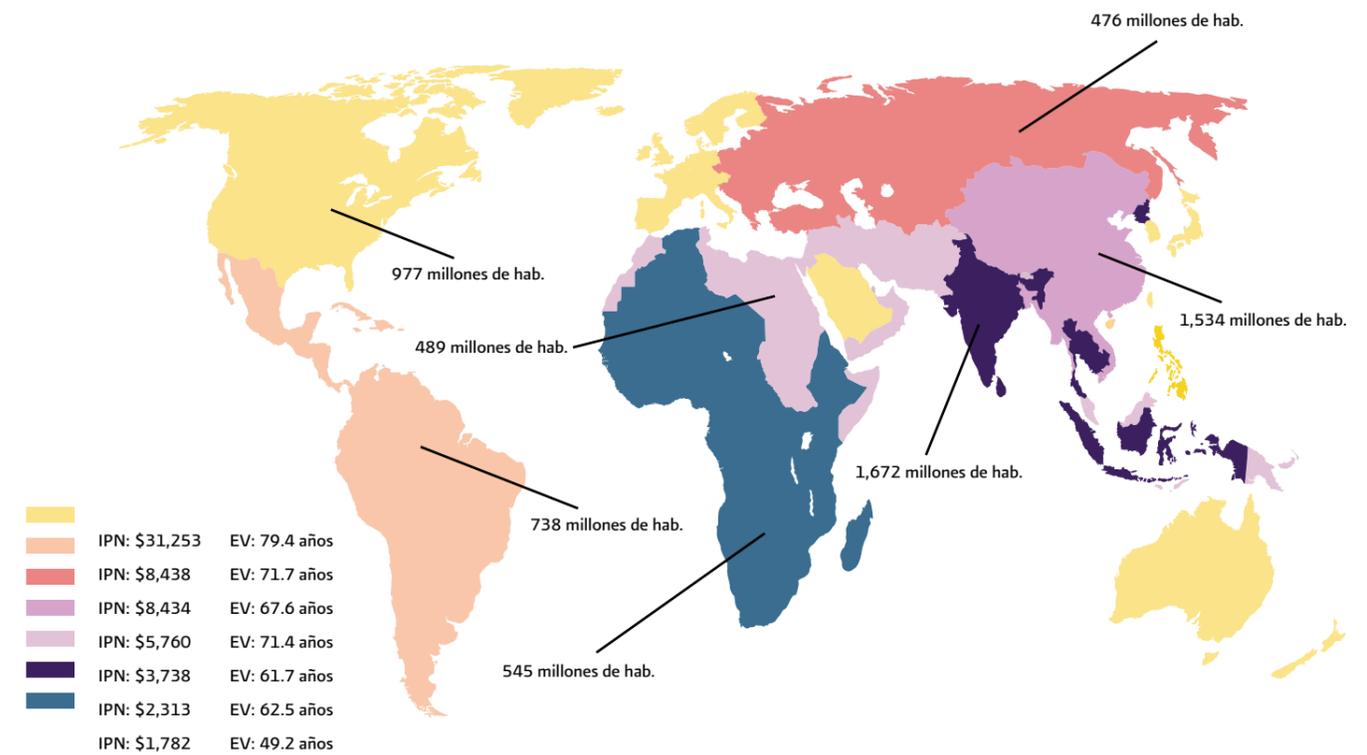
cuencia, para la esperanza de vida de sus habitantes. Acorde con esto, la oms diseñó un mapa que divide al mundo por regiones.

Con base en la distribución regional que presenta este mapa, son 26 países los que integran el grupo puntero con un ingreso *per capita* anual de \$31 mil 253 USD y una expectativa de vida de 79.4 años.⁸⁶ México como parte de la denominada Región de las Américas, con un ingreso *per capita* anual promedio de \$8 mil 438 USD, presenta una expectativa de vida de 71.7 años. El ingreso *per capita* no sólo condiciona la esperanza de vida, sino que también determina el tipo de enfermedad que puede o no desarrollar una población. Por ejemplo, las enfermedades no transmisibles (ENT) como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes y los padecimientos cerebro vasculares, en compara-

ción con las enfermedades infecciosas, se encuentran con más frecuencia en los países de más altos ingresos debido a que sus habitantes han experimentado un cambio en los hábitos de vida. Es decir, quienes viven en sociedades con mayores ingresos, además de que tienden a una vida sedentaria, aunado al fácil acceso a la comida hipercalórica, están más expuestos a ENT.

Los países de ingreso alto tendrán el reto de controlar las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, otras enfermedades no transmisibles como la diabetes, y las muertes provocadas por accidentes de tránsito. El análisis que presenta la oms no se basa únicamente en el ingreso *per capita*. Considera también al menos tres factores: el envejecimiento de la población, el crecimiento poblacional y el cambio epidemiológico. Con respecto al primero, señala que al reducirse paulatinamente la

Países agrupados por la oms según su ingreso y esperanza de vida, 2004



IPN: Ingreso Promedio Nacional per cápita en dólares / EV: Esperanza de Vida al nacer.

Fuente: *Global Burden of Disease*. OMS 2008.

tasa de natalidad, la proporción de jóvenes disminuye a mediano plazo, en consecuencia, por la historia natural de la enfermedad, los viejos estarán en mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.

El segundo fenómeno será el crecimiento de la población y el tercero es el cambio epidemiológico⁸⁷ que se producirá como resultado de la combinación del aumento y del envejecimiento poblacional.

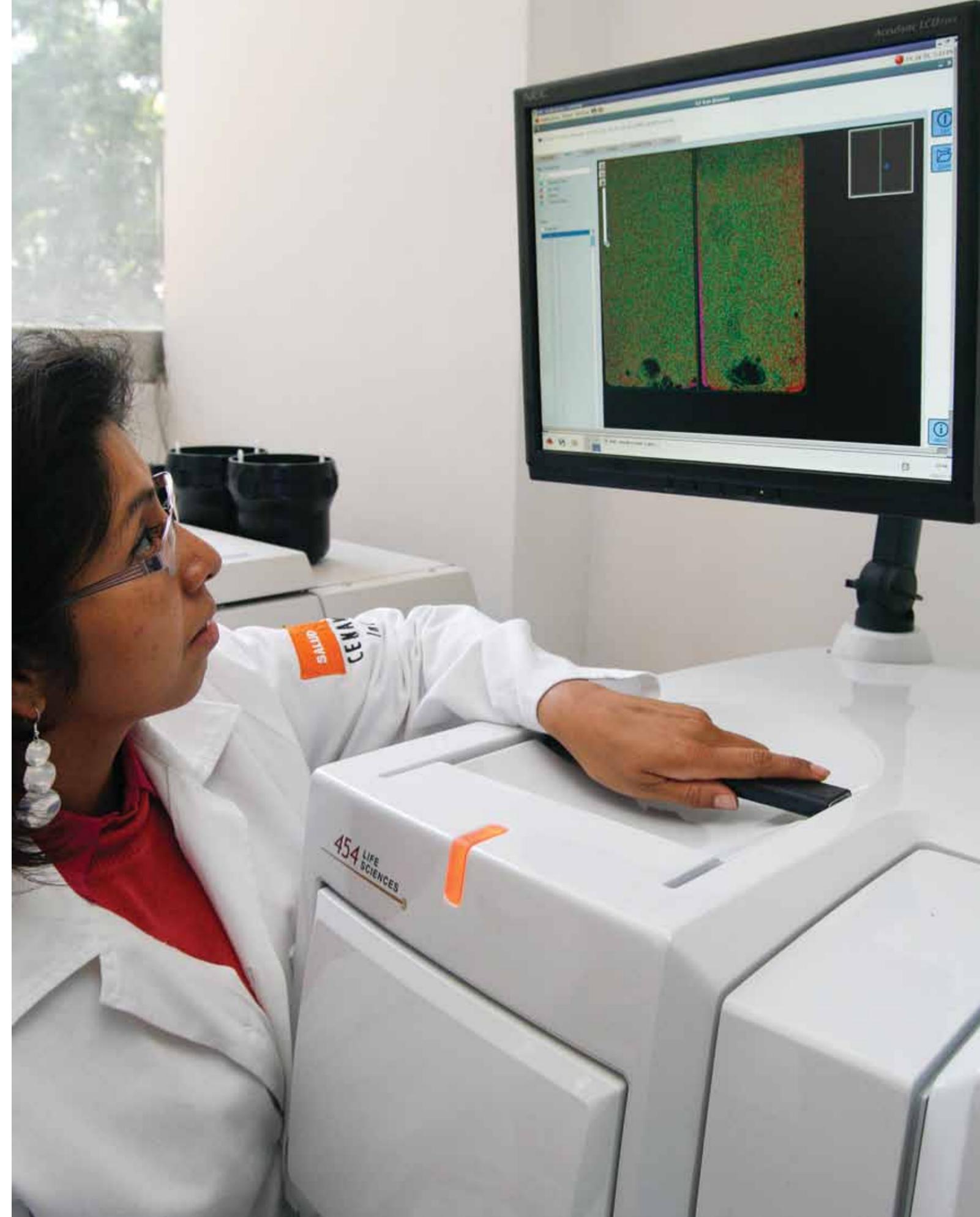
Para las regiones con ingresos medios y bajos, dentro de la cual se encuentra México, se observa que pese a que las enfermedades no transmisibles seguirán ocupando los primeros lugares como causas de muerte, hacia 2015 continuarán apareciendo las enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, las relacionadas con la desnutrición y los padecimientos perinatales. Este fenómeno se explica por la desigualdad que ha prevalecido entre grandes ciudades y las zonas suburbanas y rurales de México en el acceso a los servicios de salud. En las primeras encontramos estilos de vida y entornos

económicos favorables para el desarrollo de ENT, mientras que en las zonas suburbanas y rurales se desarrollan las de tipo infecciosas y la desnutrición. En cambio, se proyecta que para 2030 las enfermedades infecciosas reducirán su incidencia como resultado del envejecimiento de la población y un descenso en las tasas de natalidad en todo el territorio nacional. Un factor que destaca para las regiones de ingreso bajo a medio es que aumentarán el suicidio, los homicidios y las muertes ocasionadas por las guerras.

Según la OMS el reto más importante para las instituciones de salud de los diferentes países será crear los mecanismos adecuados de prevención para enfrentar los padecimientos crónicos de una población envejecida. Como consecuencia del anterior, el segundo reto importante será asegurarles a los adultos mayores el acceso a los servicios de salud así como aumentar la cobertura para las poblaciones económicamente más vulnerables.



Laboratorio de alta contención (BSL3). Secuenciación genómica masiva (der.) Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), Secretaría de Salud.



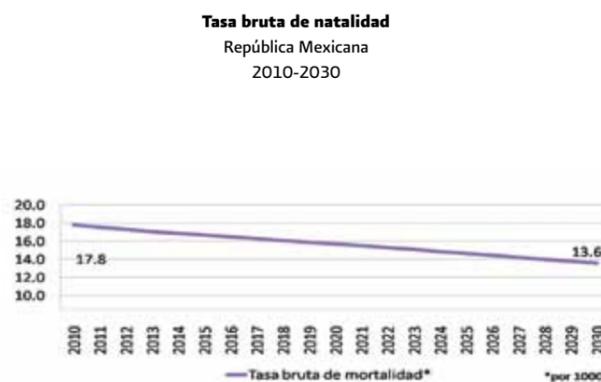
La salud en México hacia el futuro

Desde los setenta el crecimiento de la población mexicana ha experimentado un cambio sostenido. Entre 1974 y 2009 hubo un incremento de 88% pasando de los 57.2 millones en 1974 a 107.9 millones en 2009.⁸⁸ Este aumento hubiese sido mayor de no haber sido por las políticas de planificación familiar que se diseñaron y aplicaron a mediados de los años setenta.

Con respecto al envejecimiento de la población, es importante destacar que en la década de los setenta los habitantes mayores de 50 años representaban el 3.7%. En 2009 esta proporción aumentó a 6.3% y las proyecciones de CONAPO muestran que hacia el 2030 este grupo representará 11.7%.⁸⁹ Como se aprecia en la gráfica 1, la tasa de natalidad decrecerá del 2010 al 2030, por lo cual habrá cada vez menos jóvenes en el país.

Al igual que lo pronostica la oms para el resto del mundo, esta transición demográfica implica nuevos retos para la resolución de problemas de salud en México. Para el año 2030 no sólo aumentarán las personas mayores de 50 años, también lo hará su esperanza de vida como resultado de los avances de las ciencias de

GRÁFICA 1

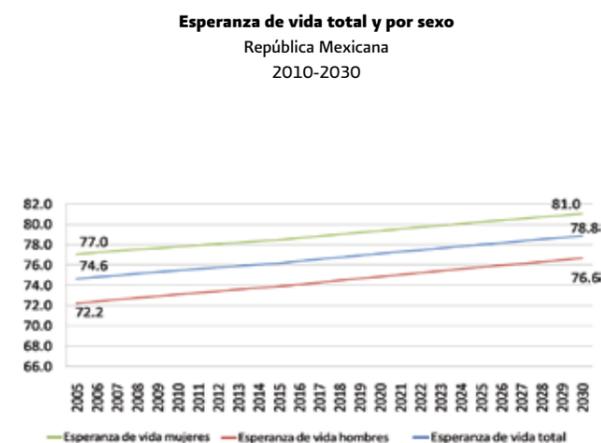


Fuente: CONAPO 2006.

la salud como la genética y la farmacología. En México, hace cuatro décadas la esperanza de vida alcanzaba los 61.4 años en promedio. Actualmente es de 77 años y según las proyecciones realizadas por CONAPO, para el año 2030 se alcanzarán los 81 años como puede verse en la gráfica 2. De esta forma, la atención a la salud para los adultos mayores se convertirá en una prioridad.

Por el proceso de envejecimiento que vivirá la población que actualmente tiene 50 años, en 2030 las principales causas de muerte serán las ocasionadas por enfermedades no transmisibles cuyo nivel de incidencia será el siguiente: primero las enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar el cáncer y la diabetes *mellitus*, finalmente, las enfermedades cerebro vasculares. Aunado a este panorama epidemiológico también se presentarán retos para contrarrestar enfermedades transmisibles como el VIH y las de tipo materno infantil,⁹⁰ cuya prevalencia e incidencia se seguirá presentando de manera importante. En este análisis de prospectiva es inevitable dejar de lado un reto más, el tratamiento a la obesidad como un problema de salud pública ya que todas las enfermedades no transmisibles se relacionan con este padecimiento.

GRÁFICA 2

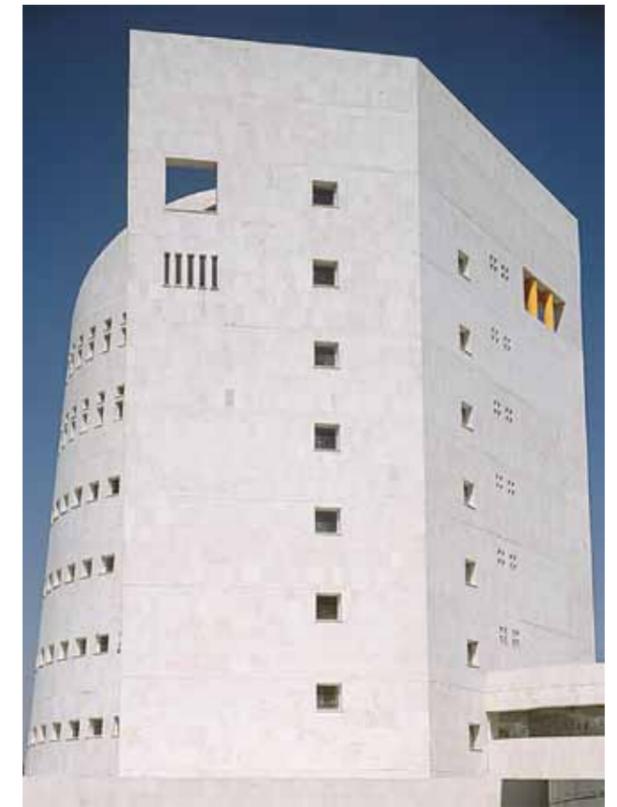


Fuente: CONAPO 2006.

Retos del futuro. Visión México 2030

Para determinar los retos que enfrentará México en 2030, a fines de 2006 el Poder Ejecutivo lanzó una convocatoria para la elaboración del ejercicio de prospectiva denominado *Visión México 2030*. Este proyecto incluyó la realización de foros, talleres y consultas donde participaron ciudadanos, académicos, políticos y expertos en diversas disciplinas. En materia de salud, los resultados de este ejercicio se publicaron con el título "El Sistema Nacional de Salud en 2030" que forma parte del *Plan Nacional de Salud 2007-2012*.⁹¹ Dicho capítulo expone cuál es el futuro deseable en materia de salud y presenta la visión prospectiva que se aspira alcanzar en 2030:

"En 2030 México cuenta con un sistema de salud integrado y universal que garantiza el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población; predominantemente público, pero con



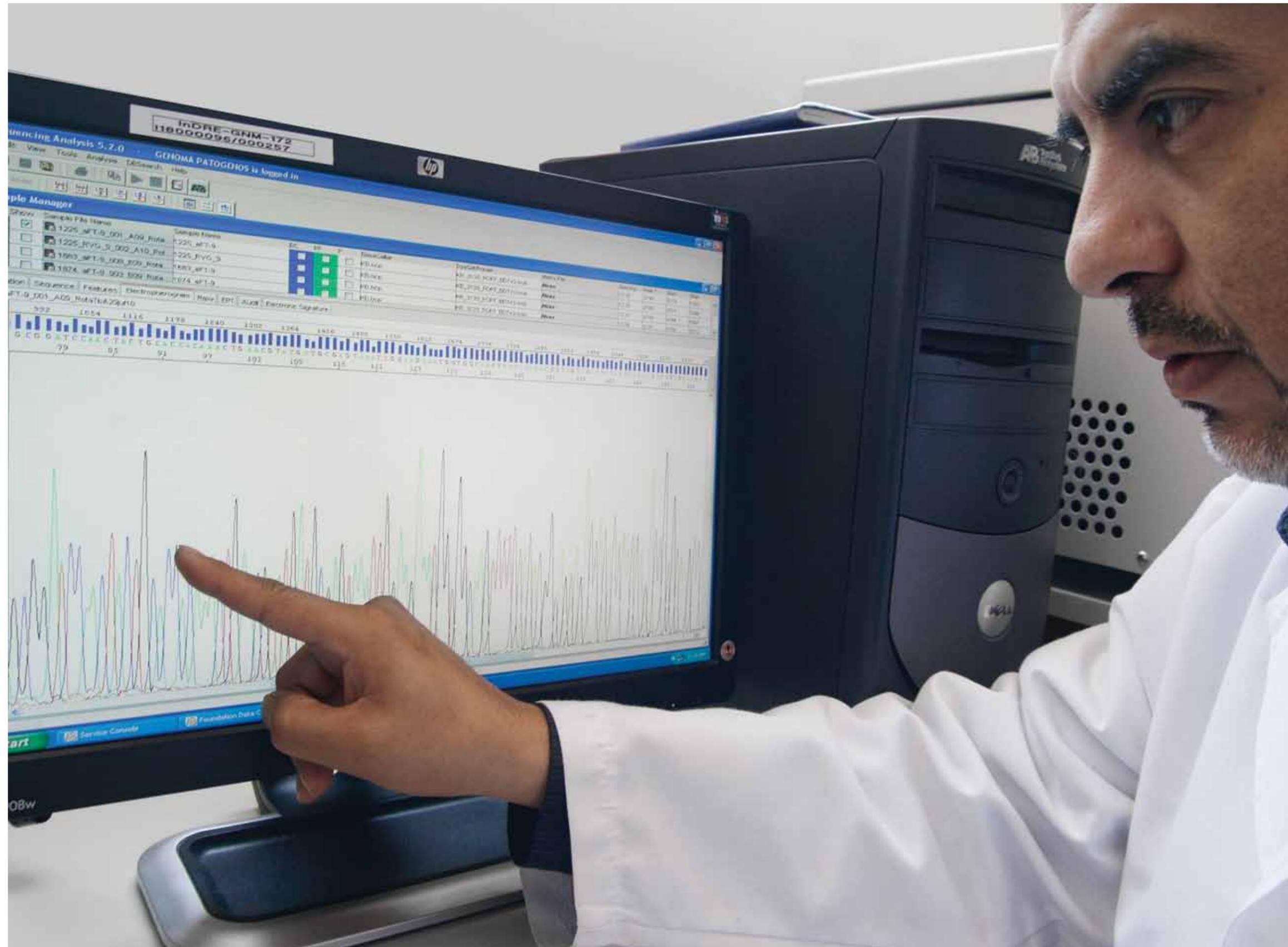
Carga de muestras para diagnóstico molecular de influenza, (INDRE).

participación privada; regido por la Secretaría de Salud; financieramente sustentable; centrado en la persona, la familia y la comunidad; efectivo, seguro eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicia los espacios para la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación” (p.77)

La pregunta que surge después de conocer este pronóstico es si en México se alcanzará esta *visión*. Ofrecer respuesta a esta interrogante no es tarea fácil porque el futuro de la salud seguirá condicionado a múltiples determinantes. Tan sólo con lo aquí expuesto vislumbramos dos escenarios. El primero de ellos se refiere al cambio demográfico que se producirá debido al envejecimiento de la población, un proceso que traerá consigo mayores requerimientos médico-sanitarios de personas que gradualmente dejarán de ser productivas y demandarán del Estado mexicano más y mejores servicios de salud.

El segundo, habla de un rezago económico importante que para 2015 se hará evidente por la incidencia de enfermedades transmisibles. En este sentido además de facilitar el acceso a los servicios de salud para la población económicamente desprotegida, es necesario mejorar sus condiciones de vida en aras de romper el vínculo pobreza - enfermedad.

La historia de la salud pública en México demuestra que la calidad de vida de los mexicanos depende de múltiples variables, entre ellas, el ingreso *per capita*, la infraestructura hospitalaria, el acceso a medicamentos y servicios sanitarios básicos, una dieta balanceada y una oportuna y atinada educación higiénica. La Salud Pública tiene frente a sí un desafío histórico: sentar las bases para que los habitantes del México de mañana enfrenten exitosamente los retos sanitarios que el futuro les traerá. Se trata de un compromiso compartido entre la sociedad y el Estado.





Referencias:

Una mirada retrospectiva al siglo XIX

- Este código tuvo varias modificaciones en los años subsecuentes de 1894 y 1903. Se mantuvo vigente hasta 1926.
- Agostoni, 2007, p. 252.
- Liceaga, 1949, p. 88.
- El libro de Mauricio Tenorio Trillo, *Artifugio de la Nación moderna. México en las exposiciones universales 1880-1930*, representa un interesante acercamiento a la política porfiriana y su discurso de modernidad a través de la presencia de México en las diferentes Exposiciones Universales. Al respecto de la Exposición de 1889 en París destaca la presencia de los temas relacionados con la salud y la higiene así como la postura de higienistas y salubristas con respecto a este tema.
- La Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos. Brevisima Reseña de los progresos alcanzados desde 1810 a 1919 publicado por el Consejo Superior de Salubridad*, 1910, p. XIII. En esta publicación se reprodujo íntegro el cuestionario, véase pp. XVII-XIX.
- Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez, 1998, p. 297.
- Fragmento de la conferencia "Progresos alcanzados en la Higiene de 1810 a la fecha". En: AHSS, Fondo Salubridad Pública (SP), Sección: Congresos y Convenciones (CC), caja 9, exp. 9
- Ibidem*.
- "Lista de lo que se exhibe en la Exposición de Higiene de 1910". AHSSA, SP, CC, caja 9, exp.17. Igual que el expediente anterior solamente enumera las listas de fotografías y objetos exhibidos. No incluye ninguna de las fotografías o folletos mencionados.
- La Revolución y la posrevolución**
- Carrillo, 2002, p. 31
- Para una muy completa descripción de la gripe española en México recomendamos el artículo de Mario Ramírez Rancaño, 2009. Véase Bibliografía.
- El trabajo más completo sobre las actividades de la Fundación Rockefeller en México es el de

Anne Emanuelle Birn quien en su libro *Marriage of convenience, Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico* conjunta años dedicados al estudio de este tema.

13 Memoria del Departamento de Salubridad Pública, 1935

14 Ponencia del Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán, 1946. Véase bibliografía.

15 *Ibidem*.

16 Pruneda, 1933, pp. 122-136.

17 Kapeluz Poppi, 2001, p. 176.

18 Véase *Gaceta Médica*, Tomo LXV, julio-agosto, 1934, no. 7-8, pp. 197-207

Instituciones y formación de médicos y personal sanitario

19 Gastélum, 1925, p. 2

20 Valdés, 1930, p.1392.

21 Gastélum, 1925, p. 2

22 "Informe del arquitecto Carlos Obregón Santacilia en la ceremonia de inauguración del Departamento de Salubridad Pública", 20 de noviembre 1929, en *BDSP*, número 4, 1929, pp.16-19

23 Fragmento del discurso de inauguración. Dr. Aquilino Villanueva En *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, no. 4, 1929, p. 1

24 Wethenn, 1984, p.171.

25 Palabras de Gustavo Baz en septiembre de 1936 al enviar a los primeros 260 estudiantes al campo mexicano en servicio social. Tomado de: *Conmemoración del 50 Aniversario de la Instauración del Servicio Social en México*, México, Secretaría de Salud, 1986, p. 19.

26 *Ibidem*.

27 Pruneda, 1921. t. II, pp. 517-518.

28 Para mayor información sobre este tema recomendamos artículo de Agostoni, 2007. Véase bibliografía.

29 Ciento catorce oficiales médicos, doscientos treinta y un enfermeras, doscientos sesenta y nueve agentes e inspectores sanitarios, treinta y siete trabajadores sociales y cuatrocientos treinta y uno egresados de cursos técnicos y de capacitación de enfermedades

transmisibles. En: Valdespino, 2001, p. 18

30 "¿Carencia de médicos?, ¿abundancia de médicos? En Sección Editorial de *Salubridad*, Vol. III, No. 1, enero-marzo 1932, pp. 11-12.

31 Méndez, 2010, p. 4.

Arquitectura hospitalaria

32 La obra clásica de Josefina Muriel es fundamental para conocer la historia de los hospitales en la Nueva España. Otro trabajo recomendado es Martínez Barbosa, 2007. Véase Bibliografía.

33 De Anda, 2006, p. 46

34 *Ibidem*.

35 Paz Carlos y Vázquez Ortega, 2009, p. 96

36 De Anda, *op. cit.*, p. 96

37 Discurso de Norberto Treviño, Los Hospitales en México". El Plan Hospitalares 1940-1946. En AHSS, Fondo SSA, Sección: Subsya, caja 9, ex. 10.

38 *Ibidem*.

39 Enrique Yañez, "Diego Rivera, la arquitectura y la integración plástica", en López Rangel, 1986, p.12.

40 Fragmento citado por Luis Ortiz Macedo, p. 134. Tomado de De Garay, 1979.

41 Pulido Silva, 1956. "Interpretación estética del mural de Siqueiros en La Raza" En Sala de Arte Público David Alfaro Siqueiros (SAPDAS). Exp. 11.1.284 Excélsior.

42 "Plan de trabajo para el Centro Médico", 1958. En SAPDAS, Exp. 11.2.137, f. 1.

43 Rodríguez Antonio, 1985, p. 54-55.

44 López Rángel, 1989, p. 153.

Educación higiénica y propaganda. Múltiples formas

45 "Campaña pro-aseo", en el periódico *El Maestro Rural*, junio 1936.

46 Gabriel Malda, jefe del DSP, *BDSP* 2º. Época, enero-junio 1921, p. 1.

47 González Rivera, 1944, pp 67-74.

48 Este melodrama fue transmitido durante 9 meses en 1977. Contó con las actuaciones de Silvia Derbez como Amanda, Carlos Larrañaga como Esteban, Kitty

de Hoyos como Raquel, Carlos Monden como Octavio, Magda Guzmán como Esperanza y Raúl "Chato" Padilla como Efrén.

Campañas de salud. Un recorrido histórico

49 Agostoni, 2008, p. 288

50 Álvarez Amézquita, 1960, tomo 2, p. 272.

51 Fábregat Cúneo, 1979, p. 39

52 Cervantes González, 1979, p. 39. El trabajo de Marcos Cueto es fundamental para entender la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo. Véase Bibliografía.

53 "Campaña contra el alcoholismo". En Archivo Histórico Secretaría Salud Fondo SP, SS, caja 18, exp. 1.

54 *Ibidem*

55 Acuerdo presidencial de las secretarías de estado y departamentos relativos a dicha campaña. En AHSSA, SP, SJ, caja 18, exp. 1.

56 Gastélum, Bernardo "La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social", en *Boletín Departamento Salubridad*, no. 4, pp. 5-23. 1926, p. 5

57 Neri Vela, 2002, p. 70

Campañas de salud contemporáneas

58 Del Castillo Negrete J, 1969.

59 *Ibidem*

60 Programa Nacional Específico 2007-2012 Rabia y otras Zoonosis. México Secretaria de Salud.

61 La primera Ley General de Población se publicó en 1936 misma que fue reformada en 1947.

62 Fernández P, Martínez D y Partida V, CONAPO, 1999. pp. 203-212.

63 Figueroa Perea, JG,1990. pp. 352-363, López Ramírez, CONAPO 2001 pp. 10-43.

64 Anibal Faundes, 1992. pp. 5-17. Santillán M, 2003. Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud, SSA. 1987

64 Ya se habían celebrado dos conferencias de población y desarrollo anteriormente. La primera en Roma del 31 de agosto al 10 de septiembre de

1954 y la segunda el Belgrado del 30 de agosto al 10 de septiembre de 1965.

65 Durante el sexenio de José López Portillo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia tuvo dos Secretarios de Salud. El primero fue Emilio Martínez Manautou de 1976-1980 y el segundo, el doctor Mario Calles de 1980 a 1982.

66 Kenta Sepkowitz, 2001.

67 Vázquez – Valmis E, 1990; 32: 1 pp. 38-42.

68 Santos Preciado, 2002

69 *Ibidem*.

70 Además de la vacunación se abordaron temas como los derechos de los niños, planificación familiar, medidas generales para erradicar la pobreza, mejorar los servicios básicos como agua potable y drenaje, etc.

71 *Memorias*. Consejo Nacional de Vacunación 1990-1994. CONAVA. México 1994. pp. 27.

72 Aguilar-Pérez J. A, 2003; 37(1) pp.100-6.

73 OPS/OMS. *Estrategia y Plan de acción Regionales sobre la Prevención y Control del Cáncer Cérico Uterino*. Washington D.C. Estados Unidos. Agosto 2008

74 Lazcano Ponce E, 2007. P. 28.

75 McGinnis JMy Foege WH, 1993, pp. 2207-2212.

76 Tenorio XG, 2008.

77 Comunicado de prensa No. 126. Secretaría de Salud. 17 abril 2007.

78 Sánchez Castillo C, Pichardo Ontiveros P, López R. P, 2004.

79 Martorell R, 2005.

80 http://www.youtube.com/watch?v=Z_tVPg6D8Ag

Mirando al futuro. Nuevos retos

81 El término *prospectiva* también conocido como *futurología*, fue propuesto por el filósofo francés Gastón Berger en 1959. A diferencia del primero que es un término de origen francés, el segundo lo es anglosajón. Véase, Valdés Cobos 2001, p. 118.

82 Diversos estados de la Federación tampoco estuvieron a salvo de la epidemia. Para información al respecto se puede revisar el *Boletín del Consejo General de*

Salubridad de 1917 en el cual se detallan los trabajos realizados en las ciudades de Guanajuato y Durango; véase, *Boletín del DSP* No. 1, 2, 3 y 4. 1917.

83 Esta versión del GBD 2004 se publicó el 27 de octubre del 2008 en Ginebra, Suiza. La próxima edición se dará a conocer a finales del 2010.

84 Para realizar este ejercicio de proyección se utilizó el censo de población y vivienda del INEGI 2005. Véase, Partida Bush, 2006. Será en el 2010 cuando se realice el nuevo censo de población.

85 Véase Barragán, 2007, p.172.

86 Estados Unidos, Canadá, Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Holanda, Noruega, Portugal, San Marino, Eslovenia, España, Suiza, Suecia y Reino Unido.

87 El cambio epidemiológico se refiere a una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc.

88 Villagómez Ornelas, 2009, p. 13

89 *Ibidem*

90 Nos referimos a la desnutrición y las relacionadas con procesos infecciosos durante el puerperio.

91 Programa Nacional de Salud 2007-2012. *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México, Gobierno Federal, 2007.



BIBLIOGRAFÍA CITADA.

Agostoni, Claudia, "Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920", en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, no. 33, enero-junio, pp. 89-120. México, 2007 a.

Agostoni, Claudia, "La salud pública durante el periodo porfiriano (1876-1910)" en *Historia de la Medicina en México*, coordinado por Carlos Viesca, México, UNAM, 2007 b, pp. 247-258.

Agostoni, Claudia, "Historia de un escándalo. Campañas y resistencia contra la difteria y la escarlatina en la ciudad de México, 1926-1927". En: Agostoni, (editora). *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México (siglos XIX-XX)*, México, Instituto de Investigaciones Históricas – Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008

Aguilar-Pérez J. A et cols. "Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México". *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1) pp.100-6.

Aguirre Beltrán, Gonzalo. "La población de la República y los médicos rurales". Conferencia dictada en el 1er congreso médico quirúrgico del estado de Morelos. Publicado en *La Escuela Superior de Medicina Rural*, 1946, pp. 37-43.

Álvarez Amézquita, José, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, 4 volúmenes, SSA, México, 1960.

Barragán Luis Horacio, *Fundamentos de la Salud Pública*, 2007 pp.172

Bermúdez, Salvador, "A cerca de la propaganda higiénica" en *Gaceta Médica* tomo LXVI, no. 5, pp. 371-380. México, 1935.

Birn Anne Emanuell, *Marriage of convenience. Rockefeller international health and Revolutionary Mexico*, Rochester, Nueva York, University of Rochester Press, 2006.

Carrillo, Ana María, "Surgimiento y Desarrollo de la participación federal en los servicios de salud" En: Guillermo Fajardo Ortiz, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela, *Perspectiva Histórica de atención a la salud en México, 1902-2002*, México, UNAM, OPS, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Historia, 2002, pp. 17-64.

Cervantes González, Domingo, *Breve Reseña Histórica de la Lucha Antipalúdica en México, México Secretaría Salubridad y Asistencia, Comisión Nacional para la erradicación contra el paludismo*. México, 1979.

Cueto, Marcos. *Cold war, Deadly Fevers. Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2007.

De Anda, Xavier, *Cuerpo y Espíritu. Cinco siglos de arquitectura hospitalaria en México*, México, Bayer-Secretaría de Salud. 2006.

De Garay, Graciela. "La obra de Carlos Obregón Santacilia". En: *Cuaderno de Arquitectura* número 6, INBA, México, 1979

Del Castillo Negrete J. El Programa de Control de la Rabia en el Área Metropolitana de la Ciudad de México. Tesis. Escuela Nacional de Veterinaria y Zootecnia. UNAM 1969.

Departamento de salubridad pública, *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta Manuel León Sánchez, México, 1926

Fábregat, Cúneo, *Propaganda y Sociedad*. México, Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1961

Faundes, Anibal. Avances Recientes en Anticoncepción y Planificación Familiar en, Salud Pública de México, vol. 54, no.1 1992. pp. 5-17

Fernández P, Martínez D y Partida V. La situación demográfica de México 1974-1999. México, CONAPO, 1999. pp. 203-212

- Figuroa Perea JG. Investigación Socio demográfica sobre planificación familiar: El caso de la Secretaría de Salud. Salud Pública de México. Vol. 32. No. 2 1990. pp. 352-363
- Gastelum, Bernardo, "La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social", en *Boletín Departamento Salubridad*, no. 4, pp. 5-23. México, 1926.
- González Rivera, Manuel "La educación higiénica y la radio", en *Salubridad*, No. 5 pp. 67-74", México, 1944
- Kapelusz-Poppi, Ana María, "Physician Activists and the Development of Rural health in Postrevolutionary Mexico" en *Radical Historical Review*, 80, pp. 35-50. 2001.
- La Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos. *Brevísima Reseña de los progresos alcanzados desde 1810 hasta 1910 publicada por el Consejo Superior de Salubridad de México bajo cuyos auspicios tuvo a bien poner la Secretaría de Gobernación, las conferencias y la exposición popular de higiene con las cuales se sirvió contribuir a la celebración del primer centenario de la Independencia Nacional, Año del Centenario*, Casa Metodista de Publicaciones, Gante no. 5, México DF. México, 1910.
- "La Longevidad en el Distrito Federal según los censos de 1910 y 1921" en *Boletín del Departamento de la Estadística Nacional*, 2ª, época, año II, noviembre 1924, no. 5, p. 13
- Lazcano Ponce E. Nuevos paradigmas en la prevención del cáncer cérvico uterino: de la investigación a la acción. Salud Pública de México, 49. Número especial. 2007. pp.28.
- Liceaga, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación. México, 1949.
- López Rangel, Rafael, Enrique Yáñez en la cultura arquitectónica mexicana. Limusa/ Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, México, 1989
- López Ramírez, Adriana. Perfil Socio demográfico en los hogares de México 1976-1997. CONAPO 2001 pp. 10-43.
- Martínez Barbosa, Xóchitl "Atención y regulación médica en los siglos XVI-XVII". En: *Historia de la Medicina en México, temas selectos*, coordinado por Carlos Viesca, México, UNAM-Facultad de Medicina-Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, 2007, pp. 129-149.
- McGinnis JM, Foege WH. Actual Causes of Death in the United States JAMA 1993; 270:2207-2212.
- Martorell R, "La diabetes y los mexicanos ¿Por qué están vinculados?" Preventing Chronic Disease Public Health Researcher, Practice and Policy. Vol.2 No. 1. 2005. CDC
- Memorias. Consejo Nacional de Vacunación 1990-1994. CONAVA. México 1994. pp. 27.
- Méndez, Rodolfo. "La Escuela de Salud Pública de México: pilar en el desarrollo de la salud mexicana". En: *Viva Salud. Gaceta informativa del Instituto Nacional de Salud Pública*, año 2 no. 2. Marzo-Abril 2010, pp. 3-5
- Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España, México, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, 1990, 2 vols.
- Neri Vela, "La salud en México durante los años 1941 a 1981" En: Guillermo Fajardo
- Ortiz, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela, *Perspectiva Histórica de atención a la salud en México, 1902-2002*, México, UNAM, OPS, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Historia, 2002, pp. 67-98.
- OPS. Boletín de Vigilancia Epidemiológica en las Américas. (XXXIII). 2001
- OPS/OMS. "Estrategia y Plan de acción Regionales sobre la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino". Washington D.C. Estados Unidos. Agosto 2008
- Partida Bush, Virgilio. *Proyecciones de la Población de México 2005-2050*. México, Consejo Nacional de Población, 2006
- Programa Nacional Específico 2007-2012 Rabia y otras Zoonosis. México Secretaria de Salud
- Programa Nacional de Salud 2007-2012. *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México, Gobierno Federal, 2007.
- Pruneda, Alfonso, "Los estudios de salubridad en las facultades de medicina" en *Memorias del VI Congreso Médico Nacional*, T. II, PP. 517-518. México, 1921
- Pruneda, Alfonso. "La higiene y la medicina sociales", En: *Gaceta Médica de México*, tomo 64, 1933, pp. 122-136.
- Ramírez Rancaño, Mario "La epidemia de influenza española en México: 1918", en *Revista 20-10*, No. 4, 2009, pp. 69-92.
- Rodríguez Paz Carlos Agustín y Ramón Vázquez Ortega, "Los trenes hospital de la Revolución mexicana (1912-1915)" en *Cirujano General*, vol. 31, núm. 1, 2009, pp. 46-50.
- Rodríguez de Romo Ana Cecilia y Martha Eugenia Rodríguez Pérez, "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX", en *Historia, Ciencia é Saúde*, Vol. V (2), pp. 293-310. Rio de Janeiro, 1998
- Rodríguez Paz Carlos Agustín y Ramón Vázquez Ortega, "Los trenes hospital de la Revolución mexicana (1912-1915)" en *Cirujano General*, vol. 31, núm. 1, 2009, pp. 46-50.
- Rodríguez Antonio, Grandes Maestros Mexicanos, México, CREA y Terranova, 1985.
- Sánchez Castillo C, Pichardo Ontiveros P, López R. P. "Epidemiología de la Nutrición". Gac Méd Méx Vol.140, Suplemento No. 2, 2004
- Rodríguez Kuri Ariel, "Desabasto, hambre y respuesta política, 1915", en Carlos Illades y Ariel Rodríguez Kuri (compiladores) Instituciones y Ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México, pp. 133-161.
- Santillán M. Páginas de Salud Pública en Salud Pública de México, vol 45, no. 5, 2003. Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud, SSA. 1987
- Santos Preciado, José Ignacio. El Programa Nacional de Vacunación Orgullo de México. Rev Fac Med UNAM Vol.45 No.3 Mayo-Junio, 2002
- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA / INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, La Escuela Superior de Medicina Rural, México, 1947.
- Sepkowitz, Kenta. "AIDS — the first 20 Years". New England Journal of Medicine, Vol. 344, No. 23. June 7, 2001
- Tenorio Trillo, Mauricio, *Artilugio de la Nación Moderna. México en las exposiciones universales, 1880-1930*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998.
- Tenorio XG. "Espacios 100% libres de humo: una realidad en el Distrito Federal. Acciones legislativas". *Salud Pública de México Vol. 50, suplemento 3 de 2008*
- Valdés, Ulises, "Historia de la Salubridad". En: *Salubridad*, no. 4, pp. 1386-1407. México, 1930
- Valdespino, José Luis/ Jaime Sepúlveda, *Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2001.
- Valdés Cobos, Alberto, "Las ciencias del futuro ¿un problema sociológico?, en *Polis: Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial*, vol, 2, no. 001, México, UAM Iztapalapa, p. 118. 2001.
- Vázquez – Valmís E, et cols. Efecto de la legislación sanitaria contra el VIH en la donación de sangre en Guadalajara, México. Rev. Salud Pública de México enero- febrero 1990; 32: 1 pp. 38-42
- Villagómez Ornelas, Paloma. "Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974" en: *La Situación demográfica en México*, México, CONAPO, 2009, p. 13
- Yáñez, Enrique "Diego Rivera, la arquitectura y la integración plástica", en López Rangel, 1986, p 12.
- Comunicado de prensa No. 126. Secretaria de Salud. 17 abril 2007.
- <http://www.youtube.com/watch?v=gcM8qAsu4s0&feature=related>
- http://www.youtube.com/watch?v=z_tVPg6D8Ag
- La tifoidea.** (ca. 1947). Oficina de Asuntos Interamericanos (OIAA). Producción: Jack Chertok. Productor asociado: Rylan R Madison. Argumento: Edward J Flynn. Fotografía: Herbert Knapp. (10 min)
- La Viruela.** (ca. 1948). Oficina de Asuntos Interamericanos. (OIAA). Producción: Jack Chertok, Productor asociado: Ryland R. Madison. Argumento: Z. Y. Smail, Fotografía: Herbert Knapp. (10 min)
- Puertas Cerradas.** (ca. 1957). Dirección: Francisco del Villar. Guión: Carlos Prieto. Edición: Javier Rojas. Dirección de cámara: Gabriel G. Segura. Lotería Nacional para la Asistencia Pública. (10 min)
- La Respuesta.** (ca. 1959). Sagitario Films presenta a Ultrascope. Dirección: Francisco del Villar. Guión: Alejandro Verbistky. Edición: Xavier Rojas. Jefe de producción: Bernardo Echeverri. Texto: María Luisa Mendoza. Sonido: Rivatón de América. Lotería Nacional para la Asistencia Pública (10 min)
- Cruzada Heroica.** (ca. 1960). Dirección: Francisco del Villar. Texto: Carlos Viesca. Dirección de Fotografía: Fernando Hernández Arvizu. Guión: A. Verbistky. (10 min) Sagitario Films. Lotería Nacional para la Asistencia Pública
- Pasos en la arena.** (ca. 1960). Sagitario Films. Dirección: Francisco del Villar. Guión: Carlos Prieto. Director de escena: Fernando Arvizu Hernández. Edición: Javier Rojas. Escenografía. Fernando Echeverri. Operación de cámara: Gabriel G. Segura. Lotería Nacional para la Asistencia Pública (15 min)
- Nutrición, clave del bienestar.** (ca. 1960). Producciones BGB. Presentado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Nacional de Nutrición. (10 min)
- Hombres Marcados.** (ca. 1961). Sagitario Films. Dirección: Fernando Hernández Arvizu. Guión: Carlos Prieto. Edición: Xavier Rojas L. Operador de Cámara: Gabriel G. Segura. Sonido CINSA. Técnicos de la Sección 49 STIC. Lotería Nacional para la Asistencia Pública. (10 min).
- Spots de la Campaña antirrábica.** (ca. 1970). Secretaría de Salubridad y Asistencia (7 min).
- Planificación Familiar.** (ca. 1976). Producciones BGB. Realización: Agustín Barrios Gómez y Demetrio Bilbatua. Director de animación: Miguel Arellano. Edición: Angel Monterubio. Ingeniero de Sonido: Rodolfo Quintero. Presentada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Narrador: Agustín Barrios Gómez. (10 min)

La investigación iconográfica fue posible por el apoyo otorgado de los siguientes archivos e instituciones:

Archivo Histórico Secretaría de Salud
Sistema Nacional de Fototecas, Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH)
Archivo Histórico Secretaría de Educación Pública
Archivo General de la Nación, Secretaría de Gobernación
Fideicomiso Archivos Calles-Torreblanca
Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada, SHCP
Archivo Histórico del Palacio de Medicina, Facultad de Medicina. UNAM
Instituto de Investigaciones Estéticas, UNAM, Archivo Fotográfico “Manuel Toussaint”
Fondo Reservado, Instituto de Investigaciones Históricas. UNAM
Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México (INEHRM)
Secretaría de Relaciones Exteriores. Acervo Histórico Diplomático
Filmoteca de la UNAM, Dirección General de Actividades Cinematográficas. UNAM
Archivo Histórico. Lotería Nacional para la Asistencia Pública
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE)
Centro Nacional de Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA)
Centro Nacional de Prevención y Control del Sida (CENSIDA)
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Dirección General de Promoción de la Salud
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE)
The Rockefeller Archive Center

Este trabajo no hubiera sido posible sin la valiosa cooperación de:

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: Deborah Arriaga Weiss, Nancy Reynoso, Carolina Reborio, Nora Pacheco Velázquez; **Laboratorio sanofi pasteur:** Raúl Arcos, Isabel Hernández; **CIESAS:** Alejandra Meyenberg, Rosario Steinou, Pablo Acosta, Lourdes Jaime, Tere Ruano, Martha Lizbeth González; **Archivo Histórico, Secretaría de Salud:** David Edwards Waag, Irma Betanzos, Rosalba Tena Villeda, Patricia Alfaro Guerra, Rogelio Vargas Olvera, Patricia Olguín Alvarado, María Esther Cervantes Botello; **Fototeca Nacional, INAH:** Juan Carlos Valdés Marín, Mayra Mendoza Avilés, Olga Salgado Torres, Diana Luz Guzmán Céspedes, Patricia Muñoz Arteaga, Rogelia Laguna; **Fideicomiso Archivos Calles-Torreblanca:** Norma Mereles de Ogarrío, Guadalupe Bracho Loaeza, María Cruz Ramos Franco, Alejandra Alquisira, Amalia Torreblanca Sánchez, Yolanda Sánchez Mendoza; **Archivo Histórico, Secretaría de Educación Pública:** Iván Orlando Paredes Espinoza, Alberto Rodríguez, Roberto Pérez Aguilar; **Archivo General de la Nación:** Aurora Gómez Galvarriato Freer, Jorge Frías Villegas, Miguel Ángel Quemain, Victoria San Vicente, Beatriz Santoyo, Alma Vázquez Morales, Lucila Calderón Vega; **Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada, SHCP:** Juan Manuel Herrera, Dora Luz Alvarado, Antonio Rosales; **Archivo Histórico, Palacio de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM:** Xóchitl Martínez, Jorge Zacarías, Javier Mendoza; **Instituto de Investigaciones Estéticas, UNAM, Archivo Fotográfico “Manuel Toussaint”:** Pedro Ángeles, Adriana Roldán, Cecilia Gutierrez Arriola; **Secretaría de Relaciones Exteriores, Acervo Histórico Diplomático:** Mercedes de Vega, Gabriela Ramírez; **Filmoteca de la UNAM. Dirección General de Actividades Cinematográficas, UNAM:** Guadalupe Ferrer Andrade, Nahún Calleros, Ángel Martínez, Mario Tovar; **Archivo Histórico, Lotería Nacional para la Asistencia Pública:** Rodolfo Sierra Valdés, Aristóteles Olivares Torres, Francisco Javier Rodríguez Molina, David Martínez; **Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, Fondo Reservado:** Katia Cortés Hernández; **Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México (INEHRM):** Mónica Barrón Echaúri, Rafael Hernandez Ángeles; **The Rockefeller Archive Center:** Jack Meyers, James Allen Smith, Michelle Hitzick, Robert J. Battally; **Instituto Nacional de Salud Pública:** Carlos Oropeza; **Centro Nacional de Conservación y Registro del Patrimonio Artístico Mueble, CENCROPAM, INBA:** Lucía García Noriega, José Luis Ortiz Castro, Jacobo García, Haydé Soto, Alberto González Vieyra; **Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE):** Agustín Lara, Fernando Vargas Pino, Rubén Téllez, Cuitláhuac Ruiz Matus, Alejandro López Sámano, Cuauhtémoc Mancha; **Centro Nacional de Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA):** Martín Camacho, Alejandra López; **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva:** Raquel Espinoza, Isabel Moreno, Alicia Solís; **Centro Nacional de Prevención y Control del Sida (CENSIDA):** Ma. del Refugio Hernández, José García Frías, Carlos Mangis; **Dirección General de Promoción de la Salud:** Elvia Macedo de la Concha, Rosa Ma. Gutiérrez, Mario Alberto Domínguez de Dios, Joaquín Montesinos, Alfonso Durán, Leonel Flores, Gerardo Rivera, Pilar Rosas; **Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad:** Alfredo Ruiz García-Marín; **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias:** Fabiola Valdelamar, Gustavo Giraldo; **Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE):** Celia Alpuche, Carmen Guzmán Bracho, Hiram Olivera Díaz, Elvira Mayén Pimentel, Ernesto Ramírez González, Edith Cruz Ramírez, Silvia González Mateos, Gisela Barrera Badillo, Herón Huerta Jiménez, Claudia Backer, Sonia Galindo Virgen, María Asunción Moreno Pérez; **Servicios de Salud de Campeche:** Diana Arceo; así como también agradecemos el apoyo de: Pedro Mario Escudero de los Ríos, Mario Bravo Rivera, Rafael Camacho Solís, Francisco Montellano y Manuela Alonso Laza.

Muy especialmente agradecemos la colaboración de Alejandro Bravo.

CRÉDITOS FOTOGRÁFICOS:

Archivo Histórico, Secretaría de Salud: 20, 32, 33, 36, 38 (der.), 46, 49, 68, 89, 90, 110, 124, 152-153, 154-155, 190, 207, 213, 217, 221; **Fototeca Nacional, INAH - SINAFO:** 9, 10, 11, 12-13, 22, 28-29, 34-35, 37, 38, 53, 55, 56-57, 60-61, 65, 66, 69, 70, 71, 77, 78, 79, 88-89, 90, 106-107, 108, 116-117, 118-119, 126, 130-131, 153; **Archivo General de la Nación (AGN):** 67, 86 (abajo), 91, 103, 114, 115, 116, 117, 120-121, 129, 152, 153; **Archivo Histórico, SEP:** 161, 180, 215, 219; **Archivo Histórico, Lotería Nacional:** 55, 126, 127, 207, 208 (abajo), 209 (abajo), 219; **Fideicomiso Archivos Calles-Torreblanca:** 176-177; **Fototeca del Periódico el Nacional, Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México (INEHRM):** 24-25, 112, 154, 170, 203, 232 (abajo), 238; **Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada, SHCP:** 39, 40 (abajo), 49, 69, 70 (arriba), 124 (arriba), 178, 181; **Biblioteca de la Antigua Escuela de Medicina, UNAM:** 125; **Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores:** 16-17, 58-59, 66, 69 (arriba); Cortesía de: **Rockefeller Archive Center:** 18, 24, 47, 62-63, 72, 74, 78, 82, 83 84-85, 86-87, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 182; **Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud:** 96, 162, 163, 167, 168-169, 186, 187 (arriba), 220, 221, 222, 232 (arriba), 254 (abajo); **Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM:** 44-45, 141, 142; **Archivo Fotográfico “Manuel Toussaint”, Instituto de Investigaciones Estéticas, UNAM:** 50, 128; **Centro de Documentación de la Imagen de Santander, España (CEDIS):** 41, 42-43, 54; **Centro Estatal de Vacunología de Campeche:** 213; **Subdirección Zoonosis CENAVECE:** 234, 235 (abajo); **“Entre colillas” INER:** 215; **Col. Ricardo Pérez Montfort:** 124, 146, 147, 221; **Col. Francisco Montellano:** 8-9, 201; **Col. Mauricio Hernández Ávila:** 185 (abajo); **Col. Mario de Dios:** 220; **Col. Mario Bravo:** 204, 212, 242; **Agustín Estrada:** 122, 134, 136, 138, 141, 144-145, 148, 149, 150-151, 180, 198-199, 206, 224-225, 226-227, 228, 229, 232, 234, 235, 237, 238-239, 241; **Eduardo Morales Ríos/José Pedro Perea Jiménez:** 137; **Amilcar Salazár Méndez:** 101, 219; **Juan Antonio Sánchez Rull:** 142, 222-223; **María José Villaseñor:** 202, 203.

**CIENTOS AÑOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.
1910-2010**

HISTORIA EN IMÁGENES

Se imprimió en el mes de octubre de 2010
en los talleres de Brizzolis Arte en Gráficas, Madrid, España.
En su composición se usaron los tipos de la familia Presidencia.
Se imprimieron 1 000 ejemplares.