

Claudia Agostoni

*Médicos, campañas y vacunas
la viruela y la cultura de su prevención
en México 1870-1952*

México

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Históricas

2016

240 p.

Ilustraciones, mapas y cuadros

(Serie Historia Moderna y Contemporánea, 70)

ISBN 978-607-02-7922-5 (UNAM)

ISBN 978-607-9475-18-5 (Instituto de
Investigaciones Dr. José María Luis Mora)

Formato: PDF

Publicado en línea: 13 de enero de 2017

Disponible en:

http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/medicos/campanas_vacunas.html

DR © 2017, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

MÉDICOS RURALES, MEDICINA SOCIAL Y VACUNACIÓN DURANTE LA DÉCADA DE 1930

La ampliación e intensificación de las campañas de vacunación antivariolosa exigían de un conocimiento puntual de la presencia y recurrencia de esa enfermedad, de las rutas de contagio y de los posibles problemas y obstáculos materiales, técnicos, geográficos, sociales y culturales a los que se enfrentarían las instituciones de salud y sus actores en las diferentes regiones y geografías del país para trasladar, aplicar y verificar el curso de la inmunización antivariolosa. Por ello durante el transcurso de la década de 1930 el DSP reiteró que de no contar con un amplio y bien preparado personal de salud, integrado por médicos, enfermeras, bacteriólogos, técnicos de laboratorio y otros auxiliares, todo esfuerzo en aras de la contención de la viruela y de otras enfermedades infecciosas sería insuficiente y parcial.¹ Además, y en la opinión del médico Miguel E. Bustamante, formado en la ciudad de México, becario de la Fundación Rockefeller para estudiar epidemiología en la Universidad Johns Hopkins (1926-1928) y primer director del Servicio de Higiene Rural (en 1932),² las diferentes instituciones, dependencias y servicios de salud que estaban en proceso de organización en distintos estados y municipios, sobre todo en el

¹ Una versión anterior de este capítulo forma parte del artículo de Claudia Agostoni, “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario, 1920-1940”, *Historia Mexicana*, v. 35, n. 69, 2010, p. 745-801. Agradezco a los editores de la revista *Historia Mexicana* su autorización para incluirlo en este libro.

² Sobre la vida y obra del médico oaxaqueño Miguel E. Bustamante (1898-1986), véase Ana María Carrillo, “Miguel E. Bustamante”, *Ciencia y Tecnología en México en el siglo XX. Biografías de personajes ilustres*, México, Secretaría de Educación Pública/Academia Mexicana de las Ciencias/Consejo Consultivo de Ciencias de la Presidencia de la República/Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, v. III, 2003, p. 143-158, y Miguel E. Bustamante, “Cómo nació mi amor por la historia”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, v. 12, 1989, p. 59-71. Cabe añadir que Bustamante fue secretario general de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C., y subsecretario de Salud en México.

ámbito rural, exigían de un personal médico y paramédico amplio y adecuadamente preparado, un personal al que calificó como “evangelizadores de la salud que requerían llegar a todos los rincones del país”.³ De acuerdo con Bustamante, correspondería a ese personal de salud impulsar una profunda transformación higiénica y sanitaria, ampliar y sistematizar los programas de educación y propaganda higiénica e intensificar las campañas de vacunación contra la viruela entre los habitantes del México rural. Esa transformación higiénica y sanitaria también implicaba erradicar creencias y prácticas médicas consideradas por las autoridades de salud como nocivas para la salud individual y colectiva, remembrándose con toda claridad el ampliamente documentado y comentado caso del Niño Fidencio.⁴

Frente a lo anterior el propósito de este capítulo consiste en examinar por qué se consideró ineludible y urgente capacitar a un amplio y heterogéneo conglomerado de agentes de salud, integrado por médicos titulados, pasantes de medicina, enfermeras sanitarias, bacteriólogos y agentes de vacuna, entre otros, a los que correspondería identificar, describir y cuantificar los problemas médico-sociales, información esencial para que el DSP pudiera proporcionar atención médica, profiláctica y curativa a un sector específico de la población: a la campesina e indígena del ámbito rural. Por tanto, en la primera sección se prestará atención a los motivos por los que el DSP consideró impostergable formar a un nuevo tipo de médico con alto sentido de compromiso social, lo que se esperaba permitiría a los profesionales de la medicina abandonar la vida urbana, abrazar los principios de la medicina preventiva y distanciarse de la práctica médica liberal o de consultorio para ejercer su profesión con un elevado sentido de compromiso social en el ámbito rural. En la segunda sección se aludirá a algunas de las discusiones que

³ Miguel E. Bustamante, “La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México. Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, presentado en mayo de 1934”, en Héctor Hernández Llamas (comp.), *La atención médica en el medio rural mexicano, 1930-1980*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984, p. 35-90.

⁴ Pomposo Velázquez García, “Estadización y socialización de la medicina”, tesis para obtener el título de médico cirujano, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1935, p. 49.

durante la década de los 1930 generó la medicina social a nivel nacional e internacional y se prestará atención a los motivos que llevaron a que en 1935 se organizara en Morelia, Michoacán, el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural. La última sección del capítulo estudiará los propósitos que persiguió la creación del servicio médico social para los pasantes de la carrera de medicina en 1936 y se prestará atención a las opiniones y experiencias que diversos pasantes externaron al realizar su servicio médico social en distintas localidades rurales, destacándose las contradicciones, problemas y limitaciones a las que se enfrentaron al desempeñar sus labores cotidianas, siendo que una de esas tareas era precisamente intensificar la aplicación de la vacuna antivariolosa.

De médicos urbanos a médicos rurales

Una de las primeras medidas impulsadas por el DSP para capacitar a un personal en los principios de la medicina preventiva e impulsar el saneamiento integral de la nación en concordancia con lo establecido en la Constitución de 1917 tuvo lugar en 1922 cuando abrió sus puertas la Escuela de Salubridad de México en la capital del país. Esa institución, pionera en América Latina e inspirada en la escuela de salud pública de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos), tuvo como propósito formar a especialistas en medicina preventiva para que dirigieran o realizaran “las distintas actividades sanitarias en los diversos estados de la república”.⁵ Entre 1922 y 1925 únicamente los médicos con un título legal pudieron optar por el diploma de oficial de salubridad o por el diploma de estudios superiores de higiene y salubridad pública. Sin embargo, a partir de ese último año la institución abrió sus puertas al público en general, convocándose a toda persona interesada a optar por alguno de los siguientes diplomas: ayudante de laboratorio químico y bacteriológico, agente de desinfección, agente de enfer-

⁵ José Luis Valdespino y Jaime Sepúlveda (comps.), *Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001. Libro conmemorativo*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México, 2002, p. 36; Laura Magaña Valladares y María Rosa Gudiño Cejudo, *Reseña histórica de la Escuela de Salud Pública*, Cuernavaca, Instituto de Salud Pública, 2012.

medades infecciosas, inspector de bebidas y comestibles, enfermera visitadora y agente sanitario.⁶ Para los funcionarios del DSP y las autoridades de la Escuela de Salubridad el trabajo que se esperaba desempeñaría ese heterogéneo personal sería de vital importancia para contener la propagación de enfermedades epidémicas, para disminuir la incidencia y mortalidad causada por enfermedades evitables como la viruela, para organizar programas sistemáticos de vacunación y de educación higiénica en las ciudades, y sobre todo para llevar los principios de la higiene y de la medicina preventiva al mayoritario ámbito rural. Es preciso destacar que a esa labor de educación y de propaganda higiénicas también se sumó la Secretaría de Educación Pública mediante el envío de maestros rurales a diversas comunidades a quienes se les encomendó que contribuyeran a divulgar los principios y preceptos de la medicina preventiva.

Tanto la capacitación de personal médico y paramédico, como el desempeño de esos profesionistas y técnicos en las ciudades, puertos, fronteras y en el heterogéneo ámbito rural, fueron caracterizados como requisitos fundamentales para dar cumplimiento a las exigencias de mejora y justicia social. Además, tanto ese personal como las labores que se esperaba desempeñarían eran esenciales para que el DSP pudiera acatar lo establecido en el primer Código Sanitario de la posrevolución promulgado en 1926, el que como ya se mencionó en el capítulo anterior, dispuso que correspondería de manera exclusiva al DSP la administración sanitaria del país, la organización de las delegaciones sanitarias de los estados y la delimitación de los trabajos de las brigadas sanitarias y de vacunación, y de los médicos y enfermeras.⁷ Sin embargo, la escasez de un personal médico en el ámbito rural y la propagación de enfermedades evitables, muchas de ellas fruto de la pobreza y de la desigualdad, prevalecían en la mayor parte del país.

⁶ Alfonso Pruneda, “Discurso de inauguración de la Escuela de Salubridad”, *Salud Pública de México*, v. XXXIX, n. 2, 1977, p. 153-155; José Luis Valdespino y Jaime Sepúlveda (comps.), *Crónica de la Escuela de Salud Pública de México...*

⁷ Véase el *Código Sanitario-1926*, y Claudia Agostoni, “Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, n. 33, 2007, p. 89-120.

Indicativo de lo anterior fue la información censal de 1930 que reveló que la mayor parte de las defunciones certificadas y registradas por un médico titulado habían sido provocadas por enfermedades evitables, sobresaliendo entre éstas la diarrea y la enteritis (79 099 muertes); la neumonía (44 662 defunciones); las afecciones del aparato respiratorio (16 579 muertes); la tifoidea y paratifoidea (4 619).⁸ La abrumadora presencia de esas enfermedades apuntaba hacia la insalubridad generalizada, a la falta de servicios y de infraestructura sanitaria, a la ausencia de nociones y hábitos de higiene pública y privada, y constataban que amplios sectores de la población, particularmente la rural, no tenía acceso a atención médica certificada en caso de enfermedad.

Proporcionar atención médica y curativa permanente a los habitantes del ámbito rural y no sólo en aras de la contención de epidemias fue prioritario para el DSP. Lo anterior implicaba el traslado de médicos, ingenieros sanitarios, enfermeras, bacteriólogos e inspectores sanitarios de las ciudades al campo, quienes se esperaba desempeñarían sus labores apegados en todo momento a la normatividad de salubridad vigente y manifestando un elevado compromiso y responsabilidad social. Además, y de acuerdo con Bustamante, era necesario que los médicos que egresarán de las escuelas de medicina del país y que el personal paramédico que obtuviera sus diplomas en la Escuela de Salubridad abandonaran la vida urbana y moderna y se desprendieran de numerosos prejuicios para estar en condiciones de conocer a fondo la “geografía médica de las zonas de conquista sanitaria”.⁹ Sólo así —agregaba Bustamante— sería posible “implantar la higiene redentora” en el heterogéneo ámbito rural.¹⁰

La reorientación que se anhelaba impulsar en la práctica cotidiana del ejercicio de la medicina se enfrentaba, no obstante, a dos serios obstáculos. Uno de ellos tenía que ver con la

⁸ Bustamante, “La coordinación de los servicios sanitarios...”, p. 44.

⁹ “Informe sintético de los trabajos desarrollados por la Oficina de Higiene Rural y Medicina Social”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, n. 7, v. II, cuarto trimestre, México, Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad, 1939, p. 640-641.

¹⁰ *Idem*.

preponderancia del mundo urbano como ámbito fundamental desde dónde se percibían los problemas de salud y desde donde se diseñaban las políticas, las acciones y los programas médicos, curativos, asistenciales y sanitarios. La ciudad, en particular la ciudad de México, había sido y continuaba siendo el centro de atención, el objeto de estudio y el más urgente motivo de ansiedad para numerosos médicos, higienistas y para las autoridades de salud. Por ello, ciudades como las de México, Puebla o Monterrey fueron reiteradamente descritas durante las décadas finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo pasado como lugares sucios y peligrosos para la moral y las buenas costumbres, para el bienestar, la felicidad y para el progreso.¹¹ Fueron precisamente esas y otras ciudades, así como los puertos y las fronteras, los ámbitos en los que se concentraban los programas y la puesta en marcha de las políticas sanitarias, los recursos para la construcción de obras de infraestructura sanitaria y para las campañas de educación higiénica y de vacunación, una tendencia que perduró hasta por lo menos la tercera década del siglo pasado.¹²

Los médicos formados durante las décadas finales del siglo XIX en y para las ciudades, y que al iniciar la década de los 1930 ejercían en los principales centros urbanos, estaban ampliamente familiarizados con los excesos y desafíos del mundo urbano y moderno. Por ello prestaban constante atención a los problemas derivados del hacinamiento de personas y animales en habitaciones reducidas o mal ventiladas; promovían el consumo de agua bacteriológicamente pura, la aplicación de vacunas y el empleo sistemático de noveda-

¹¹ Alberto J. Pani, *La higiene en México*, México, Imprenta de J. Ballezá, 1916; Manuel M. Mena, *La ciudad de Puebla bajo el punto de vista de la higiene*, edición de la Sociedad Antonio Alzate, México, Imprenta del Gobierno en el Ex-Arzobispado, 1890; Manuel Morales Pereyra y Secundino Sosa, *Puebla, su higiene y sus enfermedades*, México, Oficina Tipográfica de la Oficina de Fomento, 1888; Claudia Agostoni, *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*, Calgary, University of Calgary Press/University Press of Colorado/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2003.

¹² Pani, *La higiene en México...*; Cuenya, *Revolución y tifo en la ciudad de Puebla, 1915-1916*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008.

des terapéuticas, entre otros elementos.¹³ Al comenzar esa década, la mayor parte de los médicos titulados se concentraban en la ciudad de México, Guadalajara, Puebla y Monterrey, mientras que en los estados de Oaxaca, Chiapas y Tlaxcala por ejemplo, la asistencia y atención médica diplomada era prácticamente inexistente.¹⁴

El otro obstáculo con el que se topaba la reorientación que se anhelaba promover para otorgar una atención médica y curativa eficaz en el ámbito rural, estaba estrechamente vinculado con la preponderancia del ejercicio de la medicina bajo el sistema liberal de la profesión. El sistema liberal o de consultorio se sustentaba en el libre contrato de los servicios entre un médico y un paciente, o bien en la libre elección del enfermo para consultar al médico que mejor le pareciera dentro de una amplia gama de oferta de servicios en el mercado de una ciudad o de una zona geográfica.¹⁵ Sin embargo “el libre contrato de los servicios entre médico y paciente”¹⁶ o el ejercicio individual de la medicina regido por el principio de oferta y demanda, fue considerado durante el curso de la década de los 1930 por diversos médicos y autoridades como un factor que imposibilitaba que las poblaciones rurales pudieran acceder a los servicios higiénicos y médicos más fundamentales. “Hay doctores que dan consulta y medicina por tostón; otros consultan por \$2, \$3, \$5, \$10.00 y \$20.00 pesos”, señalaba el médico Velázquez, quien agregaba que familias enteras en numerosas ocasiones se veían en la necesidad de endeudarse para poder pagar

¹³ Agostoni, “Las delicias de la limpieza: la higiene en la ciudad de México”, en Anne Staples (coord.), *Bienes y vivencias. El siglo XIX. Historia de la vida cotidiana en México*, dirigida por Pilar Gonzalbo Aizpuru, México, Fondo de Cultura Económica/El Colegio de México, 2005, t. IV, p. 563-597.

¹⁴ Miguel Othón de Mendizábal, “Distribución geográfica de los médicos en la república mexicana. Aportación del señor Prof. Mendizábal al Congreso de Medicina Rural celebrado en San Luis Potosí los días 20 a 25 de noviembre de 1938”, en Miguel Othón de Mendizábal, *Obras completas*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1947, t. VI, p. 529-537; p. 531-533.

¹⁵ Enrique Arreguín Vélez, “Aspectos sociales del problema del servicio médico al pueblo mexicano”, *Revista Mexicana de Sociología*, v. 13, n. 2, mayo-agosto 1951, p. 245-255; Eliot Friedson, *La profesión médica*, Barcelona, Ediciones Península, 1978.

¹⁶ Arreguín Vélez, “Aspectos sociales...”, p. 249.

los servicios de un médico diplomado.¹⁷ Cabe mencionar que en “1934 el salario mínimo urbano en el Distrito Federal era de dos pesos y de \$1.30 el rural”, por lo que la pobreza en la que vivía la mayor parte de la población imposibilitaba el pago de los honorarios de los médicos titulados, que —se reitera— carecían de interés y sensibilidad para considerar y apreciar la diversidad cultural y los distintos sentidos y significados de las prácticas y creencias en torno a la salud, la enfermedad y la atención a lo largo del país.¹⁸

Miguel E. Bustamante enunció con toda claridad esos obstáculos al iniciar la década de los 1930, cuando estableció que en México el ejercicio de la medicina estaba en crisis. La crisis obedecía a la escasez de médicos diplomados a nivel nacional, a lo que se sumaba la ignorancia de las autoridades sanitarias estatales y de la nula colaboración de las autoridades municipales para atender las necesidades más elementales de las poblaciones urbanas y rurales.¹⁹ No sólo no llegaban los “evangelizadores de la salud” a todos los rincones del país, sino que, además, la mayor parte de los médicos estaba concentrada en las ciudades principales, ejerciendo su profesión bajo el sistema liberal o de consultorio.²⁰

El que la mayoría de los médicos titulados se desempeñara profesionalmente en las ciudades daba por resultado que éstos estuvieran ante todo preocupados por ingresar y beneficiarse del mercado, por hacerse de una clientela y de un consultorio, por conseguir un puesto en alguna institución gubernamental, en una clínica u hospital, y con ello, garantizar una ganancia económica y la posibilidad de ascenso social. En este sentido, el

¹⁷ Velázquez, “Estadización y socialización...”, p. 28 y 10.

¹⁸ Gonzalo Aguirre Beltrán, *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*, México, Universidad Veracruzana/Instituto Nacional Indigenista/Gobierno del Estado de Veracruz/Fondo de Cultura Económica, 1994 (Sección de Obras de Antropología. Obra Antropológica XIII), p. 42-43. Moisés González Navarro, *La pobreza en México*, México, El Colegio de México, 1985, p. 226.

¹⁹ Miguel E. Bustamante, “Higiene municipal”, AFBV, *Fondo Miguel E. Bustamante*, Trabajos del Dr. M. E. Bustamante, 1930, p. 3.

²⁰ Bustamante, “La coordinación de los servicios sanitarios...”, p. 57-58.

médico Gonzalo Castañeda estableció en su libro *El arte de hacer clientela* (1933) lo que sigue:

Las ciudades, por sus exigencias, por la emulación y competencia, para *establecerse* piden una instalación decorosa, un *despacho* elegante y bien ubicado, servicios y accesorios costosos, etc., todo un capital sólo para comenzar y *probar* [...] los jóvenes médicos no miran con simpatía la provincia y sus *alrededores*; fíjense en que las ciudades son despiadadas y absorbentes, *ocultan* a los pequeños, *ahogan* a los débiles [...] ²¹

La apreciación del mundo urbano como un ámbito despiadado, exigente y negativo para el desarrollo profesional de los médicos titulados y la valoración de la práctica médica liberal como un obstáculo para la resolución de los problemas de salud del México rural fueron dos de los elementos que llevaron a Miguel E. Bustamante a establecer que las ciudades estaban saturadas de “médicos egoístas y decepcionados” y a señalar que esa acumulación de profesionistas posibilitaba la reproducción de un “proletariado profesional”.²² Es preciso mencionar que de acuerdo con el censo de 1930 se tenía el registro de 4767 médicos titulados para una población superior a los 16.5 millones de habitantes, siendo que la mayor parte de esos profesionistas se concentraba en las ciudades.²³ Además, y como se puede apreciar en el cuadro 5, la proporción del número de médicos por cada mil habitantes en 1910, 1930 y 1940 es indicativo de la ausencia de un amplio personal de salud para asistir y atender a numerosos hombres, mujeres y niños a lo largo del país.

²¹ Gonzalo Castañeda, *El arte de hacer clientela*, México, JGH Editores/Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 1997, p. 114 y 116-117 (cursivas en el original).

²² Miguel E. Bustamante, *La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México. Contribución al estudio de la higiene en la República Mexicana*, trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, México, 1934, p. 32.

²³ Miguel Othón de Mendizábal, “Situación actual de la asistencia médica y social en la República”, en Miguel Othón de Mendizábal, *Obras completas*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1947, t. VI, p. 545, y Mendizábal, “Distribución geográfica...”, p. 532-533.

CUADRO 5
RELACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN Y EL NÚMERO DE MÉDICOS
POR CADA 1 000 HABITANTES: 1910, 1930 Y 1940

Años	Número de médicos	Número de habitantes	Número de médicos por cada 1 000 habitantes
1910	2 566	15 160 369	0.160
1930	4 767	16 552 722	0.288
1940	6 664	19 331 580	0.344

FUENTE: Cuadro elaborado con la información proporcionada por Miguel Othón de Mendizábal, “Situación actual de la asistencia médica y social en la República”, en Miguel Othón de Mendizábal, *Obras completas*, México, 1947, t. VI, p. 545.

Aunado a lo anterior, Bustamante estableció que en los municipios rurales en los que sí se contaba con la presencia de cuando menos un médico era lamentable constatar que éstos no manifestaban interés alguno por la higiene pública, carecían de estabilidad y de estímulos laborales y vivían en el más completo aislamiento social, científico y cultural. Bustamante agregaba que esos médicos en su práctica cotidiana se limitaban a realizar “una inspección médica defectuosa a las mujeres que se dedican a la prostitución”, lo que llevó a que se les calificara como “empleados de las meretrices”.²⁴ De igual forma, destacó que en distintos municipios rurales no se contaba con datos del estado sanitario de la población, con estadísticas “que digan la mortalidad por las diversas causas” o “la prevalencia de enfermedades transmisibles”, como tampoco de tratamientos y vacunas para las enfermedades evitables que “aniquilan a los pobladores”.²⁵ Era, por lo anterior, y en la consideración de este médico, indispensable contar con un amplio y bien preparado conglomerado de agentes de salud que tuviera conocimiento de las condiciones

²⁴ Bustamante, “La coordinación de los servicios...”, p. 60.

²⁵ Bustamante, “Higiene municipal”, AFBV, *Fondo Miguel E. Bustamante*, Trabajos del Dr. M. E. Bustamante, 1930, p. 4.

sanitarias, económicas, sociales y culturales en las que vivían los mexicanos, y de médicos que durante su desempeño profesional en el campo o en la ciudad manifestara un elevado sentido de compromiso social:²⁶

El médico tiene que actuar como higienista y sus colaboradores: el ingeniero sanitario, la enfermera visitadora y el inspector sanitario, no pueden prescindir de los factores geográficos, económicos, culturales, raciales o históricos que forman los elementos del diario vivir. Estos mismos profesionistas deben ser, en realidad servidores [...] para que el Estado, reconociendo el derecho a la salud que todos tienen, los haga protectores y defensores de su capital humano, que es además un capital económico efectivo.²⁷

Por tanto, para que el personal médico y paramédico hiciera frente de manera exitosa a los problemas de salud era indispensable que conociera a fondo las problemáticas médico-sociales de la nación y que trabajara cotidianamente bajo la orientación y dirección del Estado.²⁸ Esas consideraciones, sin duda derivadas del vasto proyecto de justicia social y de transformación cultural de la posrevolución, presuponían que los médicos titulados salieran de sus consultorios, clínicas, hospitales y de las dependencias de salud que se multiplicaban en las ciudades, para trabajar en las comunidades rurales. Sin embargo, también es preciso destacar que esas consideraciones se alimentaron de los debates, propuestas y consideraciones en torno a la higiene rural y a la medicina social que irrumpieron en el ámbito internacional durante los años que transcurrieron entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial.²⁹

²⁶ Bustamante, “La coordinación de los servicios...”, p. 60.

²⁷ Bustamante, *La coordinación...*, p. 8.

²⁸ *Ibid.*, p. 33.

²⁹ Iris Borowy y Anne Hardy (eds.), *Of Medicine and Men. Biographies and Ideas in European Social Medicine Between the World Wars*, Frankfurt am Main, Peter Lang, 2008; Thomas McKeown, *Introducción a la medicina social*, México, Siglo XXI Editores, 1989; Marcos Cueto, “Un médico alemán en los Andes. La visión médico-social de Maxime Kuczynski Godard”, *Allpanchis*, Lima, n. 56, 2001, p. 39-74; p. 43.

La medicina social y el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural

Como ha sido señalado por George Rosen, entre otros historiadores, la medicina social fue una corriente médica que apareció en el contexto europeo revolucionario durante la década de 1840 y que se retomó con fuerza en diferentes partes del mundo durante el periodo de entreguerras del siglo XX.³⁰ Frente a la agudización de los problemas higiénicos y sanitarios de las principales ciudades industriales durante las décadas finales del siglo XIX y los años iniciales del siglo XX y debido a las críticas y cuestionamientos que suscitó la doctrina microbiana como solución o panacea para todos los problemas de salud-enfermedad, fueron diversos los médicos, funcionarios públicos y teóricos sociales en diferentes partes del mundo los que establecieron que era indispensable reconocer y atender el vínculo entre los problemas de salud y las condiciones políticas, económicas y sociales. Además, diversos médicos e higienistas “amparados en una larga tradición de observación social y estadística” argüían que la medicina social o la “nueva higiene” posibilitaría que el acceso a los servicios estatales de salud se erigiera y consolidara como un derecho y como un deber.³¹

Uno de los principales postulados de la medicina social radicaba en prestar atención y analizar las múltiples causas de las enfermedades colectivas para que con base en esa información, y a partir de diagnósticos certeros y análisis y estudios estadísticos sistemáticos, se procediera a diseñar los programas de salud.³² En este sentido, y de acuerdo con Marcos Cueto, los impulsores de la medicina social promovían la salud pública cuestionando “el uso de una perspectiva biomédica estrecha en la formación

³⁰ George Rosen, “What is Social Medicine. A Genetic Analysis of the Concept”, *Bulletin of the History of Medicine*, v. 21, 1984, p. 674-733, y Paul Weindling, “Was Social Medicine Revolutionary? Rudolf Virchow and the Revolutions of 1848”, *Social History of Medicine*, v. 34, 1984, p. 14-18.

³¹ Esteban Rodríguez Ocaña, *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*, Madrid, Ediciones Akal, 1992, p. 46.

³² *Ibid.*, p. 44.

médica” y subrayaban la importancia que revestiría analizar el contexto ambiental, social y cultural para “comprender las causas y controlar la propagación de enfermedades infecciosas y crónicas”.³³ Además, y siguiendo con la opinión de Cueto, los defensores de la medicina social consideraban necesario “sensibilizar a los médicos dedicados a la práctica privada”; reorientar la política de “Estado del asistencialismo hacia la prevención de la enfermedad”, y “contrarrestar la tendencia de un sistema de salud marcado por la fragmentación institucional, la débil intervención del Estado y la inestabilidad en los puestos de trabajo en salud pública”.³⁴ Esos y otros postulados y propuestas de la medicina social contribuyeron de forma decisiva a “actuar de cemento entre propuestas económicas, sociales y políticas de distinto sentido, unificando el discurso sociopolítico en el plano pretendidamente neutral de la salud y diseñando una intervención masiva hasta el corazón de las clases populares”.³⁵

Esa intervención masiva “hasta el corazón de las clases populares” contempló la necesidad de otorgar atención médica y asistencial sistemática y cotidiana lejos y fuera de las ciudades en diferentes naciones. En Europa, por ejemplo, España fue pionera en la dotación de servicios médicos rurales al establecer centros primarios y secundarios de sanidad de carácter municipal, esfuerzos que también estuvieron presentes en Estados Unidos y en algunos países asiáticos, en los que se destacó la necesidad de tomar en cuenta las peculiaridades y particularidades locales, sociales y culturales de cada distrito, provincia o municipio rural.³⁶

Los postulados de la medicina social y la apreciación de que los problemas de salud tenían una base política, económica, so-

³³ Cueto, “Un médico alemán...”, p. 43.

³⁴ *Idem.*

³⁵ Rodríguez Ocaña, *Por la salud de las naciones...*, p. 44.

³⁶ María Eugenia Galiana y Josep Bernabeu-Mestre, “El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX”, *Asclepio*, v. LVIII, n. 2, 2006, p. 139-164; Josep L. Barona, Josep Bernabeu-Mestre y Enrique Perdiguero-Gil, “Health Problems and Public Policies in Rural Spain (1854-1936)”, en Josep L. Barona y Steven Cherry (eds.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2005, p. 63-82.

cial y cultural, además de biológica, llevó a que durante la década de los 1930 se celebrara una serie de congresos de higiene rural en diferentes partes del mundo. Esa tendencia inició en 1931 con la Primera Conferencia sobre Higiene Rural convocada por la Organización de Salud de la Sociedad de las Naciones en Ginebra, Suiza,³⁷ en la que se subrayó la urgencia de impulsar transformaciones educativas, económicas y sociales para modificar las condiciones de vida, trabajo y salud de las poblaciones rurales, y cuando se destacó que no era viable aplicar en los ámbitos rurales las mismas medidas que durante muchas décadas venían aplicándose en las ciudades.³⁸

En México los médicos Alfonso Pruneda, Miguel E. Bustamante, Enrique Arreguín y Miguel Othón de Mendizábal, entre otros, abrazaron e impulsaron con entusiasmo los postulados de la medicina social; subrayaron que la enfermedad era un fenómeno colectivo anclado en procesos económicos, políticos, sociales y culturales, y que por tanto era urgente impulsar una nueva forma de ejercer la medicina. Ejercer de manera diferente la profesión médica se pensó que requeriría que el personal médico y paramédico tuviera una estrecha y constante colaboración con otros actores sociales, como biólogos, enfermeras, farmacéuticos y técnicos de laboratorios, un amplio personal que a su vez requeriría trabajar con los maestros rurales, siendo que en todo momento sería indispensable contar con el decidido y permanente apoyo del Estado.

De acuerdo con el médico Alfonso Pruneda, los progresos de la medicina durante las primeras tres décadas del siglo XX habían sido de vital importancia y trascendencia, pero las precarias condiciones económicas y el malestar social prevaleciente entre amplios sectores de la población del país exigían reconocer la “interdependencia de los problemas higiénicos y de los problemas

³⁷ Borowy y Hardy, *Of Medicine and Men...*; Theodore Brown y Elizabeth Fee, “The Bandoeng Conference of 1937: A Milestone in Health and Development”, *American Journal of Public Health*, v. 98, n. 1, 2008, p. 42-43.

³⁸ League of Nations, “The European Conference on Rural Hygiene”, *League of Nations Quarterly Bulletin of the Health Organization*, Ginebra, v. 1, n. 3, 1932, p. 395-415.

sociales”.³⁹ En su opinión, el objetivo de la medicina social era “la resolución de los males que se derivan exclusiva o fundamentalmente de las condiciones sociales [...]”.⁴⁰ Por ello la medicina social tenía que intervenir con su consejo y con su criterio científico en la resolución de los problemas de salud. Pruneda calificó a la profesión médica como una profesión “eminentemente social” y asentó que los médicos y sus auxiliares, por su “trato cotidiano con la pobreza y con la desgracia” contribuirían al mejoramiento social y médico de la nación.⁴¹ Es preciso destacar que tanto Bustamante como Pruneda estuvieron personalmente involucrados en la delimitación de las propuestas, en la formulación de los planes a seguir, así como en la identificación de los retos a vencer para fomentar la educación higiénica, el saneamiento del medio y la ampliación de los servicios médicos y curativos a lo largo del país durante la década de 1930. Además, ellos contribuyeron a trazar una imagen alterna de los profesionales de la medicina, una imagen en la que los galenos que optaran por desempeñarse orientados por los principios de la medicina social en el ámbito rural se distinguirían de los médicos que únicamente buscaban una ganancia o beneficio personal en los principales centros urbanos, manifestando con ello la posesión de un compromiso social, calificado como revolucionario.

El DSP impulsó la ampliación de las brigadas sanitarias y de los servicios médicos, curativos y asistenciales rurales mediante la creación del Servicio de Sanidad Federal en los Estados e Higiene Rural en 1933.⁴² Ese servicio buscó que todas las delegaciones sanitarias en los diferentes estados atendieran la profilaxis de las enfermedades transmisibles —tifo, difteria y viruela, entre

³⁹ Alfonso Pruneda, “La higiene y la medicina sociales”, *Gaceta Médica de México*, t. 70, 1940, p. 143-151; p. 125.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 122.

⁴¹ *Ibid.*, p. 133.

⁴² Anne-Emanuelle Birn, “Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)”, *Dynamis*, v. 25, 2005, p. 279-305, y Anne-Emanuelle Birn, *Marriage of Convenience, Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*, Rochester, University of Rochester Press, 2006.

otras—, además de levantar estadísticas médicas, realizar análisis bioestadísticos y labores de higiene materna e infantil. De igual forma se consideró esencial que se realizaran diagnósticos constantes y correctos de las enfermedades de las que tenían notificación, vigilar el aislamiento de los enfermos y de sus contactos, realizar labores de desinfección y vacunar y revacunar contra la viruela.⁴³

El ímpetu que adquirió el saneamiento del ámbito rural fue particularmente importante durante la presidencia del general Lázaro Cárdenas del Río (1934-1940), cuando una de las prioridades de su programa de gobierno fue desarrollar una política social, económica y administrativa fiel a los ideales y postulados de la Revolución, ocupando la salud pública un lugar principal. Por ello, durante el periodo presidencial de Cárdenas las acciones para establecer servicios permanentes de atención médica en el ámbito rural se intensificaron, además de establecerse como esencial aumentar “el presupuesto en salud hasta que éste constituyera 5.5% del total del presupuesto de egresos de la federación, y destinar dicho aumento a los servicios del interior de la república”.⁴⁴ Los rubros en los que se aplicaría esa erogación presupuestal comprendían la dotación de agua potable, de atarjeas y otros servicios públicos; el combate de la mortalidad infantil y de las epidemias y endemias, la vacunación antivariolosa, la preparación de un personal técnico sanitario y su distribución a lo largo del país.

En 1934 iniciaron las acciones para coordinar los servicios sanitarios federal, estatales y municipales que hasta ese momento se habían realizado de “manera experimental”.⁴⁵ Para ello, y por una parte, el 20 de agosto se expidió un nuevo código sanitario —el segundo de la posrevolución— en el que se destacó como “de interés público para la salubridad general de la República, la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios

⁴³ “Servicio de Sanidad Federal en los Estados e Higiene Rural”, AFBV, *Fondo Miguel E. Bustamante*, 1933, p. 1.

⁴⁴ Ana María Carrillo, “Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940”, *Dynamis*, v. 25, 2005, p. 145-178; p. 148-149.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 148-149.

sanitarios en lo que pueda afectar a la Federación”.⁴⁶ Por otra parte, cinco días después entró en vigor la “Ley de coordinación y cooperación de servicios sanitarios en la República” con el propósito de aplicar una política sanitaria general en el país; establecer Unidades Sanitarias Cooperativas, municipales o rurales, y extender los “beneficios de la higiene a todos los municipios del país, por más lejanos que estén de los centros ciudadanos de la población”.⁴⁷ De igual forma, durante los años iniciales de esa década se establecieron las primeras Oficinas Sanitarias Rurales y se ampliaron e intensificaron los trabajos de las brigadas sanitarias móviles para identificar y cuantificar los más apremiantes problemas sanitarios e higiénicos de diversas localidades rurales.

Correspondía a las brigadas sanitarias aplicar de manera sistemática y tenaz la vacuna antivariolosa, labores que se fueron intensificando ante las numerosas noticias, informes, rumores y casos comprobados que daban cuenta de la tenacidad de la viruela en diferentes estados del país. En Coahuila, Sinaloa, Oaxaca y Veracruz, por ejemplo, se asentaba que la viruela tenía manifestaciones epidémicas, que el número de casos era alarmante y que las autoridades sanitarias locales hacían lo posible para organizar brigadas de vacunación. De igual forma, la prensa y los informes de las autoridades sanitarias locales subrayaban que era “urgente” que el DSP enviara brigadas de vacunación para detener el avance de esa enfermedad.⁴⁸ Así ocurrió en el pequeño poblado de Tozongo, en el municipio veracruzano de Coscomatepec, donde de acuerdo con el periódico *El Nacional*, las autoridades municipales y las de

⁴⁶ “Capítulo II. Coordinación y cooperación de servicios sanitarios en la República; artículo 26”, *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos del 20 de agosto de 1934*, p. 9-10.

⁴⁷ Bustamante, *La coordinación...*, p. 26.

⁴⁸ “Una epidemia de viruela ha aparecido en Coahuila”, *El Nacional*, 20 de enero de 1932, p. 3. Véase también: “Epidemia de viruela que ha aparecido en Misatlán, Veracruz”, *El Nacional Revolucionario*, 28 de abril de 1931, p. 8; “Epidemia de viruela en lugares de Oaxaca. Tres pueblos en que el porcentaje de enfermos es muy alarmante”, *El Universal*, 12 de marzo de 1931, p. 9; “Tremenda epidemia de viruela asuela una villa oaxaqueña. Los vecinos de Pinotepa Nacional se hallan muy alarmados con el pavoroso mal”, *El Nacional*, 27 de agosto de 1932, p. 4; “La viruela negra surgió en Sinaloa. Numerosos pueblos han sido afectados”, *El Nacional*, 22 de marzo de 1933, p. 4.

salud parecían no prestar atención a una “mortífera epidemia de viruela” de la que se tenía noticia por los “viajeros llegados a aquellos lugares”, quienes asentaban que eran ya funestos los desenlaces y numerosas las víctimas por la propagación de la viruela. De acuerdo con el rotativo, la posibilidad de que la viruela se extendiera a otros municipios era un peligro que exigía la pronta acción del DSP “a fin de que pongan remedio cuanto antes y eviten el que los niños de Tozongo continúen siendo víctimas del antiquísimo padecimiento traído a México por los conquistadores españoles”.⁴⁹ En este mismo sentido, y de acuerdo con el periódico *El Universal*, las autoridades sanitarias y municipales de Tuxpan, Michoacán, eran las “responsables del desarrollo de esta enfermedad, pues a la fecha no han dictado medidas profilácticas para combatir el mal”.⁵⁰

Frente a la propagación de esa y de otras enfermedades transmisibles se buscó fomentar la colaboración y cooperación entre las autoridades municipales, estatales y federales, los maestros rurales, las brigadas móviles de vacunación, los centros de higiene rural, los dispensarios y hospitales de las cabeceras municipales, las enfermeras visitadoras y las enfermeras sanitarias. Únicamente a través de acciones coordinadas por parte de un amplio y diverso personal se consideraba que sería posible contener la propagación de las enfermedades transmisibles consignadas en el artículo 137 del *Código Sanitario* de 1934, organizar campañas de vacunación antivariolosa y proporcionar atención, médica, curativa y profiláctica a los habitantes de las numerosas comunidades rurales.⁵¹ Posibilitar esa conjunción de esfuerzos para proporcionar servicios médicos permanentes a lo largo del país, incluyendo a las regiones más apartadas, fue uno de los motivos que llevó a

⁴⁹ “Hay epidemia de viruela negra en el pueblo de Tozongo, Veracruz”, *El Nacional*, 30 de enero de 1934, p. 6.

⁵⁰ “Una grave epidemia de viruela maligna en Tuxpan, Michoacán”, *El Universal*, 26 de abril de 1931, p. 8.

⁵¹ Véase “Libro Segundo. Sanidad Nacional. Capítulo II. Profilaxis de las enfermedades. Sección Primera. Enfermedades Transmisibles, artículos 137 a 180” del *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos del 20 de agosto de 1934*, p. 42-53.

que entre el 3 y el 12 de noviembre de 1935 se celebrara en la ciudad de Morelia el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural.

El Congreso fue organizado por el Bloque de Médicos Revolucionarios (en adelante BMR), una agrupación profesional conformada por los médicos michoacanos Enrique Arreguín Vélez y Jesús Díaz Barriga y por diversos médicos y diputados ante el Congreso de la Unión, como Guillermo Padilla, Mauro López Cárdenas y Samuel León, entre otros.⁵² De acuerdo con el BMR, el objetivo del Congreso era analizar los “asuntos relacionados con la higiene del campesino y los servicios médicos en zonas rurales y semi-rurales”,⁵³ por lo que se convocó a los “médicos, cirujanos, ingenieros, abogados, veterinarios, maestros, parteras, enfermeras y todos aquellos elementos directamente interesados con estos asuntos”, a participar.⁵⁴ El BMR hizo un llamado muy particular a los profesionales de la medicina para que laboraran a favor de las clases trabajadoras, argumentando que el “escaso caudal médico” se “apilaba” en la capital y en otras ciudades, y que únicamente “setecientos [médicos] servían a los trece millones de campesinos”.⁵⁵ Dirigiéndose a los “obreros y campesinos de México” y destacando que el esfuerzo a desempeñar requeriría ser “descomunal para dejar huella”,⁵⁶ el Bloque expresó lo que se cita a continuación:

Un grupo de médicos con tendencias afines a la obra de la Revolución Mexicana, se ha constituido en Bloque de Médicos Revolucionarios, para emprender una campaña en pro de las clases laborantes del país, por medio de un programa de acción médico-social. Ha nacido con el vehemente deseo de demostrar que la Clase Médica vive realmente el momento actual, y no es indiferente a los problemas de los obreros y campesinos, núcleos sociales que con-

⁵² Verónica Oikión Solano, “Presentación. Primer Congreso Nacional de Higiene Rural celebrado en Morelia del 3 al 12 de noviembre de 1935”, *Relaciones*, n. 53, invierno 1993, p. 273-300; p. 276.

⁵³ Bloque de Médicos Revolucionarios, *Convocatoria. Primer Congreso Nacional de Higiene Rural*, México, Imprenta del Departamento de Salud Pública, 1935, p. 1

⁵⁴ *Ibid.*, p. 1.

⁵⁵ Oikión Solano, “Presentación...”, p. 275

⁵⁶ *Idem.*

sidera de vital importancia como fuente productora de México. Busca este Bloque el mejoramiento efectivo de la Higiene y Salud del proletariado, bases imprescindibles de su felicidad y progreso.⁵⁷

El Bloque de Médicos Revolucionarios,⁵⁸ que se autodefinió como un “grupo viril de Médicos Revolucionarios que se alejan de los prejuicios aristocráticos para acercarse al cumplimiento de sus deberes con las clases doloridas del pueblo de México”, remarcó la necesidad de “aplicar los conocimientos médicos a las clases desheredadas del país” y dejar atrás a la clase médica de “polendas y smoking”.⁵⁹ En las acaloradas sesiones del Congreso se destacó que era fundamental realizar diagnósticos detallados de las condiciones sociales, económicas y culturales de cada una de las localidades, pueblos y municipios del país y se reiteró que la resolución de las problemáticas sanitarias del campesinado no podrían ser atendidas sin una efectiva resolución de la cuestión agraria.⁶⁰ Aunado a lo anterior, se destacó que la agremiación o asociación de los médicos que ejercieran en el ámbito rural era esencial para que fuese posible consolidar el ejercicio real de la profesión y que por tanto era urgente una reforma integral en la formación y en el ejercicio de la profesión.

Esas reformas implicaban introducir cursos especiales sobre medicina rural y medicina social en los programas de formación profesional, y que los médicos, parteras, enfermeras y dentistas que ejercieran en los medios rurales lo hicieran obligatoriamente durante un año, por lo que se estableció indispensable reformar los artículos 4o. y 5o. constitucionales referentes a la libertad de profesiones.⁶¹ Aunado a ello, se asentó que el ejercicio de

⁵⁷ *Idem.*

⁵⁸ Bloque de Médicos Revolucionarios, *Convocatoria...*, p. 1.

⁵⁹ Oikión Solano, “Presentación...”, p. 287.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 296.

⁶¹ Los artículos 4o. y 5o. de la Constitución de 1917 aluden a dos distintos aspectos de la libertad de trabajo. El 4o. faculta a las personas a que escojan la profesión, industria, comercio o trabajo lícitos que deseen, mientras que el 5o. libera a los individuos, en términos generarles, de la obligación de prestar servicios personales si no media su consentimiento y si no perciben una justa retribución.

la medicina bajo el sistema liberal era ineficaz para otorgar a las poblaciones rurales los servicios higiénicos y médicos más fundamentales, y que por tanto, se proponía socializar la medicina.⁶² En México, decían los integrantes del BMR, la socialización de la medicina equivalía a laborar a favor de la resolución de los problemas de higiene rural y a evitar que la clase médica prosiguiera “enquistada a las grandes ciudades al servicio de las clases potentadas y en detrimento de nuestra gran población rural que sufre el latigazo formidable de las enfermedades”.⁶³ Por ello, durante el Congreso se reiteró la urgencia que tenía organizar servicios médicos para las poblaciones campesinas, en particular para los ejidatarios, mediante el “establecimiento de servicios médicos sostenidos con una pequeña aportación económica mensual fija, por parte de las familias campesinas”, construir consultorios y hospitales de concentración, y proporcionar servicios ambulantes para atender de manera sistemática y constante las necesidades de las poblaciones rurales.⁶⁴

Es particularmente importante destacar que durante ese Congreso Nacional de Higiene Rural los presupuestos teóricos de la medicina social y los anhelos de justicia social del México pos-revolucionario estuvieron presentes en algunas de las ponencias presentadas. En una de ellas, titulada “Higiene rural en las regiones más apartadas del estado de Michoacán”, el médico Jesús Gómez Sanguino describió su inmersión en un “rincón del estado de Michoacán” durante 18 meses, tiempo durante el cual recorrió todo género de terrenos y poblados incomunicados, identificando y tomando nota de la diversidad cultural, lingüística, económica, social y sanitaria que paso a paso apreciaba en su camino. A través de su recorrido a lo largo de ese rincón del

⁶² Oikión Solano, “Presentación...”, p. 296-303; Ana María Kapelusz-Poppi, “Physicians Activists and the Development of Rural Health in Post-Revolutionary Mexico”, *Radical History Review*, n. 80, 2001, p. 35-50, y Ana María Kapelusz-Poppi, “Rural Health and State State Construction in Post-Revolutionary Mexico: The Nicolaita Project for Rural Medical Services”, *The Americas*, v. 58, n. 2, 2001, p. 261-283.

⁶³ Oikión Solano, “Presentación...”, p. 295.

⁶⁴ Arreguín Vélez, “Aspectos sociales...”, p. 251-252.

estado de Michoacán, Gómez Sanguino procuró una comprensión global de la topografía, clima, sistemas de agua, principales enfermedades endémicas y epidémicas y condiciones de vida de sus habitantes, lo que le llevó a experimentar “la realidad amarga, ante el problema [...] de vida rudimentario que guarda la gran familia Mexicana en los lugares que no han sido acariciados por la mano benéfica de la Revolución”.⁶⁵

Este médico situó su centro de operaciones en el municipio de Coalcomán, que limita al norte con el estado de Jalisco, registrando los casos y las causas de enfermedades como el paludismo, la tuberculosis, la lepra y el bocio. Reiteró la necesidad de ampliar el número de centros de higiene y brigadas de salud rural; establecer casas de maternidad y lograr que las enseñanzas de la higiene, adaptadas al medio rural, formaran parte de la vida cotidiana de las poblaciones campesinas e indígenas. Otra propuesta de Gómez Sanguino, secundada por diversos congresistas, fue que las facultades de medicina del país antes de graduar a los futuros médicos les señalara como mínimo un periodo de seis meses a un año para permanecer en una zona completamente rural, “teniendo como obligación, estudiar los problemas del campo, bajo el punto de vista médico, enseñar a la población rural los elementos de higiene que estén a su alcance [...] así, se preparará una clase médica más compenetrada de los problemas en todas y cada una de las poblaciones sociales”.⁶⁶

Los debates, resoluciones y propuestas vertidos durante el Congreso Nacional de Higiene Rural fueron seguidos con interés en la prensa. Diversos artículos de opinión publicados en *El Nacional* y en *El Universal* arremetieron en contra de la “socialización de la medicina” y la reorientación que se anhelaba alentar en el ejercicio de la profesión, remarcándose que el ejercicio de la medicina bajo la tutela y el monopolio del Estado era improcedente debido a que ello significaría “cerrar el consultorio privado”, cancelar el derecho a la investigación personal y al análisis de los

⁶⁵ Gómez Sanguino, citado en Oikión Solano, “Presentación...”, p. 289.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 294.

fenómenos biológicos “que llamamos enfermedad”.⁶⁷ Aunado a lo anterior, *El Universal* destacó lo que sigue:

La socialización de la Medicina en México [...] se desenvuelve bajo planes simplemente burocráticos. Porque los “socializadores” ganan buenos sueldos, explotan el lado flaco de la situación y aun pueden formar bloques revolucionarios con qué divertir sus ocios y preparar trabajos electorales. Respecto de elementos “socializados”, el grupo constituye una verdadera masa de explotación. Se trata de médicos pobres, en absoluta decadencia, que andan en pos de la “chamba” para salvar la vida de una familia desventurada con aspiraciones de burguesía.⁶⁸

Es preciso mencionar que “socializar” la medicina careció durante las sesiones del Congreso de un significado compartido u homogéneo. Algunos congresistas apelaban al modelo de la medicina soviética socializada, mediante el cual se procuró otorgar servicios médicos a la población soviética a partir de 1917, un modelo considerado en diferentes partes del mundo occidental como un certero preámbulo para la introducción del comunismo.⁶⁹ Otros congresistas aludían a la reforma educativa que llevó a la instauración de la educación socialista en México en octubre de 1934; mientras que otros más apelaban a los principios de justicia social y al derecho a la salud. Sin embargo, y al margen de las divergencias y puntos de vista encontrados, durante las sesiones del congreso se hizo una propuesta original y sin precedente en otros lugares del mundo: la creación del servicio médico social para los pasantes de medicina de la Universidad Nacional, un programa que buscó conformar a una nueva clase médica, imbuida de conocimientos y sensible a las condiciones de vida y de trabajo de las poblaciones rurales, como se examinará a continuación.

⁶⁷ “Algo más sobre la socialización de la medicina —artículos del Dr. ‘Ox’”, *El Universal*, 21 de abril de 1936, p. 12. Véase también: “Función social del ejercicio de la medicina”, *El Nacional*, 7 de noviembre de 1935, p. 8, y “La profesión médica debe socializarse”, *El Nacional*, 9 de noviembre de 1935, p. 8.

⁶⁸ “Algo más sobre la socialización de la medicina —artículos del Dr. ‘Ox’”, *El Universal*, 21 de abril de 1936, p. 12.

⁶⁹ Mark G. Field, “Soviet Medicine”, en Roger Cooter y John Pickstone (eds.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London, Routledge World Reference, 2003, p. 51-66.

El servicio médico social y la vacunación antivariolosa

El programa de servicio médico social para los pasantes de la carrera de medicina fue organizado por la Universidad y por el Departamento de Salubridad Pública en 1935; estuvo bajo la coordinación y dirección del médico y general Gustavo Baz Prada, entonces director de la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad,⁷⁰ y tuvo como propósito central atender el problema que representaba la escasez de médicos y la carencia, en algunos casos absoluta, de asistencia médica, curativa o profiláctica en diferentes regiones del país. Además, se deseaba que con el servicio médico social los pasantes de medicina conocieran “aspectos muy importantes del *ejercicio real* de la profesión que van a seguir”,⁷¹ dado que la “verdadera medicina”, señalaba Alfonso Pruneda, únicamente se podía ejercer en el campo, al que definió como el “terreno de la realidad”. En su opinión, el ámbito rural era el único lugar en el que los futuros médicos podrían aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos de largos años de estudio como verdadera arma ofensiva contra las enfermedades,⁷² y arraigar en los médicos “el sentimiento de contribuir, en su esfera de acción, al mejoramiento colectivo”.⁷³

El DSP, bajo la jefatura del médico y general José Siurob, y la Facultad de Medicina de la Universidad recopilaron información de las localidades rurales con menos de 5 000 personas, carentes de médicos titulados, servicios asistenciales o curativos para enviar allí a los primeros pasantes. Se determinó que cada pasante recibiría un sueldo mensual de noventa pesos, un pequeño botiquín y que únicamente podrían cobrar honorarios médicos en caso de “tratamiento curativo de enfermedades”. Por ningún motivo podrían hacerlo en caso de tratamientos preventivos, incluyéndose

⁷⁰ Claudia Agostoni, “Gustavo Baz Prada”, en Leonor Ludlow y María Eugenia Vázquez Semadeni, *200 emprendedores mexicanos. La construcción de una nación. Siglo XIX*, México, Lid Editorial Mexicana, 2010, v. 1, p. 633-637.

⁷¹ Pruneda, “El servicio médico-social de la Universidad Nacional”, *Gaceta Médica de México*, t. 70, 1940, p. 143-151; p. 144 (las cursivas son mías).

⁷² *Ibid.*, p. 144 y 148.

⁷³ *Ibid.*, p. 144.

en esos tratamientos la aplicación de la vacuna antivariolosa. Con lo anterior lo que se buscaba es que prestaran sus servicios atendiendo a “un criterio de necesidad, más que a la posibilidad de que los pacientes estén o no en condiciones de pagarlo”.⁷⁴

En agosto de 1936 los 260 alumnos que cursaban el sexto año de la carrera médica fueron enviados a distintos municipios, poblados y comunidades previamente seleccionados.⁷⁵ Cuando Gustavo Baz se dirigió a esa primera generación de estudiantes les externó que tendrían que “competir con curanderos y brujas”; ejercer “su ministerio entre gentes primitivas y rudísimas, hijos incultos de la sierra, del bosque y del páramo que no tienen la más leve noticia de lo que es el moderno arte de curar” e “introducir siquiera los rudimentos imprescindibles de la sanidad pública, enseñar nociones de higiene, y recoger hechos, datos, estadísticas sobre el género de vida de cada lugar”.⁷⁶

Entre 1936 y 1946 realizaron el servicio social 3 157 pasantes, los que tuvieron que realizar cuidadosos diagnósticos médico-sociales y descripciones generales de las poblaciones, y hacer entrega de un informe escrito al concluir el servicio.⁷⁷ El informe requería abarcar los siguientes elementos: información histórica, hidrográfica, topográfica y geográfica, estadística, de natalidad, morbilidad y mortalidad, sin pasar por alto lo referente a las supersticiones y tratamientos empíricos.⁷⁸ También se les solicitó analizar las condiciones higiénicas de habitaciones y escuelas; los hábitos alimenticios y las costumbres en torno al parto y los cui-

⁷⁴ Nathan L. Whetten, “Salud y mortalidad en el México rural”, en Héctor Hernández Llamas (comp.), *La atención médica en el medio rural mexicano, 1930-1980*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984, p. 147-179; p. 171.

⁷⁵ Gabriela Soto Laveaga, “Bringing the Revolution to Medical Schools: Social Service and Rural Health Emphasis in 1930s Mexico”, *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, v. 29, issue 2, verano 2013, p. 397-427, y Gabriela Soto Laveaga, “Seeing the Countryside Through Medical Eyes in the Making of a Sickly Nation”, *Endeavour*, v. 37, n. 1, marzo, 2013, p. 29-38.

⁷⁶ *Commemoración del 50 Aniversario de la Instauración del Servicio Social en México*, México, Secretaría de Salud, 1986, p. 19.

⁷⁷ Lourdes Ruiz Lugo *et al.*, *El servicio social en México*, México, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, 1995, p. 15.

⁷⁸ Manuel Velasco Suárez, “El servicio social de la Facultad de Medicina: breve comentario”, *Revista Mexicana de Sociología*, v. 1, n. 2, 1939, p. 127-141; p. 131.

dados de la niñez, y aplicar la vacuna antivariolosa. Con ello, lo que se buscó es que los futuros médicos realizaran verdaderas investigaciones médico-sociales, que prestaran sus servicios de manera desinteresada y con un alto sentido de compromiso social, y que procuraran convencer a las poblaciones de la importancia que revestiría evitar recurrir a prácticas médicas y curativas tradicionales de sanación.⁷⁹

La vacunación contra la viruela fue un elemento fundamental de los trabajos desempeñados por numerosos servicios y actores del ámbito de la salubridad federal, estatal y municipal. Comenzaron a tener una destacada actividad en la protección rutinaria de las poblaciones y en la extinción de focos epidémicos los Servicios de Higiene Rural y Medicina Social, los Servicios Sanitarios Coordinados, los servicios sanitarios de puertos, fronteras y vías generales de comunicación y en particular, y claro está, los pasantes de la carrera de medicina realizando su servicio médico social.⁸⁰ De igual forma, a partir de 1935 al organizarse las Brigadas Móviles de los Servicios de Sanidad Federal Estatales, dependientes de los Servicios Coordinados de Salubridad, se buscó vacunar al mayor número de individuos en las localidades en las que se tuviera conocimiento de grupos de personas enfermas o con la sospecha de padecer viruela.

De igual forma, en las “Instrucciones y reglamentos generales de la campaña antivariolosa” que entraron en vigor en 1936 (y vigentes hasta 1943), se determinó que una labor central de los trabajos de los pasantes de medicina era vacunar y revacunar a la población de toda región a la que llegaran.⁸¹ Por ende, con el inicio del servicio médico social las campañas de vacunación adquirieron una magnitud no vista hasta ese momento, ampliándose su radio de acción a numerosas regiones previamente no expuestas a la vacuna en los estados de Guerrero, Hidalgo, Mi-

⁷⁹ Pruneda, “El servicio médico-social...”, p. 144-145.

⁸⁰ José Siurob, “La sanidad en México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, junio 1941, p. 551-552.

⁸¹ “Instrucciones y reglamentos generales de actividades de campaña antivariolosa”, AHSS, *Fondo Salubridad Pública*, Sección Epidemiología, caja 60, exp. 8, septiembre 1935 a octubre 1945, 114 f.

choacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y Zacatecas. Por ello, en toda localidad carente de servicios permanentes de vacuna o de salud, correspondería a los pasantes y a las brigadas de vacunación integradas con ese propósito, aplicar la vacuna por vez primera y revacunar en caso de ser necesario, precisándose que:

[...] emplearán todos los medios apropiados para conseguir su objeto, incluyendo el de citar a los vecinos para que concurran a las horas de labores, al lugar en que se instale el servicio de vacunación para ser vacunados, con apercibimiento legal para el caso de desobediencia. Los menores e incapacitados serán presentados por sus representantes, salvo en caso de imposibilidad material [...] para que la vacunación se haga a domicilio.⁸²

Debido a que las brigadas de vacunación y los pasantes en servicio médico social requerían “acorrallar a la viruela en sus más recónditos reductos”,⁸³ o bien, perseguir “brotes de viruela”,⁸⁴ el DSP publicó y distribuyó el folleto informativo titulado: *Técnica que se recomienda para la vacunación antivariolosa*.⁸⁵ En el mismo se estableció que los médicos, pasantes de la carrera de medicina, maestros rurales, empleados municipales y otras personas que colaboraban en la lucha contra la viruela, requerían tener conocimiento de cómo trasladar, suministrar y verificar la correcta aplicación de la vacuna antivariolosa. También se destacó que la vacuna sería distribuida en tubos de diez dosis individuales y que el personal vacunador requería cerciorarse de contar en todo momento con “vaccinostylos, plumas de escribir (a las que previamente se ha quitado una de sus puntas), agujas, alfileres [...] o escarificadores especiales”, además de subrayarse que el sitio

⁸² “Expediente relativo al reglamento sobre vacunación y revacunación antivariolosa, 1936”, AHSS, *Fondo Salubridad Pública*, Sección Servicio Jurídico, v. 42, exp. 18, 1936, f. 4.

⁸³ Jorge Fernández de Castro, “La erradicación de la viruela en México”, *Gaceta Médica de México*, v. 33, n. 2, 1997, p. 99-106, p. 99-106; p. 101.

⁸⁴ J. Pilar Hernández Lira, “Algunos apuntes sobre viruela y vacuna en México”, mecanoscrito, AFBV, *Fondo Miguel E. Bustamante*, Historia de la lucha contra la viruela en México, 1962, p. 7.

⁸⁵ “Técnica que se recomienda para la vacunación antivariolosa”, mecanoscrito, AFBV, *Fondo Miguel E. Bustamante*, Historia de la lucha contra la viruela en México, marzo 1935, p. 1-3.

adecuado para vacunar era la “cara externa de cualquiera de los dos brazos”. Por lo que respecta a la técnica de vacunación se especificó que la técnica idónea era la escarificación lineal, consistente en “la incisión de la epidermis en una longitud no mayor de dos o tres milímetros en el lugar de elección [...]”.⁸⁶

A los médicos y pasantes que realizaban su servicio médico social se les instó a conservar la vacuna en refrigeración o en arena húmeda para protegerla de los cambios de temperatura ambiente. Lo anterior implicaba que cuando los vacunadores se trasladaran a localidades previamente asignadas, la vacuna requeriría estar resguardada en cajas con hielo y que les correspondería verificar la efectividad de producto biológico y evitar que se perdiera. Tanto el traslado de vacunadores y vacunas se tornaban en labores particularmente complicadas durante la temporada de lluvia, cuando muchos caminos y brechas eran absolutamente intransitables. Por ello, en algunos de los informes de los pasantes de medicina se relataba que desafiando lluvias, tormentas o heladas a través de caminos rudimentarios para llegar a pequeñas chozas, ponían todos sus conocimientos y voluntad para salvar una vida.⁸⁷ Esa idealización de los trabajos de los pasantes de medicina se acompañaron de una constante reiteración de que con sus labores cotidianas no sólo estaban luchando contra la viruela y la propagación de otras enfermedades, sino también contra el curanderismo, la hechicería, el abandono y la ignorancia, elementos que las autoridades de salud afirmaban que eran generalizados.

En este sentido, Manuel Hernández, quien realizó su servicio médico social en el pueblo de La Palma en Michoacán en 1937, estableció que en ese lugar se vivía en la “anarquía más desenfrenada” como si se tratase de una “tribu africana”. Destacó la ausencia de una organización sanitaria, la proliferación de charlatanes y curanderos y asentó que lo más urgente no eran leyes, reglamentos y tampoco vacunas, sino moralizar a los habitantes

⁸⁶ *Idem.*

⁸⁷ Guillermo Zamudio Zamudio, “El servicio social, una aportación de México al verdadero y digno servicio de la profesión médica”, tesis profesional, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina 1950, p. 11-12.

del México rural.⁸⁸ De igual forma, Víctor Álvarez señaló que durante su servicio social en el pueblo de Huaniqueo, Michoacán, en 1937, pudo apreciar de qué manera una comadrona “con indumentaria sucia, con hábitos alcohólicos crónicos” atendía a las mujeres en estado de ebriedad y argumentó que en el poblado predominaba la ausencia de una cultura médica y de una cultura de la prevención. En lugar de médicos diplomados había varios curanderos; un profesor rural vacunaba contra la viruela de manera rudimentaria y con resultados dudosos, al igual que una mujer que decía ser enfermera sin haber concluido sus estudios en la Facultad de Morelia.⁸⁹

En otro informe de servicio médico social de 1937, Alfredo Ortiz relató que durante los seis meses que estuvo en Ixmiquilpan, Hidalgo, le había posible constatar que toda labor sanitaria y de educación higiénica requerían del apoyo de las autoridades locales, del presidente municipal, de los jueces y de los habitantes más respetados de la localidad. Asimismo, destacó que en todo momento había procurado tratar al público “con decencia y cortesía conquistándolo por convencimiento”, y que eran precisamente la conquista y el convencimiento los métodos idóneos para procurar vacunar contra la viruela al mayor número posible de personas debido a la abierta y tenaz oposición de hombres, mujeres y niños frente al recurso preventivo.⁹⁰ Un año después, el pasante Roberto López Noriega relató que al realizar su servicio social en el municipio de Tuzantla, también en Michoacán, pudo constatar que no había un solo médico titulado en el municipio y que dos maestras que no dominaban las técnicas y los procedimientos para vacunar eran precisamente las personas encargadas de aplicar el recurso preventivo. López Noriega agregó que

⁸⁸ Manuel Hernández Hernández, *Informe médico social de La Palma, Michoacán*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 1937; p. 11, 12, 23, 41.

⁸⁹ Víctor Álvarez Muñoz, *Informe general sobre la exploración sanitaria de Huaniqueo, Michoacán*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela de Medicina, 1937, p. 23-28.

⁹⁰ Alfredo Ortiz, *La campaña antivarolosa en el medio rural. Informe sobre la labor social en el Distrito de Ixmiquilpan, Hidalgo*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 1937, p. 13, 31-33.

cuatro “comadronas supersticiosas” atendían los partos y que un ministro protestante administraba medicinas de patente a cucharadas, al igual que un homeópata de dudosa procedencia. Este médico concluyó su informe asentando que la causa fundamental de los problemas que apreció era la pobreza, condición que imposibilitaba el traslado de los habitantes a un pueblo o cabecera municipal para acudir y pagar los servicios de un médico en caso de enfermedad, o para recibir la vacuna. Por lo anterior, propuso que el servicio social se ampliara a 12 meses para intensificar la instrucción y educación higiénica de las poblaciones campesinas e indígenas, y para que los pasantes tuvieran la oportunidad de promover los beneficios que derivarían de la generalización de prácticas médicas, curativas, preventivas y profilácticas sustentadas en las ciencias médicas, como lo era la vacunación.⁹¹ En éstos y en otros informes de los pasantes se subrayaba que el éxito de los programas de salud estatal requerían de una profunda transformación económica, social y cultural de las poblaciones indígenas y campesinas. Lo anterior implicaba mejorar sus condiciones de vida, terminar con el charlatanismo y fomentar la ilustración del pueblo “sobre cultura médico-higiénica, con pláticas personales o colectivas [...] para lograr una Patria Mejor”.⁹²

El envío de los primeros pasantes a diversas localidades rurales generó amplios comentarios y acalorados debates entre la comunidad médica nacional y entre el público en general. Por una parte, se enalteció la idealización de la práctica y del ejercicio de la medicina en el ámbito rural, una idealización que llevó a que se pronunciaran palabras como las que siguen: los futuros médicos durante el servicio social eran “soldados de la salud y de la vida que la Patria necesita”, o bien: “Hay que empezar por conseguir que nuestro pueblo viva como gente y sepa de la salud física y moral para que podamos hablar de ‘Revolución’ y esperar

⁹¹ Roberto López Noriega, *Exploración sanitaria del municipio de Tuzantla, Michoacán*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 1938, p. 45.

⁹² Carlos Ramírez Prado, *Informe sobre la exploración sanitaria del municipio y de la villa de Romita del estado de Guanajuato*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 1937, p. 57.

un brillante porvenir para México”.⁹³ Por otra parte, otras voces expresaron que el servicio médico social no daría los resultados esperados debido a la renuencia de muchos estudiantes para radicar en localidades aisladas, mal comunicadas y carentes de las comodidades de la vida urbana y moderna, afirmándose que “contadísimos son los lugares en que el ayer pasante y ahora profesionista titulado, ha echado raíces y vive en el antaño lugar de su práctica social”.⁹⁴

Es importante señalar que el servicio médico social fue considerado por diversas agrupaciones profesionales como un atentado hacia la libertad profesional. En 1936 el órgano de difusión de la Sociedad Farmacéutica Mexicana, *La Farmacia*, publicó una nota en la que se asentó que con el servicio social el médico quedaba “limitado a esperar a que se le diga cómo, cuándo y en qué lugar prestar sus servicios”. Lo anterior significaba que se pasaba por alto la situación económica y personal del médico y que se nulificaba su “libertad profesional”.⁹⁵ Esa publicación también destacó como indispensable no perder de vista que antes de la Revolución muchos médicos habían otorgado consultas gratuitas a los pobres, no sólo en sus consultorios, sino también visitándolos en sus domicilios, por lo que añadía lo que se cita a continuación:

Pero vinieron los tiempos aciagos de la Revolución, y desencadenaron las pasiones políticas, y [...] comenzaron a debilitarse esas buenas costumbres hasta perderse en los últimos tiempos [...] De modo que podemos asegurar que entre los profesionistas, los médicos son los que han hecho obra social muchísimo antes de que se pensara en la socialización de los servicios profesionales, pero en aquella forma desinteresada y noble, individual y voluntaria, y como un reconocimiento de la obligación de acercarse a los necesitados.⁹⁶

⁹³ Velasco Suárez, “El servicio social...”, p. 133.

⁹⁴ Salvador Iturbide Alvírez, “Algunos comentarios sobre el servicio médico social de los pasantes de medicina”, *Gaceta Médica de México*, t. 52, n. 3, junio 1942, p. 245-261.

⁹⁵ “La socialización de las profesiones y el servicio social de las mismas”, *La Farmacia*, 15 de enero de 1936, p. 1.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 3.

Frente a lo anterior, la Sociedad Farmacéutica Mexicana se manifestó en contra de la socialización de la medicina, de la “apropiación del trabajo o servicio médico” por parte del Estado, y subrayó que era impostergable que los médicos y otros profesionistas buscaran los medios para atenuar los “efectos de la socialización, tal y como se quiere implantar y que ocasionaría la total pauperización de la clase médica, por la pérdida del libre ejercicio de la profesión y la libre contratación de los servicios”.⁹⁷

Aunado a lo anteriormente expuesto, es relevante mencionar que la presencia de los pasantes de medicina en diversas localidades rurales ocasionó conflictos con los médicos locales debido a que los pasantes ejercían la profesión “sin tener título [...] motivo de serios conflictos con los médicos residentes”.⁹⁸ Los pasantes también manifestaron enfrentarse a problemas con los maestros rurales, debido a que estos últimos “sin ningún conocimiento adecuado [...] se creen médicos capaces de discutir sobre cualquier problema, queriendo abordar problemas sobre etiología y anatomía patológica, poniendo de manifiesto en esta forma su incultura y pedantería”.⁹⁹ Por otra parte, algunos opinaban que el servicio médico social era tan sólo una “exigencia más” para obtener el título. Destacaban que no todos podían adaptarse a vivir lejos de las ciudades y que verse repentinamente obligados a abandonar las ciudades era desfavorable: interrumpía su formación y la posibilidad de ejercer en clínicas, hospitales, consultorios y dispensarios u otros espacios clave para su desarrollo profesional.¹⁰⁰ Frente a lo anterior, Miguel E. Bustamante señalaba acertadamente que la ignorancia y la resistencia también estaban presentes entre los médicos y las autoridades “llenos de conceptos erróneos y poco dispuestos a aceptar nuevas orientaciones”.¹⁰¹

⁹⁷ *Idem.*

⁹⁸ Pruneda, “El servicio médico-social...”, p. 145.

⁹⁹ Octavio García Moguel, *Breve trabajo sobre la exploración sanitaria del municipio de Tepuxtepec, Estado de Michoacán*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 1937, p. 29.

¹⁰⁰ Pruneda, “El servicio médico-social...”, p. 148.

¹⁰¹ Bustamante, “La coordinación de los servicios sanitarios...”, p. 59.

Lograr que el país contara con un personal médico y paramédico para que se adentrara en las regiones rurales del país, elaborara un balance de los problemas médico-sociales más apremiantes y proporcionara atención médica y curativa y educación higiénica a la mayor parte de los habitantes del país, sobresalieron en los anhelos de las autoridades de salud durante el transcurso de la década de 1930. Lo anterior incidió en la creación de distintas instituciones y servicios médicos, sanitarios y de educación en la salud para el ámbito rural y en la organización de campañas que posibilitarían la vacunación sistemática de los individuos que radicaban en localidades rurales carentes de servicios permanentes o regulares de inmunización. Pero también condujo a que se generara una amplia discusión en torno al papel, desempeño y labores de los médicos titulados y de otros agentes de salud en las ciudades, municipios y pueblos del México rural. El saneamiento integral del país exigía de médicos socialmente comprometidos: médicos con la disposición y la sensibilidad para abandonar los presupuestos y las interpretaciones del mundo urbano para analizar los problemas de salud del heterogéneo ámbito rural. De igual forma, la ampliación y la reorientación de la salud pública estatal, que alentaron una sistemática recolección y análisis de información demográfica, sanitaria, estadística y de infraestructura y la realización de minuciosas investigaciones médicas, sociales y antropológicas de las condiciones higiénicas y sanitarias del país, pusieron al descubierto la enorme pobreza, desigualdad y propagación de enfermedades infecciosas que prevalecían entre amplios sectores de la población rural.

La reorientación de la medicina estatal y la transformación que se anhelaba impulsar en el ejercicio de la medicina se nutrió de los postulados y principios de la medicina social, de los idearios, anhelos y discursos de justicia social y de las metodologías de la antropología, etnografía y sociología, disciplinas que incidieron en el análisis médico-social de las diferentes regiones del país. La investigación de los más apremiantes problemas de salud, la intensificación de las campañas para contener o combatir distintas enfermedades y el saneamiento del medio urbano y rural exigían de médicos socialmente comprometidos, de la guía



y orientación del Estado y de una labor sistemática y coordinada a nivel federal. La coordinación y la sistematización de los programas de salud abrazaron como una de sus primeras metas la puesta en marcha de una campaña nacional de vacunación contra la viruela, una campaña pionera que sentó las bases sobre las que descansarían posteriores campañas y programas para contener y procurar erradicar la propagación de otras enfermedades, notablemente la malaria o paludismo, a partir de la segunda mitad de la década de los 1950.¹⁰²

¹⁰² Marcos Cueto, *La salud internacional y la Guerra Fría: erradicación de la malaria en México, 1956-1971*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2013.