

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE HISTORIA

Aislar y vigilar. La campaña contra la lepra en México, 1930-1946

Tesis para obtener el título de licenciado en Historia

PRESENTA

IGNACIO GONZÁLEZ VILLARREAL

Asesora: Dra. Ana María Carrillo Farga



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

¿Entonces qué es una escritura de calidad? Pues lo que siempre ha sido; saber meter la cabeza en lo oscuro, saber saltar al vacío, saber que la literatura básicamente es un oficio peligroso. Correr por el borde del precipicio: a un lado el abismo sin fondo y al otro lado las caras que uno quiere, las sonrientes caras que uno quiere, y los libros, y los amigos, y la comida.

Roberto Bolaño

Pero sólo él puede hacer el recuento de lo que ha cosechado mientras tocaba, y probablemente ya estará en otra cosa, perdiéndose en una nueva conjetura o en una nueva sospecha. Sus conquistas son como un sueño, las olvida al despertar cuando los aplausos le traen de vuelta, a él que anda tan lejos viviendo su cuarto de hora de minuto y medio.

Julio Cortázar. El perseguidor

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es una investigación que casualmente comenzó hace varios años. Durante ellos acumule un sin fin de momentos emotivos, tristes y obsesivos. Después de un ciclo tan largo, las dudas fueron muchas, por ello quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Deborah Dorotinsky por su apoyo y entusiasmo que me brindó en los inicios de esta investigación. Agradezco a la Dra. Cristina Sacristán y al Instituto de Investigaciones José Mará Luis Mora, el apoyo académico que durante tres años me brindaron para realizar este proyecto.

Gracias a la Dra. Obdulia Rodríguez, dermatóloga y directora del Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, por permitirme consultar la biblioteca de este centro, y recopilar información valiosa para llevar adelante esta tesis. Gracias sobre todo a las bibliotecarias por su ayuda prestada. También quiero agradecer al Dr. José Ángel Alberto Lozano, director del Hospital Dr. Pedro López de Zoquiapan, por autorizar y dejar que accediera al archivo clínico, para consultar material valioso para esta investigación. Gracias a Oralia y a la señora Simona, trabajadoras sociales de este hospital por su buena voluntad y ayuda.

Agradezco a Irma Betanzos Cervantes, Jefa del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y a su personal por permitirme consultar su valioso acervo documental. También agradezco al personal de la biblioteca Nicolás León de la Facultad de Medicina, su ayuda que me brindaron en la búsqueda y recopilación de publicaciones sobre lepra.

Quiero agradecer especialmente a la Dra. Ana María Carrillo Farga por su dedicación y comprensión que durante todos estos años me brindó, para realizar y llevar a buen término esta tesis. Gracias por su amistad, por hacer posible la escritura de otros textos, y por enseñarme que el “convencimiento narrativo es un ejercicio de precisión”. De igual forma, agradezco a la Dra. Luz Fernanda Azuela, a la Dra. Claudia Agostoni, al Mtro. Ernesto Aréchiga y al Dr. Andrés Ríos sus comentarios y correcciones a la redacción de esta tesis.

Gracias a los amigos que me acompañaron durante este tiempo, por escuchar mis curiosidades: a César, Franco, Carlos, Berenice, Jimena y José Luis. Quiero dedicar esta tesis especialmente a mis viejos queridos, Lorenzo González

y Ana Villarreal, por saber guardar paciencia y mostrar su apoyo incondicional. A mis hermanos Horacio y Nora Nelly. Esta tesis también está dedicada a mi abuela Elena Flores que, antes de su ausencia, durante las tardes compartió mis obsesiones y experiencias. Por último, quiero dedicarla a Gabriela H. que, sin saberlo y pese a la d

i
s
t
a
n
c
i

a, me hizo descubrir cómo hay que vivir
cada momento de la vida.

ÍNDICE

Introducción.....	7
 Capítulo I. Legislación y control sanitario. La creación del Servicio Federal de Profilaxis contra la lepra	
Salud Pública durante la revolución.....	17
El primer censo de lepra de 1927.....	20
La promulgación del Reglamento Federal contra la Lepra.....	26
La creación del servicio de Profilaxis contra la Lepra.....	29
La actuación de la Campaña contra la Lepra.....	33
El informe del primer censo anual.....	37
Los primeros cinco años de la campaña.....	40
 Capítulo II. Aislamiento y educación sanitaria. La actuación de los dispensarios antileprosos	
Hawai y Noruega: las estrategias de erradicación de la lepra...	43
Los dispensarios: el comienzo de la diseminación.....	47
La profilaxis sanitaria: la búsqueda y el aislamiento de los enfermos...	54
Sacudir la indiferencia y canalizar el temor.....	58
Salvaguardando el orden social del contagio.....	60
Del aislamiento al crimen sanitario.....	65
 Capítulo III. Reclusión, asistencia y vida cotidiana. El leprosario de Zoquiapan	
Actuación sanitaria y combate a la lepra en los primeros años del gobierno de Cárdenas.....	69
La lepra y los “leprosos” ante la prensa.....	73
El leprosario de Zoquiapan y la administración interna.....	75

La asistencia y el control sanitario.....	81
Vida cotidiana y orden institucional.....	87
Crisis asistencial y tensión institucional.....	92
Las últimas “resonancias” de Zoquiapan.....	97

Capítulo IV. Lepra, fármacos y experimentación. La terapéutica de la lepra

La búsqueda de una clasificación.....	101
El carácter experimental de los tratamientos antileproso... ..	105
Las estrategias de control médico.....	113
Negligencia, frustración y desconfianza médica.....	116
El combate de la ignorancia médica y social.....	122
Los primeros fármacos antileproso y su influencia internacional... ..	126

Epílogo.....	131
---------------------	------------

Conclusiones.....	141
--------------------------	------------

Fuentes consultadas.....	148
---------------------------------	------------

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad que a lo largo de la historia ha despertado hostilidad. Durante años ha sido vista por la sociedad como una enfermedad repugnante debido a las laceraciones y deformaciones que produce en el cuerpo de quienes la padecen, y los enfermos de lepra han sido objeto de discriminación. En México, Hernán Cortés edificó en 1528 un hospital para albergar y recluir a estos enfermos, y evitar de esta manera que deambularan por las calles. Sin embargo, su existencia fue efímera ya que en 1532 dicho hospital fue demolido.¹

Posteriormente, en 1572, el médico español Pedro López, con aprobación del virrey Martín Enríquez, fundó el Hospital de San Lázaro en las afueras de la ciudad. De acuerdo con las ordenanzas del mismo, éste fungió como un albergue o asilo para “todos los enfermos leprosos de la Nueva España”, fueran éstos españoles, mestizos, indios o negros, en el que eventualmente los enfermos podían aprender algún oficio y ejercer una ocupación.²

En 1596, después de que el doctor Pedro López falleciera, el hospital quedó a cargo de un patronato administrado por sus hijos; pero en 1721, éstos decidieron cederlo a la orden de religiosos de San Juan de Dios. Durante tres siglos, el Hospital de San Lázaro fue “un refugio de enfermos de lepra” auspiciado por la caridad de religiosos. En 1857, fueron desamortizados los bienes del hospital, y éste finalmente clausurado en 1862. En ese momento, la mayor parte de los enfermos recluidos en este asilo fueron trasladados al Hospital de San Pablo (hoy Hospital Juárez) y, posteriormente, en 1915, al pabellón 27 del Hospital General de la ciudad de México.³

Entre 1910 y 1918, el problema sanitario de la lepra quedó en manos del Consejo Superior de Salubridad. En 1910, Jesús González Urueña presentó en el IV Congreso Médico Nacional Mexicano una ponencia titulada *Manera de iniciar en México la profilaxis antileprosa*. En este trabajo, González Urueña señaló que la lepra representaba un problema de salud pública, por lo que era necesario

¹ Rodríguez, “La lucha”, 2003, p. 109.

² Scholes y Adams, “Ordenanzas”, 1956; Muriel, *Hospitales*, 1956, p. 49-50.

³ Muriel, *Hospitales*, 1956, p. 235-236.

organizar una campaña para “luchar contra ella”.⁴ Debido al proceso revolucionario dicho proyecto quedó inconcluso, pero en 1927 el Departamento de Salubridad Pública (en adelante DSP) –que en 1918 sustituyó al Consejo de Salubridad– levantó un censo de lepra, y en 1930 promulgó el primer Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra.

Por lo que toca a la caracterización de la enfermedad, a lo largo de trescientos años, la lepra fue considerada una enfermedad hereditaria, no sólo en el país, sino también en Europa y en Latinoamérica. En México, durante el siglo XIX esta visión hereditaria de la lepra tuvo amplia difusión. Entre los médicos que la defendieron se encontraban Ladislao de la Pascua, que en 1844 publicó *Elefanciasis de los griegos*, y Rafael Lucio e Ignacio Alvarado, autores del *Opúsculo del mal de San Lázaro o elefanciasis de los griegos*, publicado en 1851.⁵

En ambas publicaciones, dichos médicos consignaron sus observaciones clínicas en torno a las diferentes formas del padecimiento, describieron minuciosamente las lesiones de sus casos, y explicaron los diversos métodos empleados durante el siglo XIX para curar la lepra. A pesar de que la teoría hereditaria de la lepra fue dominante durante la mayor parte del siglo XIX, a finales de siglo comenzó a perder adeptos y dejó de ser la explicación acerca de la enfermedad.

En 1874, el médico noruego Gerhard A. Hansen descubrió el *Mycobacterium leprae*, agente causal de la lepra. Aunque el bacilo no cumplía con los postulados de Koch-Henle, es decir, no se podía aislar, cultivar, ni mucho menos inocular, los leprólogos aceptaron parcialmente la teoría de que la lepra era infecciosa. Posteriormente, Hansen demostró con datos epidemiológicos que la lepra era una enfermedad infecciosa producida por el contacto prolongado entre una persona enferma y una sana, y que el aislamiento de los enfermos disminuía el número de casos infectantes. Este hecho permitió que la teoría infecciosa de la lepra pasara a ser la explicación dominante de la etiología de la enfermedad.⁶

⁴ Citado por Rodríguez, “La lucha”, 2003, p. 110.

⁵ Lucio y Alvarado, *Opúsculo*, 1852; De la Pascua, *Elefanciasis*, 1844.

⁶ Obregón, *Batallas*, 2002, p. 129-138. Es importante señalar que debido a estos descubrimientos, la lepra también fue conocida como “enfermedad de Hansen”.

Durante el primer Congreso de la Lepra, celebrado en Berlín en 1897, los leprólogos aprobaron el aislamiento obligatorio de los enfermos dentro de las leproserías, como una medida sanitaria que debía establecerse dentro de los programas de salud de erradicación de dicho padecimiento. En México, durante los primeros años del siglo XX, los miembros de la profesión médica coincidían en que la lepra era una enfermedad que representaba un problema de salud pública en el país. Sin embargo, no llegaron a acuerdos respecto de la construcción de leproserías, el confinamiento en ellas de los enfermos de lepra, o la prohibición de que éstos deambularan libremente entre la sociedad. A partir de 1930 la burocracia sanitaria impulsó y estableció estas políticas.

En la historiografía mexicana el tema de la lepra ha sido abordado principalmente por médicos, pero recientemente han empezado a interesarse por el tema historiadores y sociólogos. Entre los trabajos escritos por médicos destaca el libro *La lepra en México*, de Jesús González Urueña. Esta obra, publicada en 1941, es un estudio monográfico que aborda el fenómeno de la lepra desde el siglo XVI hasta el primer tercio del siglo XX. En ella el autor recopila y describe artículos publicados sobre el tema, especialmente en los siglos XIX y XX: el Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra, promulgado en 1930; las circulares y propaganda distribuida a raíz de este reglamento, y pequeños extractos de crónicas de periódicos que hacen referencia al problema sanitario de la lepra, y a la inauguración en 1939 del leprosario de Zoquiapan.⁷

Además, proporciona información referente a los lazaretos e instituciones involucrados en la Campaña para erradicar la lepra del país. En este trabajo, también se encuentran reproducidos algunos textos de Medicina referentes a la etiología de la lepra, los tratamientos utilizados para curarla y las medidas sanitarias tomadas por las autoridades médicas en distintos estados del país.

Otra obra que merece particular atención es *La lepra y los niños*, de Obdulia Rodríguez Rodríguez, publicada en 1949, la cual aborda el tema de la lepra en la infancia mexicana, y la protección que los médicos y las autoridades sanitarias han brindado a este sector de la población. En él su autora analiza la terapéutica

⁷ González Urueña, *La lepra*, 1941.

empleada por los médicos en el siglo XX para inhibir el desarrollo de la lepra en los pacientes, y el “proceso científico” que condujo a los médicos y leprólogos a reconocer a la lepra como una enfermedad contagiosa y no hereditaria, y reflexiona acerca del proceso que llevó a México a adoptar nuevos criterios para clasificar los casos de lepra.⁸

El trabajo describe, también, la Campaña emprendida en 1930 por las autoridades sanitarias para erradicar la lepra. La autora analiza el esfuerzo de los patronatos, instituciones y asilos que contribuyeron a ella. Cabe señalar que tanto el libro de Obdulia Rodríguez como el de Jesús González Urueña son una fuente documental primaria, debido a que estos autores fueron participantes de los hechos que analizan.⁹

Dentro de los estudios recientes que abordan el tema de la lepra en México se encuentra la tesis de doctorado en Ciencias sociales de Yaminel Bernal Astorga, titulada *La construcción del sujeto leproso*. En este estudio, su autora aborda el tema del individuo enfermo y su reconocimiento como “leproso”, así como el proceso de construcción de su “personalidad” y sus relaciones sociales. Analiza, lo que considera “el proceso de subjetividad” del enfermo; es decir, “el momento de encuentro que tiene el individuo con su enfermedad”.¹⁰

Bernal Astorga, además, se ocupa de la “mirada subjetiva” de los personajes que rodean al enfermo: su familia, los médicos y la sociedad; y establece los vínculos de aceptación o rechazo que cada uno de ellos establece con el “sujeto leproso”. Es un estudio que parte del análisis de casos recientes de enfermos de lepra, a partir de fuentes orales y entrevistas directas con los

⁸ Rodríguez, Obdulia, *Leprosia*, 1949.

⁹ Al Dr. Jesús González Urueña se le atribuye la iniciativa de levantar en 1925 el primer censo de lepra en México. Posteriormente, en 1930 fue designado director de la Campaña contra la Lepra en México. La Dra. Obdulia Rodríguez, durante más de 35 años trabajó al lado del médico Fernando Latapí, dermatólogo que participó en la Campaña contra la Lepra durante los años que este trabajo estudia. En 1947, la Dra. Obdulia Rodríguez ingresó al dispensario Ladislao de la Pascua para iniciar sus prácticas profesionales en Leprosología y Dermatología; más tarde continuaría con estas prácticas dentro de la leprosería Dr. Pedro López de Zoquiapan. En febrero de 2007 sostuve una entrevista con la Dra. Obdulia Rodríguez para conocer su experiencia de trabajo como dermatóloga dentro del dispensario y la leprosería. Por medio de esta entrevista pude conocer algunos detalles de la vida institucional y cotidiana del leprosario, los cuales se narran en el capítulo III de esta tesis.

¹⁰ Bernal, *La construcción*, 2008.

enfermos y familiares de éstos, así como del análisis de fotografías y dibujos proporcionados por ellos, para explorar lo expresado por estos individuos.

También, se encuentra la tesis de maestría en Historia de María del Carmen Sánchez, titulada, *Entre la reclusión y la caridad. La lepra y el Hospital de San Lázaro de la ciudad de México*. En esta tesis, su autora realiza un estudio histórico acerca de la lepra y los hospitales encargados de asistir a estos enfermos durante la segunda mitad del siglo XVIII y principios del siglo XIX. Analiza la concepción médica y religiosa novohispana de la lepra, a partir de dos hechos históricos: la exhumación de un enfermo de lepra, y epidemias acaecidas en Oaxaca durante los años 1766 y 1788.¹¹

Asimismo, examina las ideas del contagio, herencia, condición incurable y visión repulsiva de la lepra, como elementos que constituyeron un factor para que las autoridades determinaran que la lepra era una enfermedad peligrosa. Por otra parte, aborda las medidas sanitarias que el Protomedicato impuso para evitar el contagio hacia los sanos. Estudia el proceso de internamiento y la resistencia de los enfermos, una vez que eran reclusos en el Hospital de San Lázaro. Finalmente, analiza la vida cotidiana del leprosario y los medios de los que dispuso el hospital para atender satisfactoriamente a los enfermos.

En la historiografía latinoamericana destaca el trabajo de la historiadora Diana Obregón, *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y ciencia en Colombia*. En este libro, Obregón analiza el problema sanitario de la enfermedad en la sociedad colombiana, así como la consolidación de la Dermatología como especialidad médica y el desarrollo institucional de los organismos encargados de la salud pública. Examina las relaciones sociales de los actores involucrados en el problema de la lepra: enfermos, médicos, Estado y sociedad. Explica, también, las medidas sanitarias que la profesión médica estableció para tratar de erradicar la enfermedad, y señala las disputas de poder entre médicos y Estado para intentar controlarla.¹²

Otro trabajo que merece particular atención, es la tesis de maestría en Historia de la ciencia y de la salud de Vivían da Silva Cunha, titulada *O isolamento*

¹¹ Sánchez, *Entre*, 2009.

¹² Obregón, *Batallas*, 2002.

compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). Este trabajo analiza las políticas de salud contra la lepra llevadas a cabo en Brasil. Se centra en el tema del aislamiento de los enfermos dentro de leprosarios, como medida sanitaria autoritaria para tratar de alejar la enfermedad y a los enfermos de los centros urbanos brasileños. Vivían da Silva divide su estudio en dos periodos: el primero de 1920 a 1930, en el cual comenzó la reglamentación sanitaria contra la lepra y fue creada la Oficina de Profilaxis de la Lepra y Enfermedades Venéreas en Brasil; y el segundo, que abarca los años de 1930 a 1941, en el que se dio la consolidación de la Campaña contra la Lepra, y la creación e instalación de leproserías en el territorio brasileño. En ambos periodos, Da Silva analiza el problema del estigma que los enfermos enfrentaban en la sociedad, el imaginario popular que se construía en torno a ellos y las resistencias de los enfermos ante el aislamiento realizado por el Estado y las autoridades médicas.¹³

Dentro de la historiografía argentina, cabe mencionar los artículos de Irene Molinari, *Los desheredados de la vida: el primer sanatorio-colonia de lepra*, y de Marisa Miranda y Gustavo Vallejo titulado, *Formas de aislamiento físico y simbólico: la lepra, sus espacios de reclusión y el discurso médico-legal en Argentina*.¹⁴ En cuanto al primero, Molinari estudia la política del aislamiento de los leprosos, impulsada por autoridades médicas y legisladores, en la provincia de Corrientes y el Chaco, durante la segunda década del siglo XX. Asimismo, aborda el proyecto de Ley de Profilaxis y Tratamiento de la Lepra en Argentina, y las dificultades que el gobierno enfrentó para habilitar una leprosería en la Isla del Cerrito de Corrientes. Por otra parte, analiza los miedos de los pobladores y la resistencia que éstos opusieron a la construcción de dicho asilo.

Miranda y Vallejo, por su parte, abordan el tema de la segregación de los “leprosos” durante la primera mitad del siglo XX en Argentina. Destacan el papel que desempeñó la eugenesia en la aprobación de la Ley de Profilaxis de la Lepra y en el establecimiento de medidas preventivas para combatir la enfermedad. Analizan, particularmente, el discurso médico y legal que las autoridades

¹³ Da Silva, *O isolamento*, 2005.

¹⁴ Delfina, *Los desheredados*, 2005; Miranda y Vallejo, “Formas”, 2008.

sanitarias argentinas adoptaron para restringir los derechos de los enfermos de lepra.

Mi tesis intenta contribuir al estudio histórico de la lepra en México a partir de la Historia de la salud pública, que de acuerdo con el historiador Diego Armus, es aquella que “destaca la dimensión política, dirige su mirada al poder [...] al Estado y a la profesión médica. Es en gran medida, una Historia atenta a las relaciones entre las instituciones de salud y las estructuras económicas, sociales y políticas”.¹⁵ La Historia de la salud pública enfatiza las políticas y acciones emprendidas por el Estado, la sociedad y los médicos para “preservar o restaurar” la salud colectiva, y se preocupa por los factores políticos, económicos, culturales, científicos y tecnológicos que influyen sobre éstas.¹⁶

Esta investigación aborda los alcances y límites de la Campaña contra la Lepra emprendida por el Estado mexicano y la profesión médica de 1930 a 1946, para encontrar tratamientos capaces de detener la evolución de la enfermedad en los pacientes, y evitar la transmisión de la enfermedad y la extensión de la epidemia, es decir, para resolver el problema sanitario de la lepra. Asimismo, analiza las medidas sanitarias aprobadas por el Estado y las autoridades sanitarias para erradicar la lepra de México, e intenta identificar la relación de dicha Campaña con los proyectos de salud pública puestos en marcha en esos años. También, aborda la participación de los diferentes actores sociales, grupos e instituciones involucrados en el desarrollo de la Campaña.

La delimitación temporal obedece a hechos significativos: la promulgación del Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra y la instauración de la Campaña en 1930, con los cuales inició propiamente la lucha organizada contra el padecimiento, y el Congreso Panamericano de la Lepra de 1946, en el que se dio a conocer una terapéutica capaz de curar la lepra, lo que influyó en una nueva clasificación de los enfermos y en modificaciones a la legislación sanitaria en general y el aislamiento de los enfermos en particular.

La investigación pretendió resolver los siguientes problemas: ¿por qué las autoridades sanitarias y el gobierno decidieron que el aislamiento obligatorio de

¹⁵ Armus, “Legados” 2005, p. 15.

¹⁶ *Ibid.*

los enfermos de lepra era una medida profiláctica primordial?, ¿por qué promovieron la construcción de dispensarios y de una leprosería para segregar dentro de ella a los enfermos?, ¿contribuyó esta segregación de los enfermos a detener la propagación de la lepra?, ¿cuáles tratamientos se ensayaron en México para curar la lepra? y ¿cuáles fueron los riesgos que enfrentaron los enfermos con este ensayo de medicamentos?, ¿aceptaron los enfermos las medidas sanitarias u opusieron resistencia a ellas?

Una de las hipótesis de mi trabajo es que la creación de la leprosería de Zoquiapan y la segregación obligatoria de los enfermos de lepra y sus contactos, dictada a partir del Reglamento Federal de Profilaxis, obedeció al profundo desconocimiento que los médicos tenían de la enfermedad de Hansen. Entre otros aspectos, se debió a su incapacidad para distinguir las formas benignas de las malignas de la lepra, así como a la falta de un tratamiento específico, por lo que veían al aislamiento como el instrumento para evitar la propagación de la enfermedad. Otra es que el Servicio de Profilaxis contra la Lepra, con la ayuda de la prensa, sembró en la población un miedo infundado hacia los enfermos, lo que, a su vez, provocó una presión social sobre las autoridades responsables de la Campaña, para demandarles que se impidiera a los enfermos de lepra deambular libremente por la ciudad.

Aunque no he dejado de lado las fuentes secundarias, la investigación se basa fundamentalmente en fuentes primarias: de archivo y hemerográficas. En lo que respecta a la información de archivo, este trabajo utiliza documentación del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA) y del Archivo del Hospital General "Dr. Pedro López" de Zoquiapan (HPLZ). En el primero, revisé documentos referentes a los reglamentos, acuerdos presidenciales, y disposiciones sanitarias contra la lepra; mientras que en el Archivo del Hospital General de Zoquiapan, consulté fichas de ingreso y expedientes clínicos de los enfermos, para intentar reconstruir, de manera sucinta, la vida institucional del leproserio y la cotidiana de los enfermos. Por lo que toca a las fuentes hemerográficas, recurrí por un lado a textos médicos relacionados con los tratamientos, los censos epidemiológicos levantados de 1930 a 1946, y la crítica a

la reglamentación sanitaria de la lepra, y por el otro a artículos en que la prensa escrita de la época daba cuenta del problema de la lepra en México.

Para comprender el origen y desarrollo de las políticas sanitarias contra la lepra en el país, la investigación está articulada en cuatro capítulos y un epílogo. El primero de ellos trata sobre las medidas preventivas adoptadas por las autoridades sanitarias a partir del Reglamento Federal contra la Lepra. Narra y pone en contexto el desarrollo de la promulgación del mismo y la instauración de la Campaña. Aborda los censos epidemiológicos de la lepra y las medidas sanitarias planteadas por el reglamento para controlar y evitar la propagación de esta enfermedad.

El segundo capítulo analiza el papel que desempeñaron los dispensarios antileprosos en el control de la lepra. Enfatiza el aislamiento, promovido en los congresos internacionales y nacionales, y puesto en vigor en el país, con el que se pretendía evitar que los enfermos de lepra deambularan libremente entre el resto de los miembros de la sociedad.

El tercer capítulo se centra en la historia del leprosario de Zoquiapan y en las acciones emprendidas por esta institución para aliviar la situación de los enfermos recluidos en él. Intenta destacar la vida cotidiana de éstos dentro del asilo, y las ocupaciones y trabajos que ellos desempeñaban para mitigar el tiempo de su reclusión. También, analiza los problemas que las autoridades administrativas del mismo enfrentaron para que el aislamiento brindara resultados profilácticos y mejorara la vida de los enfermos.

El cuarto capítulo menciona algunos de los tratamientos ensayados en pacientes de lepra para curar su padecimiento. Aborda la preocupación de los médicos por encontrar un tratamiento efectivo, el ensayo de ciertos fármacos, lo peligroso y poco benéfico de algunos de éstos y, a causa de ello, el rechazo por parte de los enfermos para aceptar el tratamiento forzoso.

Por último, la investigación cierra con un epílogo, el cual analiza las medidas sanitarias para combatir a la lepra, propuestas en el Congreso Panamericano de la Lepra, celebrado en Brasil, en 1946. Este apartado, aborda la participación de la delegación mexicana en dicho Congreso, da cuenta de la crítica

y reformas a la Campaña contra la Lepra, propuestas por los dermatólogos José Barba Rubio y José Perches Franco, y concluye con un balance de las principales deficiencias de la Campaña a lo largo de dieciséis años.

I. LEGISLACIÓN Y CONTROL SANITARIO. LA CREACIÓN DEL SERVICIO FEDERAL DE PROFILAXIS CONTRA LA LEPROSIA

Salud Pública durante la posrevolución

Cuando en noviembre de 1924 el general Plutarco Elías Calles asumió la presidencia de la República, México aún enfrentaba una crisis política y económica como producto de la cruenta guerra civil iniciada en 1910. Ante estas circunstancias, Calles procedió a complacer los reclamos agrarios de los grupos revolucionarios, apoyando el desarrollo de la pequeña y mediana propiedad. Asimismo, reactivó la recuperación de la agricultura y la minería, y trató de asegurar el desarrollo económico, creando instituciones como el Banco de México y el Banco de Crédito Agrícola y Ganadero.¹ Posteriormente inició un programa de construcción de carreteras y obras de irrigación. Como resultado de estas iniciativas, Calles logró elevar los niveles de producción tanto minera como industrial, repartir más de 3 millones de hectáreas a los grupos campesinos, acelerar el crecimiento del producto interno bruto (PIB),² e intervenir activamente en los problemas sanitarios. En general, durante su gobierno, el país alcanzó un precario desarrollo económico, pero no su pacificación, porque Calles entró en conflicto con la Iglesia católica y el país se sumió nuevamente en una crisis con el asesinato de Álvaro Obregón, justo después de que éste resultara por segunda vez presidente electo para el periodo 1928-1934.³

Otra crisis que el gobierno callista tuvo que enfrentar fue la sanitaria. Durante los primeros meses de 1925, Calles emitió un reglamento del Departamento de Salubridad Pública, para organizar servicios sanitarios en los puertos, las fronteras y en cada uno de los estados; de tal manera que sus

¹ Garciadiego, "La revolución", 2004, p. 258-259.

² Meyer, "La institucionalización", 2002, p. 835-838.

³ Bazant, "Las reformas", 1984, p. 141-168. Hacia finales de 1926, el Congreso modificó la Constitución para permitir que Obregón –quien había ocupado ya la presidencia de la República durante el periodo 1920-1924–, aspirara a la reelección. A esta enmienda se sumó una más, en enero de 1928, la cual aumentó el periodo presidencial de cuatro a seis años. Obregón no ocupó la presidencia; sin embargo, con estas modificaciones constitucionales quedaba claro que Obregón buscaba prolongar su estancia en el poder, como años antes lo había logrado Porfirio Díaz.

funciones abarcaran todas las materias relacionadas con la salubridad pública.⁴ Entre 1924 y 1928, el Estado tuvo una importante intervención en el campo de la salud y organizó campañas contra diversas epidemias y endemias. Para enfrentar epidemias de viruela, por ejemplo, el DSP envió brigadas de médicos y enfermeras a los principales estados afectados, cuya función era vacunar y revacunar a las personas de manera obligatoria.⁵

Hacia 1926, el gobierno promulgó un nuevo Código Sanitario que resultó trascendente por el desarrollo de estrategias y medidas de salubridad que debían tomar las instituciones y autoridades sanitarias, federales y municipales. En dicho Código, quedaron delimitadas las funciones que debían prestar los servicios de sanidad marítima y aérea, de migración y de sanidad federal en los Estados. El Código Sanitario ratificó la autoridad que tenía el Congreso para dictar leyes sobre salubridad general en la República, y la capacidad de sancionar a quienes se opusieran al cumplimiento de los mandatos sanitarios. De igual forma, otorgó a las autoridades locales la capacidad para emitir leyes sanitarias dentro de sus jurisdicciones, siempre y cuando no se refirieran a asuntos de orden federal y estuvieran aprobadas por el Consejo de Salubridad General (CSG), órgano consultor del DSP.⁶ Asimismo, el Código Sanitario estableció la colaboración que las autoridades locales y su cuerpo médico debían prestar a las delegaciones federales en caso de una emergencia sanitaria.

En lo tocante a la prostitución y el alcoholismo, actividades que a decir de los médicos de la época, afectaban la moral, el orden público y el desarrollo de los individuos y la vida social, el Código Sanitario dispuso su control. En el primer caso, el DSP quedó obligado a vigilar el estado de salud de quienes ejercían el oficio de la prostitución, con el fin de evitar cualquier enfermedad venérea. En cuanto al alcoholismo, el Código Sanitario estableció el cuidado y prohibición –en

⁴ Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia*, 1960, p. 209-216; Martínez y Martínez, *Del Consejo*, 2000, p. 371-374.

⁵ Carrillo, "Surgimiento", 2002, p. 36-37.

⁶ *Ibid.*, p. 37-38. El CSG funcionó como un órgano donde se discutían, dictaminaban y reglamentaban los asuntos de salubridad pública del país. Sin embargo, a pesar de que éste contaba con un reglamento interno propio, su relación con el Departamento de Salubridad siempre fue directa puesto que su presidente, secretario y vocales eran al mismo tiempo miembros del DSP. Ver, Martínez y Martínez, *Del Consejo*, 2000, p. 384-387.

su debido caso— de la venta de bebidas alcohólicas.⁷ Con respecto a los productos medicinales y drogas enervantes en general, el Código Sanitario asignó al CSG su regulación y las medidas que debían tomarse en su comercio, fabricación, elaboración, almacenamiento y uso.⁸

De acuerdo con Alan Knight, el proyecto callista de modernizar al país estaba basado en un “liberalismo desarrollista”, el cual trató de erradicar vicios y hábitos que “degeneraran a la raza”; de allí que el Estado emprendiera programas higiénicos.⁹ Entre 1924 y 1930, el DSP y la Secretaría de Educación Pública (SEP) impulsaron conjuntamente conferencias y programas de radio relacionados con la higiene escolar y del hogar. Aunque los programas iban dirigidos en gran medida al cuidado infantil e impartían lecciones acerca de la manera en que se podían evitar hábitos nocivos para la salud, con frecuencia el DSP aprovechaba la oportunidad para dirigirse al mismo tiempo a los adultos, e invitarlos a seguir las recomendaciones higiénicas difundidas en estos programas.¹⁰

En un esfuerzo para hacer llegar a toda la población información sobre la manera de evitar las enfermedades transmisibles, el Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas del DSP se dio a la tarea de distribuir folletos sobre la gripe, la tuberculosis, la viruela y la importancia de vacunarse contra ésta; y publicaba diariamente dentro de los periódicos aforismos de enseñanza higiénica.¹¹ El gobierno de Calles fue un periodo de estructuración no sólo política y económica, sino también sanitaria, que procuró conservar y proteger la salud individual y

⁷ Cabe señalar que como complemento a la reglamentación de la prostitución, en este mismo año de 1926, fue promulgado un reglamento sobre el comercio sexual. De acuerdo con él, quienes ejercían la prostitución debían estar inscritas en la Inspección de Sanidad y ser examinadas de manera gratuita semanalmente. Estableció además, que quedaba prohibido ejercer el comercio sexual para aquellas personas que padecieran una enfermedad venérea o mental. Con este mismo objetivo, de vigilancia y combate contra las enfermedades venéreas, se introdujo el examen médico prenupcial como requisito para contraer matrimonio. Carrillo, “Surgimiento”, p. 38-39.

⁸ Martínez y Martínez, *Del Consejo*, 2000, p. 377-381.

⁹ Citado por Urías, *Historias*, 2007, p. 107.

¹⁰ De acuerdo con el historiador Ernesto Aréchiga, durante el año 1927 se transmitieron aproximadamente 143 conferencias radiofónicas con el tema de la higiene, de las cuales 24 corrieron a cargo de la SEP; 107, a cargo del DSP y 12, a cargo de la Universidad Nacional. Afirma, asimismo, que el Departamento impulsó campañas de salubridad en colaboración con empresas privadas como Nestlé o Palmolive, las cuales apoyaban el financiamiento de alguna campaña que tuviera que ver con hábitos de aseo personal o de alimentación infantil. Ver, Aréchiga, “Educación”, 2007, p. 70-86.

¹¹ Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia*, 1960, p. 232.

colectiva, y que desarrolló con firmeza una organización jurídica, administrativa e institucional en torno a la salud pública. Sin embargo, cabe aclarar que aunque durante estos años el DSP logró enfrentar algunos problemas sanitarios, el país continuó amenazado por las enfermedades transmisibles.

El primer censo de lepra de 1927

Según datos del propio Departamento, las principales causas de mortalidad en el país, durante la década de 1920 y principios de la de 1930, eran la neumonía, la diarrea, el sarampión, la tos ferina, la viruela y el paludismo. Otras enfermedades como el bocio, la oncocercosis, el mal de pinto y la lepra, a pesar de no figurar entre las enfermedades con mayores índices de mortandad, eran tenidas a decir de Miguel E. Bustamante como: “[...] males que estorban o impiden el progreso esclavizando al hombre en forma lenta y constante”.¹² La lepra que hasta entonces había sido marginal en las actividades sanitarias, pasó a ocupar desde mediados de la década de 1920 un lugar importante en las políticas de control de las enfermedades transmisibles; en gran medida porque se consideraba que ésta era altamente contagiosa.

En 1922 el dermatólogo Ricardo E. Cicero consideró que el DSP debía recolectar estadísticas de lepra a nivel nacional, como medida para iniciar la profilaxis de la misma. Sugirió que, en vista de que la lepra era una enfermedad “sumamente contagiosa y peligrosa”, los enfermos debían ser aislados en salas anexas a los hospitales o en su domicilio, mientras el DSP construía establecimientos especiales para aislar y tratar a estos enfermos, en los principales estados afectados por la lepra.¹³

Los médicos José de Jesús González y Manuel González Rivera coincidían en la necesidad de levantar un censo que permitiera conocer la distribución geográfica de la endemia de la lepra, la clasificación de los enfermos descubiertos y las condiciones económicas de éstos. Proponían repartir volantes al público con información acerca de la lepra, para que de esta manera la población quedara enterada sobre la enfermedad. En opinión de González Rivera, debido a la falta de

¹² Bustamante, *La coordinación*, 1934, p. 23.

¹³ Citado por González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 460-463.

un medicamento específico capaz de curar la lepra, el DSP debía desarrollar una campaña preventiva repartiendo folletos ilustrados, acerca de las causas de la enfermedad y las precauciones que la población debía tomar para no contraerla.¹⁴

Hacia 1925, por iniciativa de los doctores Bernardo J. Gastélum, jefe del DSP, y Roberto Medellín, secretario del mismo, fue designado director del Instituto de Higiene el dermatólogo Jesús González Urueña¹⁵. A decir del propio González Urueña, el nombramiento no fue del todo acertado porque él ignoraba muchos asuntos inherentes a la institución, de tal forma que tuvo que aprender a valerse de los técnicos y encargados de las secciones del Instituto, para poder llevar a cabo su trabajo.¹⁶

Al inicio de su gestión (1 de enero de 1925 - 20 de enero de 1927), González Urueña constató una desorganización y un inadecuado establecimiento, con oficinas estrechas, “destartaladas” y viejas, y en un estado antihigiénico. Por ello, inmediatamente después de su designación como director, impulsó la construcción de un nuevo edificio para el Instituto. La realización del proyecto quedó a cargo del ingeniero Joaquín Segura Gutiérrez, a quien se le comisionó el estudio de establecimientos similares en Estados Unidos, como el de Parke Davis y el Departamento de Salubridad de Nueva York, con el fin de que diera a conocer los detalles constructivos de los mismos.¹⁷

A su regreso de Estados Unidos, dichos informes fueron recogidos por el arquitecto José Villagrán García, quien con la colaboración del doctor José Zozaya inició la construcción del nuevo Instituto y sus pabellones.¹⁸ Con un costo aproximado de \$600.000 pesos, se edificaron diecinueve pabellones, los cuales

¹⁴ *Ibid.*, p. 465-470.

¹⁵ Nacido en la ciudad de Morelia en 1869, cursó sus estudios preparatorios y profesionales en la Escuela de San Nicolás de Hidalgo, en Morelia, y en la Escuela Nacional de Medicina, en la ciudad de México. En el periodo comprendido entre 1899 y 1914, fue inspector sanitario del entonces Consejo Superior de Salubridad. Es considerado el iniciador de la Campaña sanitaria contra la propagación de la Sífilis y Enfermedades Venéreas, después de que en 1907 promoviera ante la Academia Nacional de Medicina, mediante su trabajo titulado “Sífilis hereditaria tardía”, una inmediata obra de profilaxis contra esta enfermedad. Desde 1915 hasta 1928 impartió las cátedras de Patología Médica y Patología General; sin embargo, fue en la enseñanza de la Dermatología donde desarrolló mayores actividades. Ver, González Urueña, *Memorias*, 1947; Latapí, “Dr. don Jesús”, 1943, p. 88-91; Quiñonez, “El Dr. González”, 1943, p. 96- 98.

¹⁶ González Urueña, “Mi actuación”, 1943, p. 99.

¹⁷ González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 326-327.

¹⁸ *Ibid.*, p. 327.

comprendían un pabellón de sueros en el que quedó instalada una biblioteca, un laboratorio de control bacteriológico, un laboratorio de investigación para extranjeros distinguidos y una sala de operaciones para animales. De igual forma, se construyó un pabellón de vacunas contra la viruela, el cual albergó un departamento para envasar y empacar los productos, para fabricar ampollitas y para preparar las vacunas. Se edificó, además, un pabellón de Anatomía Patológica que contó con dos laboratorios, y por último, se construyó un pabellón de administración que comprendió la Dirección, la Secretaría y el Archivo, además de un gabinete fotográfico, dos laboratorios de Parasitología y una sección de Bacteriología.¹⁹

En 1927 se inauguró oficialmente el nuevo Instituto, el cual –bajo el impulso del dermatólogo González Urueña– hizo posible el estudio científico de problemas sanitarios, preparó sueros para combatir la escarlatina y la difteria, y organizó la Campaña contra el Paludismo.²⁰ Por otra parte, permitió levantar un primer censo de la lepra en toda la República Mexicana. En opinión del doctor Zozaya, los estudios que realizaba la Sección de Estadística sobre mortalidad en el Distrito Federal eran importantes pero no progresaban de manera adecuada, en gran medida por la falta de cooperación de otras oficinas. En 1925, poco después de la designación de González Urueña como director del Instituto de Higiene, el doctor Zozaya determinó que la Sección de Estadística se incorporaría al DSP. En ese momento, González Urueña encomendó al mismo Zozaya la realización de un censo de la lepra, el cual habría de ser el punto de partida para la profilaxis de dicha enfermedad. Cabe destacar que el problema de la lepra había sido abordado en años anteriores por un grupo de médicos, quienes reconocían la necesidad de conocer a ciencia cierta la patogenia de la enfermedad, pero sobre todo de tomar medidas profilácticas por el riesgo que representaban para la sociedad los enfermos de lepra.²¹

¹⁹ *Ibid.*, p. 328-329.

²⁰ *Ibid.*, p. 329.

²¹ Entre los médicos que abordaron, durante el siglo XIX, el problema de la patogenia de la lepra y las medidas profilácticas, se encuentran: Reyes, "Estudio", 1878, p. 325-334; Martínez, *La historia*, 1891; González, *Contribución*, 1897. Con respecto al siglo XX, ver: Ruiz, "Memoria", 1906, p. 261-

Así, apoyado González Urueña en la idea de que una campaña profiláctica contra la lepra sólo podría brindar resultados si las autoridades sanitarias conocían el número de enfermos, su distribución y condición social, se dio a la tarea de redactar y distribuir circulares entre las autoridades médicas, en las que señaló la importancia del censo y explicó algunas consideraciones generales acerca de la lepra: su posible modo de transmisión, sus manifestaciones clínicas y los diversos tipos de lepra que había.

De igual forma, solicitó a todos los gobernadores de los estados y a los presidentes municipales que enviaran una lista de los médicos residentes en cada una de sus respectivas jurisdicciones, así como de los hospitales existentes tanto civiles como militares, con el propósito de pedirles información que pudiera ser integrada al censo de la lepra. Con un fin idéntico, solicitó que cada estado indagara en los establecimientos escolares, asilos, correccionales, consultorios de beneficencia y sanatorios, sobre casos del padecimiento.²² De acuerdo con Jesús González Urueña, hubo presidentes municipales que se mostraron renuentes a contestar y enviar los informes solicitados por la Sección de Estadística, situación que obligó el recurrir a la influencia de los gobernadores de los estados, para que aquéllos rindieran y contestaran debidamente los informes de las condiciones higiénicas en que vivían sus pobladores.²³

El censo de la lepra concluyó en enero de 1927, una vez obtenidas las respuestas de las circulares y de los cuestionarios enviados por la Sección de Estadística. En este primer censo de la lepra, se registró un total de 1,450 enfermos, distribuidos en todos los estados del país, a excepción de Tlaxcala que en ese momento reportó estar libre de lepra. Los estados con mayor número de casos fueron, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, Sinaloa y el Distrito Federal; éste último era considerado una región endémica, a pesar de que la mayoría de enfermos registrados provenían de otras entidades del país (véase cuadro 1).²⁴ Los resultados del censo se presentaron por estados y se incluyó información

290; Hurtado, "Herencia", 1906, p. 203-214; Otero, "Apuntes", 1914, p. 113-124; González Urueña, "Un caso", 1913, p. 452-455.

²² Departamento de Salubridad Pública, *Primer*, 1927, p. 1.

²³ *Ibid.*, p. 2.

²⁴ *Ibid.*, p. 3.

sobre la división territorial de los municipios, el número de habitantes de cada entidad, el número de médicos titulados, y el número de enfermos descubiertos, con sus respectivas edades y formas de la enfermedad.

Cuadro 1. Censo de 1927: número de enfermos por entidad federativa

Entidad	Número de enfermos
Jalisco	237
Distrito Federal	225
Michoacán	165
Sinaloa	144
Guanajuato	130
Yucatán	79
Coahuila	74
Guerrero	69
Veracruz	42
Sonora	28
Querétaro	24
Durango	24
Zacatecas	23
Nuevo León	22
Chiapas	18
Baja California	18
Tamaulipas	17
Puebla	17
San Luis Potosí	16
Nayarit	15
Chihuahua	15
Colima	15
Campeche	9
México	8
Aguascalientes	8
Oaxaca	5
Quintana Roo	4
Morelos	4
Hidalgo	3
Tabasco	2
Tlaxcala	0
Total	1450

Fuente: Jesús González Urueña, *La lepra en México*, Buenos Aires, El Ateneo, 1941.

Aunque sólo había sido posible levantar el censo en 433 municipalidades, de un total de 2,272 que había en la República; éste permitió hacer una aproximación a la enfermedad: su distribución por edad, sexo y profesiones, así como la relación de los enfermos con el medio que los rodeaba. Desde el punto de vista epidemiológico, el censo fue trascendente ya que por primera vez las autoridades sanitarias habían logrado recolectar de forma sistemática, clasificada y ordenada datos referentes a la situación de la lepra en el país.²⁵ Reveló también, que la mayoría de los 1,450 enfermos descubiertos entre los 15.151,695 habitantes que en ese momento tenía el país, vivía en condiciones de aglomeración, suciedad y miseria, y únicamente 344 tenían buenas condiciones de higiene; también que 503 enfermos presentaban lesiones abiertas, mientras que el resto carecía de ellas.

Por otra parte, la enfermedad era más frecuente en el sexo masculino, pero sobre todo, afectaba a jóvenes de 20 a 29 años de edad, seguidos de personas que rebasaban los 40 años, y en menor número de niños (véase cuadro 3). De acuerdo con el censo, la mayoría de estos enfermos eran personas dedicadas al trabajo en el campo y a los quehaceres domésticos (véase cuadro 2).

Cuadro 2. Oficios y ocupaciones de los enfermos en el censo de 1927

Oficios	Número de enfermos	Oficios	Número de enfermos
Ignorados	585	Campeños	165
Quehaceres domésticos	113	Jubilados	97
Agricultores	70	Ninguno	65
Comerciante	42	Labradores	41
Domésticas	38	Mendigos	26
Obreros	15	Oficinistas	12
Calcinadores	12	Carpinteros	11
Zapateros	10	Militares	10
Ganaderos	9	Tejedores	8
Profesores	6	Lavaderos	4
Costureras	4	Mineros	4
Vendedores	4	Albañiles	4

Fuente: Jesús González Urueña, *La lepra en México*, Buenos Aires, El Ateneo, 1941.

²⁵ Svarch, "Aplicación", 2002, p. 15-16. En relación con los métodos de la Epidemiología ver, Ahlbom y Norell, *Fundamentos*, 1992; San Martín, *Salud*, 1975.

Cuadro 3. Enfermos de lepra por grupo de edad

Edad	Número de enfermos
0-9 años	18
10-19 años	65
20-29 años	352
30-39 años	214
40-49 años	312
Más de 50 años	158
Edad ignorada	331
Total	1450

Fuente: Jesús González Urueña, *La lepra en México*, Buenos Aires, El Ateneo, 1941.

Aunque el censo demostró en cifras la importancia de contar con un programa de profilaxis para combatir la lepra y para responder a un problema de salud pública; las autoridades enfrentaron algunas limitaciones para poder realizar la estadística de los enfermos que había en el país: por un lado, la apatía de los médicos para cooperar y enviar los datos que se les solicitaban, y por otro, el problema de la incomunicabilidad y lejanía de los municipios, para levantar dicho censo.

La promulgación del Reglamento Federal contra la Lepra

En 1929 el doctor Aquilino Villanueva, jefe del DSP, reconoció lo trascendente que había sido el censo para la salubridad pública, y nombró una comisión médico-jurídica con la intención de que ésta redactase un proyecto de reglamento para atender el problema de la lepra. Dicha comisión quedó integrada por los doctores Manuel Gea González y Jesús González Urueña, y por el licenciado Enrique Monterrubio,²⁶ quienes con los datos procedentes del censo, comenzaron a redactar un reglamento cuya prioridad fue precaver a la sociedad contra la lepra. Aunque no estaba demostrado científicamente el mecanismo de transmisión de

²⁶ González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 337.

ésta, ellos aseguraban que la enfermedad era sumamente contagiosa y que representaba una amenaza a la salud colectiva.²⁷ En una primera versión del proyecto de reglamento, consignaron el número de enfermos de lepra que había en el país, los estados con mayor número de éstos, así como el tipo de profesión y oficio que desempeñaba la mayoría de enfermos. Ahí, señalaron al aislamiento como el único método para evitar la propagación de la lepra. De acuerdo con el doctor González Urueña:

El aislamiento y tratamiento obligatorio de los leprosos son condiciones que nunca podrían faltar en un Reglamento de esta índole; pero el primero se ha establecido mitigado, permitiendo a ciertos leprosos aislarse a domicilio, cuando sus circunstancias sociales lo consientan.²⁸

Por otra parte, subrayaron que el Estado quedaba obligado a asilar de forma involuntaria dentro de los dispensarios a los enfermos indigentes o de escasos recursos, pero, sobre todo, a prohibir el matrimonio entre éstos, y la convivencia con sus hijos, quienes debían ser separados de sus padres y estar aislados en dispensarios especiales.²⁹ En la segunda revisión, no sólo quedó asentado lo antes descrito, sino que además se justificó el papel de los dispensarios y leproserías que, “como centros de reclusión”, eran indispensables para la lucha contra la lepra.

A ellos quedó encomendada la labor de aislamiento, clasificación y tratamiento. En opinión de Jesús González Urueña, los leproarios debían fungir

²⁷ Con frecuencia, cuando se establece una política sanitaria o cuando se organiza un programa de salud, los encargados de su realización toman en cuenta todas las posibles y variadas influencias que intervienen o ponen en riesgo la salud tanto del individuo enfermo como de la sociedad; esto es con la finalidad de reducir la incertidumbre en la toma de decisiones para establecer medidas de precaución. Cuando no existen las evidencias de riesgo, pero hay indicios de efectos perjudiciales, se instauran de manera anticipada medidas de precaución para evitar un daño de magnitud. Dentro de la salud pública, estos sistemas de decisión-control se conocen como “principios de precaución”. Ver, Editorial, “El principio”, 2002, p. 371-373; Martínez, “De la información”, 2000, p. 81-85; San Martín, *Salud*, 1975.

²⁸ “Proyecto de Reglamento Nacional de Profilaxis de la Lepra presentado por el Dr. Jesús González Urueña”, AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 9, exp. 9, 232 fs., 1927-1928.

²⁹ *Ibid.*

como centros de aislamiento, mientras que los dispensarios habrían de encargarse de diagnosticar la enfermedad, determinar qué tipo de aislamiento correspondía a los enfermos, ejercer sobre ellos vigilancia sanitaria, hacer una investigación de las condiciones sociales en que vivían e impartirles educación higiénica.³⁰ De manera semejante, se describió la necesidad de contar con asilos para niños separados de sus padres enfermos, que fueran capaces de brindarles sostenimiento, educación y oportunidades de convivencia.

El proyecto fue sometido a aprobación del Consejo de Salubridad General y del jefe del DSP. Durante las sesiones, algunos médicos estuvieron de acuerdo con González Urueña en que el aislamiento era uno de los principales métodos para resolver el peligro que representaban para la sociedad los enfermos de lepra; sin embargo, otros cuestionaron el proyecto de Reglamento por lo drástico e impositivo que resultaba. Tal fue el caso de los doctores Eliseo Ramírez, Ángel de la Garza Brito e Ignacio Chávez. Este último, en plena sesión de lectura y discusión del Reglamento, impugnó los artículos referentes a la organización de la Campaña. Señaló que la reglamentación era excesiva y minuciosamente detallada, que había peligro de que el proyecto quedara sólo como letra muerta, y que veía absolutamente innecesaria la formación de juntas municipales y locales en lugares donde no había médico o en donde no existía la enfermedad.³¹

En cuanto al aislamiento y tratamiento a que debían someterse los enfermos, opinó que en vista de lo peligrosos que resultaban para la sociedad los enfermos de lepra, éstos debían ser aislados; pero que el ser o no tratados debía quedar a su propia voluntad, pues de obligarlos se les convertiría en un instrumento de experiencia de laboratorio, puesto que ninguno de los tratamientos ensayados hasta entonces curaba la lepra.³² A pesar de las opiniones en contra

³⁰ *Ibid.*

³¹ "Lectura y discusión del Proyecto de Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra", AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 9, exp. 9, 232 fs., 1927-1928.

³² *Ibid.* Es probable que el aislamiento no respondiera únicamente al peligro del contagio, sino también a la impresión que generaban en el público los enfermos de lepra, al descubrir sus rostros deformes o cuerpos con llagas. Es importante recordar que desde la Edad Media el procedimiento de la exclusión y del aislamiento se instauraba cuando no se poseían medios de curación o cuando el horror que generaban los "leprosos" con sus deformidades, ponían en cuestión la normalidad y el orden. De ahí, que su aislamiento estuviera vinculado y determinado no por el simple hecho de curarlos, sino por el del "espectáculo" que generaban. Ver, Clavreul, *El orden*, 1978.

que algunos médicos exteriorizaron en la discusión del proyecto, éste no fue modificado en lo más mínimo, y el presidente de la República Emilio Portes Gil expidió el 6 de enero de 1930 el primer Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra y fundó, dentro del DSP, el Servicio Federal de Profilaxis contra la Lepra.³³ En dicho Reglamento, el presidente de la República destacó la obligación ineludible del Estado para combatir “una plaga social” como la lepra; peligrosa por su contagiosidad y por representar un problema de integridad colectiva:

[...] es una obligación ineludible de todo gobierno el dictar medidas que tiendan a garantizar de una manera efectiva la salubridad e higiene públicas y, con especialidad, aquellas que se enderezan a combatir plagas sociales que, como la lepra, no sólo representan un grave peligro por estar en la actualidad plenamente demostrada su contagiosidad, sino también un verdadero problema social para cuya solución no debe escatimarse esfuerzo alguno tanto de índole oficial como particular [...].³⁴

La creación del Servicio de Profilaxis contra la Lepra

Constituido el Reglamento por 59 artículos y seis apartados, el primero de éstos estableció las autoridades, funcionarios e instituciones permanentes del Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra. El Reglamento nombró a un jefe que dependía directamente del DSP y a delegados sanitarios. Asimismo, estableció juntas centrales y municipales, y dispensarios antileprosos. Como organismos auxiliares, acordó la cooperación de las instituciones de Beneficencia Pública y Privada, y de las salas especiales establecidas en los hospitales.

Las juntas centrales y municipales, por su parte, debían establecerse en cada entidad federativa del país mediante aprobación del DSP. Cada junta central debía estar conformada por un delegado sanitario federal, por un presidente del Consejo, director o jefe de Salubridad local, y por un médico representante; mientras que las juntas municipales habrían de estar integradas por un funcionario

³³ González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 337-338.

³⁴ “Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra”, AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 17, exp. 16, 139 fs., 1929-1930.

sanitario federal residente de la demarcación, un regidor encargado de la Comisión de Higiene en su respectivo ayuntamiento, un médico de la localidad y un vecino designado por el funcionario sanitario federal.

Dentro de este mismo apartado, el Reglamento estableció que los médicos debían dar aviso a las autoridades o juntas correspondientes de los enfermos de lepra que atendieran. Por su parte, el Servicio de Educación y Propaganda Higiénicas del DSP quedó obligado, como auxiliar del Servicio de Profilaxis, a difundir de manera comprensible el problema social de la lepra, y a fomentar la cooperación que requerían la Campaña, los enfermos y la sociedad en general, para erradicar el padecimiento.³⁵

El segundo apartado del Reglamento anunció el levantamiento de censos quinquenales, así como la obligación de llevar un registro de enfermos de lepra en cada jurisdicción. De acuerdo con este apartado, las juntas centrales y municipales de cada jurisdicción debían levantar cada cinco años un censo de enfermos de lepra, en los cuales tenían que anotarse datos referentes a sus condiciones económico-sociales e higiénicas; es decir, qué cuidados había tenido cada enfermo, qué tipo de lesiones presentaba, qué oficio o profesión desempeñaba, cuántos familiares habían sido infectados y de cuántas piezas se conformaba su vivienda.³⁶

En su tercer apartado, el Reglamento dispuso bajo consentimiento del DSP, establecer dispensarios antileprosos en los lugares que fueran focos de epidemia leprosa. Señaló las atribuciones a que debía sujetarse cada uno de los dispensarios: descubrir, localizar, diagnosticar y clasificar a los enfermos de lepra; y formar un registro en el que quedarán asentadas las condiciones económicas y sociales de cada uno de ellos. Asimismo, señaló, la obligación de los dispensarios de sujetar a inspección y vigilancia sanitaria preventiva a los familiares de los enfermos o personas sospechosas de estar infectadas. Los dispensarios quedaban obligados a realizar esta vigilancia sanitaria preventiva durante un plazo mínimo de cinco años (tiempo durante el cual se debía certificar la indemnidad de las personas, es decir el hecho de que no estaban enfermos de lepra) y a impartir,

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*

en el caso contrario, una educación profiláctica y un tratamiento médico. Este mismo apartado estableció la obligación de toda persona enferma de lepra, a presentarse en los dispensarios, para someterse a exámenes médicos y recibir un tratamiento.³⁷

En su cuarto apartado, el Reglamento determinó el tipo de aislamiento que le correspondía a cada enfermo, de acuerdo con el grado de infección de sus lesiones: a domicilio, en salas especiales establecidas en los hospitales o en leproserías. Para el caso del aislamiento a domicilio, sostuvo como requisito que el enfermo no representara peligro alguno de “contaminación”, contar con los recursos y condiciones suficientes para tratar su enfermedad, y seguir exactamente todas las medidas profilácticas impuestas por el Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra. Los enfermos indigentes o incapaces de tratarse a domicilio debían quedar aislados en dispensarios.

Con respecto a las salas especiales, el Reglamento estableció que éstas se situaran en lugares adecuados, higiénicos y en donde no ofrecieran peligro alguno de contagio. Cada sala especial debía estar conformada por personal técnico especializado en asuntos de leprología, y dividida para tratar a enfermos de lepra del sexo masculino y femenino e incluso para los que padecían alguna otra enfermedad además de lepra.

En cuanto a las leproserías, mandó que éstas fueran ubicadas lejos de los lugares poblados, y organizadas en departamentos: de leprosos curables, septicémicos, inválidos y afectados por otras enfermedades. Estableció, además, que dentro de estos establecimientos sólo podían vivir las personas indispensables para el cuidado de los pacientes. Por lo que tocaba a los enfermos, dichos establecimientos podían, mediante previo estudio, encomendarles ciertos trabajos, siempre y cuando su condición física lo permitiera y su bienestar no fuera afectado por la labor desempeñada. Las leproserías quedaron obligadas a permitir la salida de los pacientes sólo en los casos que comprobaran que llenaban los requisitos indispensables para tratarse a domicilio; cuando se tratara de salidas temporales justificadas y que garantizaran la seguridad, vigilancia y regreso de los

³⁷ *Ibid.*

enfermos por parte de sus familiares; y cuando éstos fueran dados de alta por encontrarse “curados clínicamente”.³⁸

Correspondió al quinto apartado determinar la separación a que debían sujetarse los hijos de padre o madre enfermos de lepra que no presentaran manifestaciones de la enfermedad. Especialmente, debían ser aislados en dispensarios aquellos niños que no tuvieran familiares dispuestos a cuidarlos y a garantizar el cumplimiento de las medidas profilácticas dictadas por el Servicio. El Reglamento enfatizó la obligación de los asilos de brindar los elementos necesarios para la crianza y educación de los niños asilados, así como su vigilancia para que, en caso de que alguno de ellos presentara las manifestaciones de la enfermedad, se procediera a su aislamiento y tratamiento.³⁹

Por último, en su sexto apartado de disposiciones generales, el Reglamento señaló las prohibiciones impuestas a los enfermos: ejercer determinados oficios y ocupaciones como por ejemplo, los de empleado doméstico, nodriza, peluquero, masajista, lavandero, sastre, partero, farmacéutico y prostituta; utilizar vehículos de servicio público, residir en hoteles o casas de huéspedes, beber o comer en fondas y restaurantes, y servirse de baños o peluquerías destinados al servicio público. Prohibió, asimismo, el matrimonio entre enfermos, así como la entrada al país de “extranjeros leprosos”, además de obligar a los inmigrantes sanos, pertenecientes a familias con enfermos de lepra o procedentes de países donde existían “focos leprosos”, a sujetarse a una vigilancia sanitaria y a medidas profilácticas para impedir algún probable contagio.⁴⁰

En general, el Reglamento persiguió por un lado, un sentido normativo y de control basado en la tolerancia; es decir, dio cierta libertad a los enfermos cuyas familias podían garantizar su cuidado higiénico, pero también subrayó la autoridad de la burocracia sanitaria para establecer medidas coercitivas en caso de que las medidas dictadas no fueran acatadas. Se puede apreciar que si el objetivo

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*

expreso era curar a los enfermos de lepra, trataba al mismo tiempo de contenerlos en un espacio alejado, que permitiera lograr la salud y el bienestar social.

La actuación de la Campaña contra la Lepra

Con la promulgación del Reglamento y la fundación del Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra, las autoridades sanitarias comenzaron a planear la creación de establecimientos antileproso, con la finalidad de que ahí fueran aislados y tratados los enfermos descubiertos. Durante el primer año, el Servicio de Profilaxis inició la construcción de dos dispensarios, uno en la ciudad de México y otro en Sinaloa. A la par de estas acciones, el mismo Servicio impulsó una profilaxis preventiva basada en la distribución de propaganda y folletos, en los cuales dio a conocer las principales características de la enfermedad: el agente causal y los síntomas, así como las obligaciones que tendrían las personas en caso de contraer lepra. En una primera etapa, el Servicio distribuyó cerca de dos mil ejemplares del folleto titulado *Lepra*. En él, la describió como una enfermedad crónica, de larga duración y contagiosa. Asimismo aseguró que –por las deformaciones y mutilaciones que producía– era una enfermedad de “horror y sufrimientos, tanto físicos como morales”.⁴¹ Ese mismo año, el Servicio hizo un sobretiro del folleto de veinte mil ejemplares.

Como síntomas y manifestaciones de la enfermedad, el folleto señaló la caída de las cejas, la sensación de sequedad en la nariz, la supresión del sudor y la insensibilidad en algunas partes de la piel. En cuanto a las formas de la lepra, describió tres tipos: manchada, nerviosa y tuberculosa o nodular, de acuerdo con la forma en que aparecía y el grado de lesiones que provocaba.⁴² La primera, la forma manchada, se distinguía por el color rojizo y café que con el tiempo tomaban las lesiones; la forma nerviosa, por su parte, provocaba deformaciones

⁴¹ Departamento de Salubridad Pública, *Lepra*, 1930, [p. 1].

⁴² Durante el siglo XIX esta clasificación fue ampliamente difundida por los médicos noruegos Danielsen y Boeck; sin embargo, a principios de los años treinta del siglo XX comenzó a considerarse obsoleta, en gran parte porque no expresaba en términos generales las características diferenciales entre una y otra forma. Bajo este criterio, a partir de la Leonard Wood Memorial Conference of Leprosy, celebrada en Manila en enero de 1931, comenzó la búsqueda de una nueva clasificación capaz de definir clínica, bacteriológica y evolutivamente los casos de lepra. Véase: Rodríguez, *La lepra*, 1949, p. 31-37.

en el rostro y mutilaciones, al grado de que las manos tomaban el aspecto de una garra; por último, la forma tuberculosa se manifestaba mediante nódulos en la piel, los cuales después de un determinado tiempo desaparecían espontáneamente, se ulceraban y dejaban llagas de larga cicatrización.⁴³

De manera trágica, el folleto señaló que los enfermos de lepra morían: “[...] a pedazos, ciegos, llagosos, supurados, exhalando un olor nauseabundo, indiferentes a todo, diarreicos”.⁴⁴ A ello, le agregaba una muerte cruel y horrible, por la lentitud con que se desenvolvía la lepra en los individuos. Como consejos, el folleto recomendaba a los enfermos que tomaran un baño diario, desinfectaran su ropa hirviéndola en agua, separaran sus objetos y prendas personales de las de sus familiares, quemaran los útiles de curación ocupados en ellos, vivieran aislados en una pieza de su casa, se sujetaran a las medidas profilácticas impuestas por el Reglamento, se sometieran a un tratamiento médico especializado y se abstuvieran de tomar remedios caseros.⁴⁵

El Servicio de Profilaxis consideraba que la lepra, además de ser sumamente contagiosa, era una “terrible calamidad social” puesto que la sociedad se veía expuesta a contraerla al compartir su cotidianeidad con los enfermos que la padecían, fuese en la calle, teatros, peluquerías, tranvías o baños públicos. Ante dicha situación, no dejaba de señalar las obligaciones de los gobiernos estatales y municipales: establecer dispensarios o leproserías, que –de acuerdo con los requisitos marcados en el Reglamento de Profilaxis– fueran capaces de brindar aislamiento y tratamiento a los “leprosos”. Por otra parte, a los médicos y personas sanas les solicitaba que dieran aviso a las autoridades de las juntas centrales o municipales, acerca de los enfermos sospechosos de padecer lepra.⁴⁶

Con los folletos las autoridades sanitarias trataban de convencer a los enfermos para que éstos consultaran prontamente a un médico especializado. Buscaban también que la sociedad participara activamente en la Campaña dando aviso de los enfermos sospechosos de padecer lepra; sin embargo, es importante

⁴³ Departamento de Salubridad Pública, *Lepra*, 1930, [p. 1-2].

⁴⁴ *Ibid.*, [p. 2].

⁴⁵ *Ibid.*, [p. 3].

⁴⁶ *Ibid.*, [p. 3-5].

destacar que en estos folletos era constante el prejuicio hacia la lepra, pues se recurría a la exageración para definirla como una enfermedad temible, con lo cual se estigmatizaba a quienes la padecían. De acuerdo con el médico J. Ruiz Montiel, toda propaganda tenía que ser escrita de manera sencilla, para difundir sin tecnicismos los conocimientos médicos sobre las enfermedades transmisibles, y debía contener frases que llamaran la atención de las personas, pues sólo así la población tomaría conciencia sobre ellas.⁴⁷

El Servicio de Profilaxis, por otro lado, se dio a la tarea de redactar tres circulares para las autoridades sanitarias y gubernamentales, con el propósito de que éstas apoyaran de manera adecuada la labor de la Campaña. En la primer circular, el Servicio sentó las bases del trabajo que debían realizar las juntas centrales y municipales: exhortó a cada junta a ejercer la búsqueda de enfermos en sus respectivas jurisdicciones; recomendó que por cada enfermo descubierto, se llevara con todo cuidado un registro de sus condiciones económicas, y de posibles familiares expuestos a la enfermedad, con el fin de atenderlos lo mejor posible. Solicitó, además, emprender un trabajo de vigilancia para que los enfermos de lepra se abstuvieran de ejercer oficios prohibidos por el Reglamento; de manera especial, pidió a las juntas que buscaran la cooperación de instituciones de beneficencia pública o privada, con el propósito de que éstas proporcionaran recursos a la Campaña.⁴⁸

En las dos siguientes circulares expedidas y dirigidas por el Servicio de Profilaxis a los presidentes municipales y médicos de cada municipio, el Servicio expresó la forma en que debían emitirse los registros de los casos de lepra descubiertos. Manifestó que éstos tenían que ser secretos y remitidos en sobres franqueados gratuitamente por la Oficina de Correos. De acuerdo con el Reglamento, en el Distrito Federal los registros debían enviarse al Servicio de Profilaxis de la Lepra, mientras que las demás entidades debían mandarlos a las juntas centrales o municipales, o al DSP. En relación con el papel que debían desempeñar los regidores municipales, solicitó que –como auxiliares del Servicio–,

⁴⁷ Ruiz, "Es de resultados", 1930, p. 1116.

⁴⁸ "Circular núm. I. De las Juntas Centrales y Municipales", AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 17, exp. 16, 139 fs., 1929-1930.

éstos organizaran las juntas municipales, designando los miembros de éstas y las labores a realizar.⁴⁹ De manera apremiante, estas dos circulares comprometían a los presidentes municipales y médicos, a rendir de manera oportuna ante el DSP, informes de los trabajos de profilaxis emprendidos en sus jurisdicciones.

Durante el primer año de Campaña antileprosa, el Servicio distribuyó el Reglamento a todos los gobernadores de los estados, los delegados sanitarios, las secretarías de Gobernación, Guerra y Marina, y las compañías de navegación marítima, aérea y de ferrocarriles. Instaló juntas centrales en cada estado de la República, y fundó 142 juntas municipales en los principales lugares de infección. Entre los estados donde se instalaron la mayoría de estas juntas destacaron Jalisco, Guanajuato y Durango.⁵⁰ En virtud de que no había podido construirse una leprosería como lo señalaba el Reglamento, se instalaron salas especiales para enfermos de lepra en el pabellón 27 del Hospital General de la ciudad de México, el Hospital O’Horan de Mérida, Yucatán; el Hospital de Belem, de Guadalajara, Jalisco; el Hospital General de Morelia, Michoacán; el Hospital Civil de Colima; el Lazareto Municipal de Mexicali, Baja California, y el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa.⁵¹

A decir del Servicio, en su primer año de profilaxis, dichas salas dejaron mucho que desear; sin embargo, para los efectos del primer censo quinquenal, iniciaron las declaraciones de enfermos atendidos y registrados en cada hospital. En algunos casos, se consignaron de nueva cuenta los informes de enfermos de lepra descubiertos en el censo de 1927.⁵² De acuerdo con los trabajos organizados en las diferentes juntas centrales y municipales, durante los meses de abril a junio de 1930, el Servicio descubrió 109 enfermos, en su mayoría hombres, y en pésimas condiciones económicas y sanitarias. En el caso particular de los enfermos que presentaron lesiones infectantes y una mala condición higiénica, el doctor Jesús González Urueña refirió: “[...] se les dieron instrucciones para que en sus respectivos domicilios guarden reglas profilácticas necesarias, en tanto se les

⁴⁹ “Circular núm. II. De los censos” y “Circular núm. III. De las Juntas Municipales”, AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 17, exp. 16, 139 fs., 1929-1930.

⁵⁰ González Urueña, *El primer*, 1932, p. 4.

⁵¹ *Ibid.*, p. 6.

⁵² González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 527.

puede proporcionar un lugar de aislamiento adecuado en relación con la enfermedad que padecen”.⁵³

Como parte de la búsqueda de instituciones auxiliares a la Campaña, el Servicio dirigió dos solicitudes: una a la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y otra a la Junta de Beneficencia Privada, para que ambas formaran parte de la Campaña y cooperaran fundando asilos para los enfermos y para los hijos sanos de éstos. A principios de agosto de ese mismo año, el DSP instaló en la ciudad de México el primer dispensario para atender enfermos de lepra, al que llamó “Dr. Rafael Lucio”. De igual forma, dos meses después fundó en la ciudad de Sinaloa el segundo dispensario antileproso, denominado “Ruperto L. Paliza”.⁵⁴

Dentro de sus actividades de profilaxis de la lepra, en el último trimestre de 1930 (octubre-diciembre), el Servicio registró 179 enfermos descubiertos. De acuerdo con el informe rendido por el doctor Jesús González Urueña, jefe de la Oficina de Profilaxis, la lepra vulneraba en su mayoría a grupos de edad que oscilaban entre los 30 y 39 años, seguidos de los de 20 a 29 años y de 50 a 59 años. En relación con la distribución de enfermos por entidades federativas, González Urueña señaló que los estados que albergaban más enfermos eran el Distrito Federal con 69 enfermos de lepra; Sinaloa con 27 y Jalisco con 17.⁵⁵ Estos nuevos informes confirmaron que, desde el punto de vista higiénico, los enfermos se encontraban en pésimas condiciones, nunca habían estado sujetos a una inspección sanitaria; tampoco habían seguido tratamientos y menos aún habían tomado medidas profilácticas para evitar el contagio de sus familiares.

El informe del primer censo anual

En el informe anual de actividades de 1930, rendido por el mismo doctor González Urueña, la Campaña no sólo corroboró un incremento de enfermos descubiertos, sino que además se percató de la existencia de nuevos focos de endemia. Estos dos hechos mostraron que la Campaña requería de apoyos económicos y de la

⁵³ González Urueña, “Oficina”, 1930 (a), p. 407.

⁵⁴ Castañeda, “Profilaxis”, 1933, p. 205. Sobre la actuación sanitaria de estos dos dispensarios, ver capítulo II de esta tesis, “Los dispensarios: el comienzo de la diseminación”.

⁵⁵ González Urueña, “Oficina”, 1930 (b), p. 1266-1267.

cooperación médica y social, pues sólo de esta manera se podía llevar a felices términos una profilaxis contra la lepra. En este informe, el Servicio registró un total de 462 enfermos distribuidos en todo el país. El Distrito Federal siguió teniendo el mayor número de enfermos registrados, pero la mayoría de ellos provenían de otras entidades. El informe mostró también nuevos estados con un número importante de enfermos de lepra: Oaxaca, Querétaro, Guerrero y Coahuila.

En el caso particular de este último estado –aseguraba el informe– se habían descubierto nuevos casos en cuatro comunidades (Monclova, Piedras Negras, Sabinas y El Espinazo), y una colonia de éstos en el municipio de Castaños. Según el informe, la razón principal de dicha colonia obedecía a que en ese lugar se encontraba el célebre curandero “Niño Fidencio”, quién mantenía en tratamiento a dieciocho enfermos. Otro elemento relevante para la Campaña, el cual sirvió para seguir justificando el aislamiento, fue que el informe comprobó que la lepra afectaba a círculos familiares, lo que parecía confirmar que vivir en contacto prolongado y en una misma pieza con un enfermo de lepra, predisponía a contraer esta enfermedad.⁵⁶

Cabe señalar que dentro del informe también quedó consignada la presencia de adicciones de los enfermos. De los 462 enfermos registrados, 303 no tenían ninguna, 84 eran adictos al tabaco, 23 al alcohol, 17 eran toxicómanos y en 35 se ignoraba el dato. Por otra parte, se registró la “raza” de los enfermos afectadas por la lepra: 220 eran mestizos, 113 blancos, 103 indígenas y en 26 se ignoraba. Por último, el censo señaló que nueve de los enfermos descubiertos habían fallecido, mientras que el resto representaba un peligro de contagio, y que, de acuerdo con sus condiciones, 319 enfermos debían permanecer aislados en leproserías y 134 en su domicilio.⁵⁷

Durante los cinco años siguientes, el Servicio continuó de manera sistemática con las declaraciones de casos descubiertos en el país. Trimestralmente, el Servicio siguió formando una estadística de distribución de enfermos descubiertos por entidades federativas, y rindió informes de las actividades realizadas por tres de los principales dispensarios auxiliares de la

⁵⁶ González Urueña, *El primer*, 1932, p. 8-15.

⁵⁷ *Ibid.*

Campaña: el “Rafael Lucio”, el “Ruperto L. Paliza” y el “Salvador Garciadiego”, este último fundado en Guadalajara en abril de 1931. Incluso, dio cuenta de los diferentes municipios en donde habían quedado instaladas juntas centrales y municipales, por encontrarse en ellos individuos sospechosos de padecer lepra.

En muchos casos, la instalación de las juntas municipales obedeció a denuncias interpuestas por los pobladores de ciertas regiones, que se sentían amenazados por los enfermos. Ante la presión de las denuncias, el Servicio con frecuencia designaba brigadas compuestas por médicos y agentes para que visitaran las regiones en donde se encontraban los enfermos sospechosos. Una vez descubiertos, y confirmado el diagnóstico de que padecían lepra, las brigadas procedían a dejar las instrucciones correspondientes para que los enfermos y sus familiares guardaran las precauciones necesarias para evitar un contagio o el avance de sus lesiones. Generalmente, después de haber sido reconocidos el enfermo y sus familiares, las brigadas informaban a las juntas municipales para que éstas se encargaran de vigilar directamente el cumplimiento de las disposiciones sanitarias impuestas a los enfermos.⁵⁸

De acuerdo con François Delaporte, “las enfermedades o epidemias no siempre son un simple hecho biológico ya que a veces son un lente de aumento para observar los temores, prejuicios, normas y estereotipos sobre los enfermos”.⁵⁹ En el caso de la lepra, cuando las poblaciones se veían –como hemos dicho– amenazadas por la enfermedad, este tipo de percepciones y prácticas se hacían presentes. Por ejemplo, comunidades como la de Guasave, Sinaloa, no sólo sentían aflicción por el terrible sufrimiento que producía la lepra, sino además un asco y desprecio por quienes la padecían, al grado de que continuamente los atacaban como verdaderos enemigos de la comunidad. Además de que no conocían por su nombre a la lepra, creía que ésta en muchos de los casos era una enfermedad de la sangre. Por el contrario, los enfermos y sus familiares no creían en el contagio, pues –a decir de muchos de ellos– a pesar de haber vivido muchos años juntos, nunca había habido otro enfermo.⁶⁰

⁵⁸ González Urueña, “Servicio”, 1932, p. 562; González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 528.

⁵⁹ François Delaporte, citado por Cueto, *El regreso*, 1997, p. 18.

⁶⁰ Lamadrid, *Lepra*, 1947, p. 39.

Los primeros cinco años de la Campaña

En 1934 se dio por terminado el primer censo quinquenal reglamentario de la lepra.⁶¹ De acuerdo con él, la Campaña incluyó no sólo la búsqueda de los enfermos, sino la vigilancia sanitaria de éstos, su segregación en dispensarios y la aplicación de tratamientos. Además, quedaron suscritos los informes y declaraciones realizadas por todas las juntas centrales y municipales, así como los de médicos e instituciones auxiliares del Servicio. En este primer censo quinquenal, el número de enfermos ascendió a 2,449; de los cuales 101 fueron incorporados del censo anterior.⁶² Parte de los datos consignados por el Servicio en este censo quinquenal, mostró que la prevalencia de la enfermedad era mayor en los hombres que en las mujeres. Mostró también, lo frecuente que era encontrar la enfermedad en grupos de edad que iban de los 30 a los 39 años, que era “una edad de plenitud y rentabilidad para el Estado”.⁶³

En cuanto a los lugares endémicos de la República, el censo ratificó nuevamente al Distrito Federal como un foco tradicional de endemia leprosa, al registrar 451 casos. Otros focos de importancia fueron Guanajuato, con 369 enfermos de lepra; Jalisco, con 362; Michoacán, con 256; Sinaloa, con 205, y Colima, con 110. Una de las mayores preocupaciones que el censo despertó fue la comprobación de que la lepra vulneraba a familias social y económicamente pobres, ya que mientras 443 enfermos vivían en buenas condiciones, 2,006 lo hacían en condiciones lamentables.⁶⁴

⁶¹ Autores como el doctor Jesús González Urueña consideraban que este censo debía tomarse como el segundo, por haberse levantado uno anterior en 1925 y el cual había dado paso a la promulgación del Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra; sin embargo, algunos lo tomaban como el primero porque a partir de dicho Reglamento surgió de manera obligatoria y normativa el levantamiento de censos quinquenales de la lepra, que fueron considerados como medios de organización de la Campaña contra la Lepra.

⁶² Departamento de Salubridad Pública, *Primer*, 1935, p. 3-4. En términos reales, de los 1,450 enfermos del censo de 1927, 1,305 casos quedaron perdidos, mientras que en el resto se logró confirmar que cuarenta fallecieron, en dos no se concluyó el diagnóstico, y otros dos salieron del país.

⁶³ *Ibid*, p. 4-5. De acuerdo con el censo, la lepra era excepcional en la primera y segunda infancia, es decir, entre los cinco y quince años; sin embargo, después de los veinte años el índice de enfermos comenzaba a ser frecuente. Estadísticamente, el censo registró 645 leprosos con edades entre los 30 y 39 años, 528 entre los 20 y 29, 482 entre los 40 y 49, y 330 entre los 50 y 59.

⁶⁴ *Ibid*, p. 5.

A esta preocupación iba ligado otro factor, de igual o mayor trascendencia, y era que la mayoría de los enfermos presentaban lesiones abiertas, y vivían aglomerados dentro de sus hogares, lo cual predisponía a sus familiares e hijos al contagio.⁶⁵ Otros datos complementarios del censo estuvieron relacionados con las formas de aislamiento de los enfermos. En este caso, 1,671 enfermos estaban impropriamente aislados en su domicilio, 403 estaban aislados de manera adecuada en su hogar, y 375 habían sido hospitalizados. Asimismo, se mostró que del total de enfermos descubiertos, la “raza” mestiza era la más afectada con 1,692 casos, seguida de la blanca con 374 enfermos, y la indígena con 371 enfermos.⁶⁶

Aunque el Servicio, en principio, estuvo centrado en identificar el número de enfermos existentes en el país, así como las condiciones socioeconómicas e higiénicas en que vivían, posteriormente evaluó, mediante exámenes médicos individuales y periódicos, a los familiares o allegados de los enfermos, con la finalidad de formar un censo de individuos sospechosos de padecer lepra. En total, el Servicio logró practicar 7,836 exámenes médicos con los que identificó 45 casos de lepra. Mediante estos exámenes epidemiológicos, los individuos sospechosos fueron incorporados al registro y quedaron sujetos a vigilancia.⁶⁷ De alguna forma, este censo quinquenal confirmó al Servicio cuáles eran los principales problemas que influían en el desarrollo de la lepra; pero, sobre todo, permitió establecer un control sanitario, y delimitar los espacios geográficos endémicos que requerían de una mayor concentración de brigadas para evitar la propagación de la lepra.

Definitivamente, la labor realizada durante cinco años por el Servicio permitió no sólo descubrir nuevos casos de lepra, sino también llegar a muchos de los lugares inhóspitos en los que se refugiaban enfermos sin ninguna asistencia

⁶⁵ *Ibid.* Dentro del número total de leprosos descubiertos, 1,652 vivían en un hogar en pésimas condiciones, 949 vivían aglomerados, 757 enfermos presentaban lepra tuberculosa, y 479 lepra nerviosa, que eran las más graves.

⁶⁶ El censo mostró una enorme cantidad de enfermos entre la raza mestiza; en lo que respecta a la “raza” indígena la Campaña se cuestionó si ésta poseía una cierta inmunidad a la lepra o si simplemente el Censo no había podido identificar a sus enfermos, por la lejanía y condiciones de las poblaciones en que vivían. Véase: Departamento de Salubridad Pública, *Primer*, 1935, p. 3.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 6.

sanitaria. En este sentido, este primer censo quinquenal resultó trascendente porque mostró la capacidad de organización del Servicio, dio a conocer la distribución de la lepra y permitió obtener nociones cercanas de los principales factores que influían en la extensión de la enfermedad. Cabe destacar, que además de haber establecido un control de los enfermos, precisó los objetivos de las visitas domiciliarias.

De acuerdo con el Servicio, los registros debían continuar asentando los datos personales de los “lazarinos” descubiertos, las condiciones higiénicas de sus hogares y su situación económica, e indicar si los enfermos ejercían una profesión o si sus familiares trabajaban en beneficio de ellos. En estricto sentido, debían quedar registradas todas las condiciones y características de los enfermos y sus familiares. Asimismo –aclaraba el Servicio–, una vez efectuadas las visitas, debía persuadir a los enfermos de los beneficios que lograba la intervención sanitaria, y de la necesidad de seguir las medidas profilácticas diariamente en su domicilio.⁶⁸

En 1938, el Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra dio por terminado el segundo censo quinquenal. En esta ocasión el índice de enfermos descubiertos ascendió a 2,696 casos. Nuevamente el censo confirmó la prevalencia de la enfermedad en el sexo masculino, y la persistencia de la infección dentro de la raza mestiza. Corroboró que la situación de los pacientes se agravaba por la miseria y las pésimas condiciones sociales en que se encontraban los enfermos. Confirmó, por otra parte, que Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Sinaloa y el Distrito Federal seguían siendo las zonas más afectadas por la lepra. Finalmente, con base en los datos aportados por el censo, el Servicio estimó que de los 10,928 familiares registrados como sospechosos de contraer la enfermedad por vivir en contacto con enfermos de lepra, 4,373 eran menores de edad, y que muchos casos de muerte de los enfermos de lepra estaba ligada a padecimientos del aparato digestivo y no a síntomas propios de la enfermedad de Hansen.⁶⁹

⁶⁸ González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 534.

⁶⁹ González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 140-144; Núñez, “Causas”, 1939, p. 284-285.

II. AISLAMIENTO Y EDUCACION SANITARIA. LA ACTUACIÓN DE LOS DISPENSARIOS ANTILEPROSOS

Hawai y Noruega: las estrategias de erradicación de la lepra

Entre 1928 y 1934 la presidencia de la República quedó a cargo de Emilio Portes Gil, Pascual Ortiz Rubio y Abelardo L. Rodríguez. Estos tres periodos presidenciales constituyeron lo que se conoce como “el maximato”: un exceso de influencia en la política nacional por parte del ex-presidente Plutarco Elías Calles.¹ Durante estos años, la salud pública del país comenzó un proceso de reorganización y se trató de “homologar a todas las regiones del país en un programa de salud”, a través de la creación de servicios federales de higiene, y campañas para combatir diferentes enfermedades endémicas.

En 1931 el DSP estableció los Servicios de Sanidad en los Estados con la finalidad de unificar y coordinar las actividades sanitarias federales con los gobiernos locales y ayuntamientos del país. Con este programa de sanidad, el DSP buscaba que las delegaciones sanitarias instaladas en cada estado impartieran educación higiénica a la población, levantaran censos demográficos, se ocuparan de la profilaxis de enfermedades transmisibles como el tifo, la viruela, la sífilis y la difteria, y recolectaran datos sobre la morbilidad y mortalidad que estas enfermedades causaban.²

El DSP, también, impulsó la Campaña de Vacunación Antivariolosa e instauró en 1931, de manera conjunta con la Fundación Rockefeller, los Servicios de Higiene Rural, para solucionar problemas de salud e higiene en el campo, y combatir la uncinariasis, que era una enfermedad con elevadas tasas de mortalidad y morbilidad dentro de las zonas rurales.³ Debido a los constantes cambios en la presidencia, la jefatura del DSP durante estos tres periodos

¹ Para algunos historiadores, el maximato, más que un exceso de influencia, representó el control de la vida política por parte de Calles, mediante presidentes “peleles”, y la organización y fortalecimiento de un aparato burocrático estatal, que quedó resuelto con la creación del PNR. Ver, González y Lomelí, *El partido*, 2000; Garrido, *El partido*, 1991; Nava, *Ideología*, 1984; Medin, *El minimato*, 1991.

² Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 42 y 45; Bustamante, “Hechos”, 1983, p. 470.

³ Birn, “Revolución”, 2008, p. 278; Rodríguez y Rodríguez, “Historia”, 1998, p. 300; Bustamante, *La salud*, 1982, p. 59-60.

presidenciales estuvo a cargo de los doctores Aquilino Villanueva, Rafael Silva, Gastón Melo y Manuel F. Madrazo.

En 1934, durante la jefatura de éste último, fue promulgado un nuevo Código Sanitario el cual contenía muchas innovaciones: necesidad de que el DSP se ocupara de “la creación de escuelas de salubridad encargadas de formar especialistas en los diferentes ramos de los servicios sanitarios; establecimiento de los Servicios Sanitarios Coordinados, con el fin de hacer llegar los servicios médicos a los poblados pobres y alejados de cualquier centro hospitalario”;⁴ unificación de la política sanitaria en el país; impulso de los programas de ingeniería sanitaria, higiene industrial e infantil, nutrición y servicio social de enfermeras visitadoras.⁵

En 1933, durante la Segunda Convención del Partido Nacional Revolucionario (PNR), un año antes de que el presidente Abelardo L. Rodríguez dejara la presidencia a su sucesor, fue aprobado un Plan Sexenal, que sería la plataforma política del nuevo presidente en turno y el ideario oficial de las demandas sociales. En este Plan Sexenal, las diferentes corrientes políticas del PNR establecieron que el Estado debía proporcionar una “educación socialista”, procurar la protección de los trabajadores, establecer el seguro social, fomentar cooperativas,⁶ y restituir o dotar de tierras a los campesinos afectados durante la revolución.

En el área de la salud, se propuso dotar de agua y otros servicios públicos a las comunidades, crear un instituto para el estudio de las enfermedades tropicales, y mejorar las condiciones de vivienda y alimentación popular. Asimismo, combatir enfermedades como el paludismo, la tuberculosis, la sífilis, la oncocercosis y la lepra, que generaban estragos en la salud de la población y eran la causa de elevados índices de mortalidad.⁷

En lo que respecta a la lepra, el DSP propuso continuar con una estadística de casos notificados. Asimismo, erradicar la lepra por medio de la localización y

⁴ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 42; Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia*, 1960, p. 330-369.

⁵ Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia*, 1960, p. 402.

⁶ Medina, “Disciplina”, 1995, p. 74-81; Lerner y Ralsky, *El poder*, 1976, p. 107-111.

⁷ Carrillo, “Salud”, 2005, p. 146-149.

aislamiento de los enfermos, y la práctica de tratamientos que permitieran su eventual indemnidad. Esta convicción se basaba en los resultados obtenidos en Hawai y Noruega, donde para detener la incidencia de la lepra fueron aprobadas leyes de reclusión de enfermos en hospitales y asilos destinados exclusivamente a ellos.

En el caso de Noruega, el programa de control de esta enfermedad fue promovido por un fuerte nacionalismo que motivó a los médicos a realizar investigaciones clínicas y bacteriológicas en torno a ella, y a estudiar las condiciones sociales de la población. El gobierno noruego creó un conjunto de laboratorios y hospitales, recopiló información epidemiológica, y en 1849 fundó el hospital Lungegaard como centro de investigación de la lepra. De acuerdo con la historiadora Diana Obregón lo que distinguió al programa de control de la lepra en Noruega fue su carácter local, democrático y holístico, que buscó identificar al agente causal de la lepra y la forma en que ésta se transmitía, además de alguna cura.⁸

Como parte fundamental del programa de control de la lepra, en 1856 se establecieron juntas sanitarias en cada distrito para que los funcionarios locales asumieran la responsabilidad de aplicar las medidas de control idóneas para su comunidad. Asimismo, entre 1854 y 1861 el gobierno noruego creó varios hospitales en las zonas donde la lepra era endémica, con la finalidad de que los enfermos no fuesen hospitalizados lejos de su entorno, y se ejerciera un control médico y registro detallado de casos. Para el historiador Zachary Gussow, la investigación científica, así como el tratamiento y prevención en el marco general del mejoramiento de las condiciones de vida de la población, que tanto el gobierno como los médicos noruegos llevaron a cabo, favoreció que la sociedad percibiera a la lepra como un problema sanitario pero sin que la enfermedad fuera identificada con algún estigma especial, ni los enfermos fueran objeto de repulsión.⁹

Otro modelo que contribuyó a la idea de que la lepra podía ser erradicada mediante el aislamiento fue el de Hawai, donde para detener la propagación de la

⁸ Obregón, *Batallas*, 2002, 124-126.

⁹ Citado por Obregón, *Batallas*, 2002, p. 124; Obregón, "De árbol", 1996, p. 164-165.

enfermedad el gobierno aprobó una ley de reclusión de enfermos de lepra, y la organización de hospitales y establecimientos destinados al confinamiento y tratamiento de estos pacientes. En esta ley, el gobierno de Hawai ordenó recluir de forma absoluta a los enfermos de lepra, y estableció un Comité de Salud encargado de vigilar y detener a cualquier persona sospechosa de padecer la enfermedad.¹⁰

En 1865, el Comité de Salud que coordinaba la campaña contra la lepra, construyó en Honolulu el hospital Kahili para medicar pacientes en estado incipiente y recluir temporalmente los casos avanzados. Ese mismo año, el Comité de Salud decidió construir un leprosario, al norte de la isla en Molokai, franqueado por montañas y separado del resto de la población, para confinar a los enfermos de lepra. Es importante señalar que la reclusión absoluta de los enfermos en leprosarios, promovida en Hawai, estuvo seriamente influida por el prejuicio que los colonos europeos y norteamericanos tenían hacia los nativos de la isla, ya que atribuían la difusión de la enfermedad a la promiscuidad e inmoralidad en que éstos vivían.¹¹

De acuerdo con el historiador Gussow, la experiencia histórica de estos dos países al tratar de “erradicar” el problema de la lepra, impuso a la comunidad médica de otras naciones dos visiones de control: por un lado, el modelo noruego que basó su campaña en la investigación científica para estudiar la enfermedad y desarrollar una terapéutica que permitiera a los enfermos su pronta reintegración a la sociedad; por otra parte, el modelo hawaiano que, desarrollado por colonizadores, buscó alejar la enfermedad y asumió una posición autoritaria para tratar una enfermedad de “otros”.¹²

A finales del siglo XIX, ambos modelos eran conocidos internacionalmente. Debido a que el modelo sanitario y epidemiológico noruego había logrado controlar con éxito la endemia de lepra, en 1897 los científicos reunidos en el Primer Congreso Internacional de la Lepra, celebrado en Berlín, alentaron a las demás naciones a emular este modelo para controlar la expansión de la

¹⁰ Obregón, *Batallas*, 2002, p. 140

¹¹ *Ibid*; Obregón, “De árbol”, 1996, p. 165.

¹² Obregón, *Batallas*, 2002, p. 121. Obregón, “De árbol”, 1996, p. 164-167.

enfermedad. Además, recomendaron el sistema de notificación obligatoria, observación y aislamiento de los enfermos, así como el desarrollo de investigaciones clínicas y epidemiológicas de la lepra.¹³ Esta medida además de ser difundida en congresos posteriores, fue el punto de partida para que internacionalmente y muy en particular dentro de Latinoamérica se construyeran distintos leprosarios.¹⁴

Pero, si bien la experiencia noruega para controlar la lepra se convirtió en un modelo a seguir, era difícil trasladarla a otros lugares, por el hecho de que muchos países, en los que la lepra era endémica, carecían de condiciones económicas y científicas para construir centros de investigación, y para mejorar las condiciones de vida de sus pobladores.¹⁵ Ante esta situación, la mayoría de los países adoptaron del modelo noruego únicamente el sistema de notificación obligatoria y el aislamiento, y en cambio promovieron la construcción de leprosarios y la segregación de los enfermos dentro de éstos, tal como se había desarrollado en Hawai. A decir de la historiadora Diana Obregón, hubo “un reduccionismo bacteriológico”, preocupado sólo por el aislamiento y control de los enfermos dentro de los leprosarios.¹⁶

Los dispensarios: el comienzo de la diseminación

¿Cómo asumieron las autoridades sanitarias de México la segregación de los enfermos de lepra? A finales del siglo XIX, el aislamiento compulsivo de los enfermos fue una medida sanitaria que el Consejo Superior de Salubridad puso, paulatinamente, en práctica para evitar la propagación de la lepra. Durante estos años el confinamiento quedó a cargo del Hospital Juárez en la ciudad de México. El control y la asistencia médica de los enfermos dentro de esta institución fue deficiente al grado de que el personal médico, en ocasiones, no se ocupaba de los pacientes.¹⁷

¹³ Editorial, “Anti-contagionism”, 1998, p. 382.

¹⁴ Obregón, “The State”, 2003, p. 131-133.

¹⁵ Obregón, *Batallas*, 2002, p. 137-138.

¹⁶ Obregón, “De árbol”, 1996, p. 166.

¹⁷ González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 40-42; Rodríguez, “La lucha”, 2003, p. 109

Como hemos señalado anteriormente, en enero de 1930 el DSP promulgó el Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra. A partir de él, la Campaña contra la Lepra estaba obligada a localizar, clasificar y aislar a los enfermos, separándolos de la sociedad para evitar cualquier probable contagio. Entre otras disposiciones, el DSP determinó construir dispensarios y leprosarios con la finalidad de recluir y controlar a los enfermos, además de poner en práctica algunos tratamientos que permitieran su eventual curación.¹⁸

Durante el periodo 1930-1935, el Servicio de Profilaxis estableció dispensarios antileprosos en los estados donde se concentraba el mayor número de enfermos. Asimismo, instaló salas especiales para aislar a los enfermos dentro de hospitales como el General de Michoacán, el Civil de Culiacán y el General de la ciudad de México.¹⁹ En el caso de este último, desde 1915 el Servicio de Profilaxis destinó un pabellón dedicado a la especialidad de Dermatología, dentro del que se aislaba a los enfermos de lepra y se les daban tratamientos ensayados en el extranjero.

Dentro de este pabellón, los médicos Jesús González Urueña y Salvador González Herrejón realizarían sus investigaciones sobre la lepra y el mal de pinto. De acuerdo con el doctor Samuel Villalobos, médico interno del Hospital General de la ciudad de México, dicho pabellón no reunía las condiciones indispensables para aislar a los enfermos, a pesar de lo cual algunos llegaban ahí, porque habían sido rechazados u hostigados por su familia y la sociedad, o porque buscaban un refugio.²⁰

Los enfermos rechazaban todo tipo de tratamientos por lo doloroso que les resultaban, y porque estaban convencidos de que su enfermedad era incurable. Además –relataba Villalobos– la falta de personal médico, la resistencia constante de las enfermeras a curar a los enfermos, y la ausencia de comodidades y distracciones en el interior del pabellón, propiciaron que se autorizara a los enfermos a salir continuamente. Para cambiar esa situación, el hospital

¹⁸ “Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra”, AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 17, exp. 16, 139 fs., 1929-1930.

¹⁹ González Urueña, *El primer*, 1932, p. 6.

²⁰ Villalobos, “Tratamiento”, 1926, p. 362; González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 60-61; Rodríguez, “La lucha”, 2003, p. 109; Viesca, “El primer”, 1994, p. 166.

acondicionó la sala con una pequeña biblioteca y un aparato de radio, y destinó algunas parcelas de cultivo para los enfermos, con la finalidad de que ejercieran una actividad que disminuyera su desesperación ante su padecimiento.²¹

Aunque no había leproserías o asilos especiales para estos enfermos, los dispensarios contaron con el apoyo del Servicio de Profilaxis y estaban autorizados para aislar de manera permanente a los enfermos que, en su opinión, lo requerían. Uno de los primeros dispensarios encargados de asistir a los enfermos y fundado por el Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra quedó instalado en la ciudad de México en agosto de 1930, bajo el nombre de “Dr. Rafael Lucio”. Con un costo aproximado de \$7,788.89 pesos, dicho dispensario contó con oficinas administrativas, dos departamentos de servicio sanitario, un laboratorio, un comedor y un vehículo de transporte para los enfermos. En cuanto al personal, éste estaba constituido por un médico jefe, un médico auxiliar, cuatro enfermeras, un dentista, un peluquero, un chofer y un conserje, que resultó insuficiente para atender a los cerca de sesenta enfermos que estaban aislados ahí.²²

El dispensario, además de proporcionar ayuda asistencial a sus enfermos, organizó visitas domiciliarias a los familiares de éstos para descartar algún contagio. En ciertos casos, cuando los enfermos se encontraban aislados en su propio domicilio, el dispensario enviaba una enfermera visitadora a girar instrucciones de prevención a los familiares; es decir, ella les indicaba cómo debían separar y desinfectar los objetos personales de los enfermos, cómo debían esterilizar los materiales de curación, y cada cuándo tenía que asistir el paciente al dispensario para sus exámenes médicos.²³ Cuando los médicos creían que una persona padecía lepra, el dispensario se cercioraba del diagnóstico haciéndole algunos exámenes. Si éstos resultaban positivos, inmediatamente se elaboraba una cédula de reconocimiento en la que se asentaba su edad, estado civil, tipo de lepra, lugar de nacimiento, condiciones socioeconómicas, lugar donde creía había contraído la enfermedad, primeros síntomas, y si había recurrido antes a algún tratamiento.

²¹ Villalobos, “Tratamiento, 1926, p. 358-363.

²² González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 350.

²³ Romo, “El primer”, 1932, p. 80.

A pesar de que el dispensario “Dr. Rafael Lucio” no contó en sus primeros años con personal suficiente para buscar y atender a los enfermos, entre 1930 y 1931 logró descubrir 104 enfermos, de los cuales más de la mitad estaban recibiendo algún tratamiento. De acuerdo con el informe de las labores realizadas durante esos años, presentado por el doctor Alejandro Romo, entonces director de la institución, además de haber descubierto enfermos, el dispensario había logrado registrar a 129 familiares que se encontraban en exámenes de certificación. No obstante –señalaba–, la mayoría vivía en condiciones de pobreza e ignorancia, lo cual dificultaba exigir a las familias y enfermos que siguieran las medidas profilácticas dictadas por el dispensario.²⁴

Convencidos los médicos del Servicio de Profilaxis de que la creación de dispensarios era el primer paso para resolver la diseminación de la lepra en el país, en octubre de 1930 se inauguró en Culiacán el segundo dispensario antileproso con el nombre de “Ruperto L. Paliza”, el cual de manera provisional quedó instalado en una casa particular. Durante su primer año de gestión, dicho dispensario registró 66 enfermos y mantuvo en vigilancia a 262 familiares. Posteriormente, en marzo de 1935 el dispensario fue trasladado a una nueva propiedad del DSP. En este nuevo inmueble, cuyo costo fue de \$10,430.59 pesos, el número de enfermos registrados ascendió a 78; sin embargo, tres años más tarde, en 1938, triplicaría su registro.²⁵

Otro de los dispensarios que comenzó a organizar una campaña de reconocimiento y descubrimiento de enfermos de lepra, fue el “Dr. Salvador Garciadiego”, establecido en Guadalajara. Inaugurado en abril de 1931, al igual que el dispensario de Culiacán, ocupó un inmueble provisional, que en 1934 fue desmantelado para trasladar el dispensario al edificio que ocupaban los Servicios Sanitarios Coordinados de dicho estado.²⁶ Durante los dos primeros años, entre 1931 y 1932, logró ejercer un control sanitario en noventa enfermos, y aplicar los mismos procedimientos de prevención que exigía el Servicio de Profilaxis ante la presencia de los casos descubiertos e infectantes: vigilancia sanitaria trimestral de

²⁴ *Ibid.*, p. 76-77.

²⁵ González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 350-351.

²⁶ *Ibid.*, p. 351.

los enfermos y familiares sospechosos de estar infectados por vivir en contacto íntimo con éstos, y educación profiláctica.²⁷

En cierta medida, durante los tres primeros años de la década de los treinta, estos tres dispensarios inaugurados por el Servicio de Profilaxis constituyeron un apoyo sanitario a la Campaña contra la Lepra, ya que la tarea de estos centros de asistencia fue descubrir enfermos y ejercer un control que permitiera, si no su eventual curación, por lo menos cierta prevención. Posteriormente, entre 1933 y 1938 se construirían dieciocho dispensarios en las zonas con densos núcleos de enfermos. En Michoacán y Guanajuato, que eran los estados más afectados por la lepra y que contaban con un mayor número de municipios, el Servicio de Profilaxis instaló diez dispensarios.²⁸

En 1934 por iniciativa de los doctores José Perches Franco, Jesús González Urueña y un grupo de “damas voluntarias” se creó en la ciudad de México la Sociedad Protectora de Leprosos, organización encargada de subsidiar económicamente con ropa y víveres a los enfermos más necesitados. Durante sus primeros años, dicha Sociedad fue subsidiada con donativos, cuotas de socios y colectas. A partir de 1938, la Secretaría de la Asistencia Pública reconoció a la Sociedad como una institución de Beneficencia Privada, y le otorgó una partida de \$300 pesos mensuales para sostener el hogar infantil Damián de Veuster, asilo que la misma Sociedad fundó para aislar a los hijos sanos de los enfermos.²⁹

Algunas otras instituciones privadas encargadas de apoyar material y económicamente a los enfermos de lepra fueron fundadas en Jalisco, Michoacán y Guanajuato. En Jalisco, por ejemplo, por iniciativa del doctor Alfonso Manuel

²⁷ Castañeda, “Profilaxis”, 1933, p. 205-209.

²⁸ En el caso de Guanajuato, entre 1933 y 1937 el Servicio de Profilaxis inauguró los dispensarios: “Dr. José de Jesús González”, en León; “Dr. Francisco Salgado”, en Celaya; “Dr. Ramón Ruiz”, en Salvatierra; “Dr. Francisco Leal”, en Moroleón; el de Acámbaro y el de San Francisco del Rincón. En Michoacán, instaló los dispensarios: de Aguillilla; “Dr. Simón García”, en Zacapu; “Dr. Nicolás León”, en Morelia y “Dr. Miguel Arriaga Burgos”, en Purúandiro. Otros dispensarios instalados en zonas que constituían un foco endémico fueron: el de Tecpan de Galeana, en Guerrero; “Dr. Ismael Salas”, en Coahuila; el de Mocorito, en Sinaloa; “Dr. Ricardo E. Cicero”, en Colima; “Dr. Ladislao de la Pascua”, en la ciudad de México; el de Irapuato; y el de Apaseo y el de Autlán, en Jalisco. González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 351-355.

²⁹ González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 673-678. De acuerdo con la doctora Obdulia Rodríguez, estos asilos fueron hogares sustitutos que fungieron como centros de atención para los hijos de los enfermos de lepra, que no tenían quién se hiciera cargo de ellos, una vez que sus padres eran aislados en los dispensarios. González Villarreal. “Entrevista”, 2007.

Castañeda, director del dispensario “Salvador Garciadiego”, se fundó en 1935 la Liga de Defensa y Protección contra la Lepra. En Michoacán, por su parte, los doctores Teodoro Gómez, jefe del dispensario “Dr. Simón García” y Guillermo Varga López, jefe del dispensario “Dr. Miguel Arriaga Burgos”, crearon en 1936 la Junta de Beneficencia para Auxilio de los Leprosos y la Sociedad de Beneficencia Prolazarinos, respectivamente. En Guanajuato, que entonces era uno de los estados más afectados por la endemia de la lepra, entre 1936 y 1937 los médicos Roberto Lémus Ochoa y Pedro Daniel Martínez, inspectores del Servicio de Profilaxis de la Lepra, crearon una Sociedad Protectora de Leprosos. Tres años más tarde, en septiembre de 1939 con donativos populares y con contribuciones del Estado y del Ayuntamiento, se fundó una sala especial en el Hospital Civil, para alojar enfermos de lepra.³⁰

Hacia 1937, el Servicio de Profilaxis instauró en la ciudad de México otro dispensario, con el nombre de “Dr. Ladislao de la Pascua”. Este dispensario contó con un fuerte apoyo para su construcción y ocupó un lugar estratégico para ejercer un control sanitario, tanto porque la capital del país constituía por entonces un foco endémico por la cantidad de enfermos que llegaban provenientes de otros estados, como porque ahí confluían otras instituciones hospitalarias y centros de carácter científico, como el Hospital General, el Instituto de Higiene y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.³¹ Como director del “Ladislao de la Pascua” fue designado el doctor Fernando Latapí,³² quién además de ser dermatólogo, era médico especialista en lepra.

³⁰ *Instituciones de asistencia privada del Distrito Federal*, 1943.

³¹ Es importante señalar que el Hospital General, inaugurado en 1905, fue un centro hospitalario en el que se inició una nueva orientación de investigación clínica, y con el paso del tiempo albergó varias unidades como: las de Cardiología, Cirugía, Dermatología, Fisiología, Gastroenterología, Ginecología y Obstetricia, donde se desarrollaron las respectivas especialidades. El Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET) inaugurado en marzo de 1939, fue creado para estudiar problemas sanitarios como la oncocercosis, la enfermedad de Chagas y el paludismo; es decir, padecimientos directamente vinculados con la zona tropical del país. Entre los laboratorios que el ISET dispuso para la investigación estaban los siguientes: de Epidemiología y Bioestadística, de Bacteriología e Inmunología, de Entomología, de Micología, de Farmacología y Medicina Experimental, de Química y de Anatomía Patológica. Ver, Aréchiga y Somolinos, *Contribuciones*, 1993; Díaz y Viesca, *Historia*, 1994; Revista del ISET, “El Instituto”, 1939, p. 5-17.

³² Nacido en octubre de 1902, en la ciudad de México, en el año 1928 obtuvo el título de médico cirujano; dos años más tarde, en 1930, se graduaría como dermatólogo. A partir de 1937 fue director del dispensario “Ladislao de la Pascua”, hoy Centro Dermatológico. Desde 1947 y hasta

Al igual que el doctor Jesús González Urueña, jefe de la Campaña contra la Lepra, Latapí fue fundador de la escuela dermatológica mexicana en 1932. En 1936, fundó, junto, con el médico Roberto Núñez Andrade la Sociedad Mexicana de Dermatología, la cual impulsó el fomento de la especialidad en Dermatología dentro de las universidades, y el estudio de las enfermedades de la piel;³³ sin embargo, Latapí, a diferencia de González Urueña y los demás médicos de la Campaña, defendía la idea de que ésta tenía que dejar de aplicar medidas severas contra los enfermos, y debía en cambio inspirarles confianza.

De acuerdo con el propio Latapí, el dispensario “Ladislao de la Pascua” estuvo conformado por un médico auxiliar, una administradora, cuatro enfermeras, un mozo, un peluquero, un conserje y el doctor José Perches Franco, médico dermatólogo. Al principio –cuenta el mismo doctor Latapí– la consulta “fue difícil y amarga” por la desconfianza que mostraban los enfermos ante la falta de un tratamiento efectivo. A ello se sumaba, también, lo drástico y rígido que les resultaba a la mayoría de ellos la imposición del Reglamento, la falta de comprensión por parte de las autoridades del sufrimiento que padecían, y las vejaciones que la mayoría tenía que soportar por parte de la sociedad.³⁴

Para Latapí, esta situación no sólo complicaba el acercamiento de los enfermos a la Campaña, sino que además provocaba que los dispensarios tuvieran que resolver problemas básicos de ésta, como por ejemplo, difundir que no había por qué temer a los enfermos de lepra, y que los dispensarios antes que lugares de aislamiento, eran centros para certificar el diagnóstico y aplicar algún tratamiento. Por ello, cuando asumió la dirección del dispensario, encauzó la

1972, fue jefe del Servicio de Dermatología del Hospital General; asimismo, jefe de clínica entre 1939 y 1973. Como catedrático, fue profesor titular de Dermatología en la Facultad de Medicina de la UNAM de 1940 a 1972. Desde 1939 formó parte de la Academia Nacional de Medicina como miembro numerario de Dermatología. Falleció en octubre de 1989. Ver, Colinabarranco y Asseburg, “Semblanza”, 1990, p. 141-142.

³³ Latapí, “Veinticinco”, 1963, p. 75-77. Esta Sociedad Mexicana de Dermatología se fundó por iniciativa de los doctores Fernando Latapí y Roberto Núñez Andrade. La consolidación de este proyecto estuvo auspiciado por los dermatólogos Salvador González Herrejón, Jesús González Urueña y Eugenio Latapí. La primera mesa directiva quedó constituida por el Dr. Salvador González Herrejón como presidente, el Dr. Fernando Latapí como secretario y el Dr. Manuel Cañas como tesorero. Cabe señalar, también, que dicha Sociedad la constituyeron 21 socios en la cual hubo una gran heterogeneidad, pues algunos eran médicos jóvenes, mientras que otros eran ya profesionales de la Dermatología.

³⁴ Latapí, “Veinticinco”, 1962, p. 237-238.

organización de cursos de Dermatología en diferentes hospitales, para transformar algunos criterios sobre la lepra, y difundir los nuevos conocimientos sobre terapéutica y acción sanitaria.

Para muchos médicos adscritos a la Campaña, los dispensarios antileprosos que habían sido ubicados estratégicamente en los lugares donde existía una elevada concentración de enfermos, eran centros de atención, pero además lugares donde era posible hacer prevención contra esta enfermedad. Asimismo, los médicos creían que la instauración de los dispensarios antileprosos era el primer paso para “erradicar” la enfermedad, y el mejor medio por el cual se podía reducir el número de contagios; sin embargo, como se verá, cumplieron sólo medianamente estos objetivos.

Un claro ejemplo de ello lo constituyó el escaso personal con el que contó la mayoría de los dispensarios para mantener la vigilancia domiciliaria de los enfermos y familiares, el cual, de manera general, siempre estuvo conformado por un médico jefe, un médico auxiliar y tres enfermeras, de las cuales una ejercía la labor de visitadora. A ello, se sumaba la incapacidad para llevar un registro detallado de los enfermos, y para cerciorarse de los datos que daban éstos, debido a que constantemente engañaban a los inspectores con datos falsos.³⁵

La profilaxis sanitaria: la búsqueda y el aislamiento de los enfermos

Ante esta situación de inspectores sanitarios que practicaban registros deficientes y dispensarios que enfrentaban a enfermos que mostraban resistencia a ser tratados, en 1936 el Servicio de Profilaxis giró una circular a todos los médicos de los dispensarios y a los agentes sanitarios con instrucciones de cómo practicar las visitas domiciliarias y cómo realizar el registro de los enfermos descubiertos. Esta circular señaló a los médicos la importancia de contar con datos fidedignos acerca de los enfermos para ejercer un mayor control sobre ellos; pero también explicó lo importante que era integrar dentro de los registros la relación que éstos guardaban con su medio social.

³⁵ AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 31, exp. 1, 19 fs., 1932.

En esta circular, el Servicio de Profilaxis pidió que durante las visitas domiciliarias los médicos instruyeran a los enfermos y sus familiares acerca de las medidas preventivas que debían tomar para evitar algún otro contagio. Asimismo, que buscaran la simpatía de éstos y sus allegados, para poder obtener una cooperación mayor en el combate a la lepra y eventualmente erradicar la enfermedad.³⁶ De acuerdo con el doctor Jesús Díaz, secretario general del DSP, los informes que los médicos reunieran durante sus visitas domiciliarias tenían que ser consignados en dos cédulas, una individual y otra familiar.

En lo que respecta al enfermo, debía quedar asentada su edad, profesión, número de familiares con los que vivía, su salario mensual, las condiciones de la casa que habitaba y las medidas higiénicas que tomaba. En lo tocante a las cédulas familiares, éstas debían incluir el tipo de relación o parentesco que el familiar tenía con el enfermo. Además, la circular insistía en que los inspectores estaban obligados a realizar a los familiares de los enfermos de lepra, un examen bacteriológico de las mucosas nasales y de sensibilidad cutánea cada treinta días, durante tres meses. En caso de que éstos presentaran manifestaciones de la enfermedad, también les debían hacer exámenes de atrofas musculares.³⁷

Una vez que se diagnosticaba a un enfermo, los agentes sanitarios del Servicio de Profilaxis recomendaban su aislamiento dentro de una pieza especial en su hogar, para reducir la probabilidad del contagio y evitar la “promiscuidad” con los sanos. A estas recomendaciones se agregaba, también, la idea de lavar por separado las ropas de los enfermos y de quemar los útiles de curación, pues los salubristas aseguraban que:

Aun los lazarinos que viven en la incuria más completa, pueden destruir por medio del fuego, sus vendas, algodones, trapos y demás materiales con que curan sus lesiones abiertas, por lo que interesa persuadirlos para que así lo hagan, obteniéndose [*sic*] con ello un efectivo progreso profiláctico, pues en

³⁶ “Circular núm. XIII”, en González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 534.

³⁷ *Ibid.*, p. 535.

otra forma esos desperdicios seguramente serán factores de contaminación en el seno de la familia del enfermo y aun fuera de ella.³⁸

Con relación a los tratamientos, el Servicio de Profilaxis estipulaba que los médicos o enfermeras encargados de vigilar a los enfermos debían estar capacitados para ello. De igual forma, debían saber qué tipo de tratamiento era el más conveniente para cada caso, e indicar a los enfermos la forma de aplicarlo cuando se tratara de un tratamiento por vía oral.³⁹ Cabe destacar que buena parte de estas medidas estaban influidas por las resoluciones del Congreso Internacional de la Lepra, celebrado en El Cairo, en marzo de 1938.

En este Congreso, la Subcomisión de Epidemiología integrada por los doctores Briercliffe y Cochrane, reconoció que la lepra era una “enfermedad infecciosa propagada principalmente por el contacto directo” entre un enfermo y un sano. Además, subrayó que en virtud de que se desconocía el modo exacto de transmisión de la lepra, cualquier método de profilaxis era empírico.⁴⁰ No obstante, exhortó a los leprólogos a realizar una serie de censos epidemiológicos en las zonas de mayor índice de infección, como medida para reconocer a los enfermos de lepra y las condiciones sanitarias en que se encontraba cada uno de ellos, y sugirió desarrollar dos tipos de censos: uno extenso o general y otro particular.

En el caso del censo extenso, la Subcomisión recomendó realizar un examen clínico al mayor número de pobladores, en las zonas donde se tenía conocimiento de que existía un foco endémico. Después de haber examinado y confirmado en los individuos la presencia de la lepra, los inspectores debían trazar un mapa de la zona, indicando las calles donde había sido descubierto cada enfermo y los servicios sanitarios con que contaba (corriente de agua, letrinas

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.* Algunos de los medicamentos recomendados a los enfermos para evitar una evolución rápida de su padecimiento, eran el aceite de chaulmoogra y los éteres etílicos como el Antileprol Bayer, posteriormente llamado Chaulmestrol. En lo que respecta al aceite de chaulmoogra, éste era una solución en gotas, que los médicos recomendaban tomar después de los alimentos y en dosis crecientes hasta donde fuera tolerable. En cuanto a los éteres, éstos eran cápsulas que debían ser ingeridas en dosis progresivas, comenzando desde una hasta diez cápsulas diarias. Ver. “Circular núm. X”, en González Urueña, *La lepra*, 1941. Con respecto al tema de los fármacos suministrados por los médicos a los enfermos, ver capítulo IV de esta tesis: “El carácter experimental de los tratamientos antileproso”.

⁴⁰ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, “Epidemiología”, 1938, p. 698.

públicas, etc.). En el censo particular, se debía inscribir a los enfermos descubiertos, con su respectivo informe clínico, con énfasis en el tipo de lepra que padecían.⁴¹

Otras de las recomendaciones propuestas por los epidemiólogos para ejercer un mayor control sobre los enfermos de lepra, era la observación continua de éstos y de sus familiares sanos. La Subcomisión consideraba que una de las formas de prevenir la enfermedad era “enseñar al público en general a conocer los signos tempranos del mal”.⁴² Es decir, exhortaba a los médicos participantes en las campañas a distribuir propaganda con sugerencias higiénicas e información científica acerca de la lepra: métodos de profilaxis que debían seguir las familias en donde se encontrara un enfermo con lepra, y características clínicas de los diferentes tipos de lepra. Sugería, además, que esta propaganda tuviera por objetivo disipar el temor exagerado a la lepra.

En opinión de los doctores Briercliffe y Cochrane, las campañas debían considerar dos tipos de aislamiento de los enfermos: a domicilio, cuando éstos no fueran infectantes ni presentaran lesiones abiertas; y en establecimientos especiales, en el que los enfermos quedaran separados de los sujetos sanos, cuando se considerara que aquéllos constituían un peligro de salud pública. En ambos casos –opinaban – sin ninguna excusa los enfermos debían ser vigilados constantemente y tratados con alguna medicación, dependiendo de la naturaleza de su caso.⁴³

La Subcomisión de Epidemiología, además, consideró que el aislamiento de los enfermos era importante porque impedía la “extensión” de la enfermedad y evitaba que los enfermos con lesiones abiertas contagiaran a la población. También, porque permitía reducir el número de casos de lepra infantil, ya que de acuerdo con algunos médicos estaba comprobado que cuando los enfermos convivían con niños dentro de sus hogares, éstos eran más susceptibles de “infectarse con el bacilo de la lepra”.⁴⁴ Por ello, destacaban la importancia del

⁴¹ *Ibid.*, p. 695-697.

⁴² *Ibid.*, p. 698.

⁴³ *Ibid.*, p. 698-699.

⁴⁴ Da Silveira, *The preventorium*, 1941, p. 6-8; Report of the Subcommittee, “The epidemiology”, 1938, p. 373-374.

diagnóstico temprano de la lepra en los niños como medida para tratar a tiempo a los infantes infectados o, en todo caso, para alejarlos de sus padres enfermos y poder criarlos en un ambiente sano.⁴⁵

Sacudir la indiferencia y canalizar el temor

Hacia finales de 1938, como prueba del esfuerzo que los dispensarios realizaban para empadronar y descubrir a los enfermos del país, el dispensario “Ladislao de la Pascua” logró identificar en la ciudad de México 401 enfermos, y someter a 690 familiares a exámenes bacteriológicos.⁴⁶ Al año siguiente, el doctor Latapí, por entonces director del Dispensario “Ladislao de la Pascua” y presidente de la Sociedad Mexicana de Dermatología, inició junto con otros médicos el curso sobre enfermedades de la piel para médicos graduados. Este curso, auspiciado por la Sociedad de Dermatología y la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, incluía esencialmente el estudio de algunas enfermedades cutáneas como la lepra y el mal de pinto, y de otras como el cáncer y la sífilis que tenían una gran trascendencia dentro de ese grupo de enfermedades.⁴⁷

Para Fernando Latapí, el divulgar el estudio de la lepra propiciaba no sólo la profesionalización de la Dermatología, sino también el desarrollo de bases sólidas de profilaxis. Él creía que había que recurrir a la educación higiénica de la población para persuadir a los enfermos de recibir atención médica. Asimismo, consideraba que había que transformar lo que él calificaba de indiferencia de la profesión médica ante la lepra, en un interés por ella. En su trabajo de ingreso a la

⁴⁵ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1938, “Epidemiología”, p. 700.

⁴⁶ González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 354.

⁴⁷ Latapí, “Veinticinco”, 1963, p. 77-80. La mayor parte de estos cursos impartidos por la Sociedad estuvieron a cargo de Eugenio Latapí, dermatólogo de la Secretaría de Educación Pública; Salvador González Herrejón, Manuel Cañas y Vicente Ramírez; profesores de la clínica de Dermatología en la Facultad de Medicina; Fernando Latapí y Antonio Dubón, jefes de clínica de Dermatología en la Facultad de Medicina, y Roberto Núñez Andrade, jefe del Servicio de Lepra de la Secretaría de Asistencia Social. Algunos de estos cursos estuvieron centrados en el diagnóstico y tratamientos en Dermatología, las micosis de la piel, los niños enfermos de la piel y la histopatología cutánea. Es importante señalar que anualmente la Sociedad Mexicana de Dermatología nombraba una nueva mesa directiva. En el primer año de su fundación, Salvador González Herrejón ocupó la presidencia, al año siguiente lo hizo Vicente Ramírez, y al siguiente Fernando Latapí. A partir de 1940, por iniciativa del doctor Manuel Cañas y algunos miembros de la Sociedad, el doctor Fernando Latapí fue nombrado secretario perpetuo. Desde ese año, las mesas directivas permanecieron en el cargo dos años.

Academia Nacional de Medicina, titulado *El diagnóstico temprano de la lepra*, Latapí afirmó que el principal enemigo de la campaña de profilaxis y en consecuencia de la inexactitud de los censos, era la ignorancia tanto de la población como de los médicos.

En su opinión, al no saber identificar la lepra, los médicos realizaban un diagnóstico ineficiente, y la situación de los enfermos empeoraba; éstos dejaban avanzar su mal, para después ocultarse por miedo o vergüenza de mostrarse en público.⁴⁸ Decía Latapí:

La ignorancia de los médicos debe combatirse, especialmente en los focos endémicos, por medio de cursos, conferencias y escritos en que se les [den] los conocimientos indispensables sobre la lepra en general, y sobre su diagnóstico temprano en particular; asimismo los estudiantes deben recibir una preparación siquiera elemental para que no ignoren este problema.⁴⁹

La importancia de estas acciones, subrayaba puntualmente Latapí dentro de su trabajo, radicaba en hacer que los médicos insistieran a los enfermos en que la lepra no tenía por qué inspirar vergüenza y que los dispensarios no representaban ningún peligro sino, por el contrario, un beneficio para tratarlos y ponerlos en mejores condiciones de salud. Para él, esta obra educativa debía resumirse en “sacudir la indiferencia y canalizar el temor”.⁵⁰

Otra propuesta impulsada por Latapí, en la cual –en su opinión– se encontraba la piedra angular del tratamiento útil y la profilaxis efectiva, era el diagnóstico temprano de la lepra. Aunque desde el Congreso de El Cairo en 1938, los epidemiólogos habían afirmado que este tipo de diagnóstico tenía por objetivo disipar el temor y tratar a tiempo a los enfermos de lepra, para Latapí resultaba, también, una medida que reducía proporcionalmente el número de enfermos y contagios. Coincidiendo con las ideas propuestas en el Congreso, Latapí señalaba que la lucha contra la lepra debía inspirarse en políticas de atracción que

⁴⁸ Latapí, “El diagnóstico”, 1939, p. 452.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 461.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 461-462.

insistieran que ésta, antes que un estigma, era una enfermedad de grandes consecuencias para la salud de los individuos si no se diagnosticaba a tiempo, y que el aislamiento no era estrictamente obligatorio pero sí benéfico, ya que con esta medida los familiares de los enfermos podían prevenir un futuro contagio.

Creía que los médicos sanitarios debían dejar de lado el tratamiento y el aislamiento como una obligación, o las medidas coercitivas impuestas por el Reglamento Federal de Profilaxis; y en cambio debían abocarse, sin ninguna impresión de coerción, a examinar sistemáticamente a los enfermos dentro de escuelas y poblaciones. Asimismo, a multiplicar dentro de los lugares que fueran focos endémicos las consultas públicas y gratuitas de Dermatología, pues sólo de esta manera los enfermos confiarían en la Campaña y desearían ingresar a los dispensarios para ser examinados y tratados, y la población racionalizaría el miedo hacia la lepra.⁵¹

Latapí creía que educando a los médicos adscritos a la Campaña e inspirando confianza en los enfermos era como se podían establecer bases sólidas y obtener resultados profilácticos contra la lepra. Por otra parte, sostenía que la resolución íntegra del problema de la lepra no radicaba totalmente en las acciones médicas y sanitarias. Desde su punto de vista, la lucha contra la lepra podía obtener resultados progresivos si en lugar de aislar de manera absoluta a los enfermos se preocupaba por el mejoramiento de sus condiciones de vida.⁵² En gran medida, estas propuestas de Latapí estaban influidas por los sucesos históricos en Noruega, donde –como antes señalé– para controlar la endemia de la lepra, el Estado y las autoridades sanitarias promovieron un programa de mejoramiento de las condiciones sociales de la población, y auspiciaron la creación de centros de investigación clínica y epidemiológica relacionados con la lepra.

Salvaguardando el orden social del contagio

Esta idea de que la lepra estaba fincada en factores socioeconómicos y no únicamente higiénicos, fue compartida por otros médicos. Para el doctor Fernando

⁵¹ *Ibid.*, p. 463-464.

⁵² *Ibid.*, p. 462-463.

Ávila de la Gala, la miseria y la alimentación deficiente de la mayoría de la población eran dos de los factores que contribuían al desarrollo de la lepra. En su opinión, estas dos circunstancias, junto con la promiscuidad en que vivían los enfermos, generaba un elevado número de contagios, con lo cual los hijos pequeños de los “leprosos” resultaban severamente afectados.

Ante esta situación de niños que habían adquirido la enfermedad por vivir íntimamente con personas enfermas con lepra, Ávila sugería alejar a los niños de los focos de infección, e impedirles que mantuvieran una relación con los enfermos.⁵³ Después de separar a los hijos de los “leprosos” del “medio familiar contaminado” –decía– había que internarlos en el asilo Damián de Veuster, auspiciado por la Sociedad Protectora de Leprosos, para proporcionarles todos los cuidados higiénicos y de alimentación que requerían, además de someterlos a una vigilancia médica para descubrir la posible aparición de la enfermedad.⁵⁴

Otro de los médicos que consideró la situación socioeconómica en que se encontraban los enfermos como uno de los elementos principales para el desarrollo de la lepra, fue el dermatólogo Alfonso Manuel Castañeda, director del dispensario “Salvador Garciadiago”. En su texto titulado *Bases para la campaña antileprosa en México*, presentado en el primer Congreso Regional de la Lepra, celebrado en Guanajuato en 1941, Castañeda afirmó que el “leproso” era un enfermo necesitado de una asistencia médica y social. Sin embargo, a diferencia de Fernando Latapí, él creía que la Campaña contra la Lepra debía enfocarse en la asistencia higiénica y profiláctica, pues no podía resolver las condiciones de vida de estos enfermos. Decía: “La campaña antileprosa en nuestra República, [debe] ser intensísima, no cejando un ápice por tales o cuales molestias que siempre se encuentran y que pueden detener cualquier buena intención; mi opinión es que debe ser sistematizada, intensa, individual, colectiva, activa y racional”.⁵⁵

De acuerdo con Castañeda, estas medidas garantizarían el descubrimiento de casos nuevos, una reducción de contagios y una reintegración del enfermo a la

⁵³ Ávila, *Lepra*, 1938, p. 35.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 49.

⁵⁵ Castañeda, “Bases”, 1941, p. 135.

sociedad para ejercer cualquier trabajo sin ningún peligro de infección. Dentro de lo que denominaba una campaña sistematizada, Castañeda sostenía que había que informar al enfermo que necesitaba de un tratamiento constante, y debía confiar en el leprólogo o médico general para mantener el seguimiento de su caso, puesto que la lepra era una enfermedad incierta en cuanto a sus síntomas.⁵⁶

Con respecto a lo que llamaba campaña activa y racional, proponía fomentar el conocimiento de la enfermedad mediante periódicos, revistas o mensajes radiofónicos, y hacerlos llegar a las clases menesterosas. Con esta publicidad – creía Castañeda– podría convencerse a la población de los beneficios que obtenía con la hospitalización o declaración de enfermos y familiares contagiados. Por otra parte, debido a que con frecuencia los agentes sanitarios de la Campaña y los médicos de los dispensarios no daban un seguimiento a los enfermos una vez que egresaban de ellos, Castañeda proponía como norma de control para los enfermos atendidos en los dispensarios y los asilados, elaborar cédulas de “alta condicional o definitiva”.

Recomendaba que cuando un enfermo asistente al dispensario o asilado dentro de éste presentara una “interrupción” en sus manifestaciones leprosas, los médicos le expidieran una “alta condicional” con el fin de permitirle volver a su vida normal. Dentro de esta cédula, los médicos debían comprometerse a realizar mensualmente, durante tres años, un examen clínico a los enfermos para confirmar su curación y en consecuencia, expedir su “alta definitiva”. En ese mismo sentido, señalaba Castañeda, un “examen positivo o la aparición de cualquier lesión nueva, anularía todos los exámenes anteriores y franquicias adquiridas, volviendo el enfermo a ser aislado y sometido a observación”.⁵⁷

Otras de las propuestas impulsadas por los médicos asistentes al primer Congreso Regional de la Lepra para reducir el número de contagios y proteger a aquellos que estaban infectados, fueron la creación de un seguro para “los leprosos” y el aislamiento absoluto de éstos dentro de alguna leprosería o dispensario. En lo tocante al seguro de los enfermos de lepra, los médicos consideraban que había que gravar con una pequeña cuota los espectáculos

⁵⁶ *Ibid.*, p. 135-136.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 139.

públicos con el fin de pagar un seguro a los familiares del enfermo que quedaba aislado y privado de su trabajo. Además, insistían que había que incluir a la lepra dentro de la tabla de enfermedades profesionales de la Ley Federal del Trabajo. Esta idea, de acuerdo con algunos médicos, radicaba en la omisión que la Ley Federal del Trabajo había realizado en torno a la lepra, y en el hecho de que la mayoría de los enfermos no tenían ningún apoyo legal, aun cuando hubieran contraído la enfermedad en su trabajo.⁵⁸

En cuanto al aislamiento absoluto, el médico Carlos M. Vela, consideró que había que segregar a los “leprosos” del “medio donde vivían”, separarlos de las personas que los rodeaban y llevarlos a un lugar construido “expresamente”, en el que estos enfermos vivieran. Opinaba:

Segregar a un leproso, es algo más que aislarlo. Lo primero nos enseña que hay que quitarlo del medio en donde vive, pero que se le puede colocar entre otros enfermos más o menos semejantes: en tanto que aislarlo nos dice que aquel enfermo debe estar solo. Combinando las palabras, convendremos en entender que estos enfermos deben estar separados en lo absoluto de las personas que los rodean, bien sean familiares íntimos o parientes cercanos, pero que [...] pueden convivir con otros leprosos.⁵⁹

Enfatizaba: “Segregar a un leproso, es aislarlo de la pequeña sociedad en la que vive, de parte, vegeta y muere: es colocarlo y llevarlo a un lugar en el que viva mejor; pero en compañía de otros leprosos, que como él hayan sido confinados y reclusos allá para bien de la sociedad en general”.⁶⁰ Vela sostenía que la reclusión de los enfermos, dentro de algún leprosario o sala de un hospital, era indispensable porque muchos de ellos podían contagiar a su cónyuge debido a la gravedad de sus lesiones y volverse una “carga pesada” por su imposibilidad de trabajar, además de ser objeto de asco y repulsión por parte de la sociedad al ver sus rostros y cuerpo deformados. Y concluía:

⁵⁸ Citado en Perches, “Legislación”, 1948, p. 479.

⁵⁹ Vela, “Necesidad”, 1942, p. 186.

⁶⁰ *Ibid.*

"[...] aquellos leprosos que están segregados y reclusos en leprosería, hospital pabelloncito o leprosería particular, no se fastidiaran pronto, puesto que [tendrán] cerca de sí y con frecuencia, la mirada del médico, el que si se porta caritativo con él en todos sentidos, [llegará] a ser considerado como su mejor amigo; como su segundo padre y como el único hombre que no le tiene temor, que lo oye, que lo ve y que lo atiende".⁶¹

Como puede apreciarse, para Vela el aislamiento constituía una forma de prevenir el contagio de la lepra en el seno familiar de los enfermos, y paradójicamente un beneficio ante el abandono y desprecio del que eran objeto los enfermos, social y familiarmente. Sin embargo, llama la atención su discurso paternalista y autoritario, que insistía en la necesidad de recluir a los enfermos en leproserías por el hecho de que muchos de ellos –aseguraba–, “escupían en todas partes llevando sus escupitinas diversos bacilos y microorganismos contagiantes”; cuando se encontraban asilados en sus casas, “por ignorancia o descuido no eran capaces de quemar los deshechos con que eran curados”, contribuyendo con ello a: “[...] una fuente de contagiosidad para propios y extraños, y [a] que las moscas en crecido número hagan un festín sobre esas inmundicias, para después ir a celebrar otro en las comidas mismas del enfermo y familiares, y para chuparles a los niños los lacrimales, las narices y las comisuras labiales”.⁶² Vela propuso construir los leprosarios necesarios para alojar a los enfermos, y crear un comité de ayuda para apoyar económicamente las familias de los enfermos reclusos en estas instituciones.

Es importante señalar que, pese a que durante el Congreso Regional de la Lepra los médicos impulsaron la creación de un fondo económico para ayudar a las familias de los enfermos reclusos en los dispensarios o en salas especiales, ni el DSP ni el gobierno aprobaron dicho programa. Por otra parte, otras de las propuestas impulsadas por los médicos asistentes a dicho congreso tampoco obtuvieron una respuesta favorable por parte del Estado. La construcción del

⁶¹ *Ibid.*, p. 188.

⁶² *Ibid.*, p. 189.

Instituto de Leprología, la inclusión de la lepra dentro de las enfermedades profesionales y la creación de cédulas de “alta definitiva y condicional”, por ejemplo, nunca se aprobaron ni pusieron en práctica. En cambio otras, como la difusión de la información sobre la lepra, el aislamiento absoluto de los enfermos en leproserías y la creación de preventorios para los hijos sanos de éstos, fueron aceptadas y recibieron el apoyo tanto de la profesión médica como de las autoridades sanitarias y federales.

Del aislamiento al crimen sanitario

La importancia de que en México las autoridades médicas establecieran la reclusión absoluta de los enfermos de lepra en asilos especiales, contribuyó a que los dermatólogos mexicanos se sintieran identificados con la comunidad internacional, tanto en las ideas que postulaban como en la experiencia sanitaria. Además, la reclusión de los enfermos trató de compensar la incapacidad de la Campaña y el desconocimiento por parte de los médicos de una enfermedad que era variable en sus síntomas, de la que no habían identificado la forma de transmisión y para la que carecían de una medicación específica.

El médico José de Jesús Castañeda aseguraba que para que la lucha contra la lepra fuera efectiva, de acuerdo con los cánones vigentes en la época, era indispensable que se coordinaran cinco instituciones: la del Servicio de Profilaxis de la Lepra, los dispensarios antileprosos, los asilos para enfermos e hijos sanos de éstos, las sociedades de asistencia privada y el Instituto de Leprología, entonces inexistente.⁶³

De acuerdo con él, el Servicio de Profilaxis como centro coordinador debía poseer cierta solvencia económica, para que junto con los dispensarios levantara los censos correspondientes de enfermos existentes en el país. Estas dependencias, aseguraba, debían buscar con apoyo de la sociedad los focos endémicos y controlar con exámenes periódicos a los enfermos que fueran descubiertos. Para obtener un control cuidadoso de los enfermos, Castañeda sugería que éstos fueran clasificados en “contaminantes y no contaminantes”, y

⁶³ De Jesús Castañeda, *Cómo resolver*, s.f., p. 9.

que los primeros fueran tratados en las leproserías y los segundos quedaran bajo el cuidado de los dispensarios, en donde se les indicarían los cuidados higiénicos que debían seguir.⁶⁴

En virtud de que –según él– los “leprosos contaminantes” constituían un problema de salud pública, y la segregación en leproserías era una solución profiláctica “aceptable”, Castañeda recomendaba fomentar dentro de éstas, como consuelo de la prohibición de libertad en la que se encontraban los enfermos, distracciones sanas que incluyeran algún deporte y el trabajo remunerado, ya que en su opinión:

[...] la segregación equivale al cautiverio y, en este caso, a un cautiverio sin culpa que puede ser transitorio –de algunos años– si se logra la curación clínica [...] Por lo tanto, debe proporcionársele [al enfermo] el máximo posible de confort y buen trato, a cambio de los cariños, de las distracciones y de las libertades que se le quitan; debe pugnarse por cerrar a su alrededor el ambiente de hogar de que se le arranca; fomentándole la idea de que se basta a sí mismo y de que aún es útil a sus familiares, facilitándole trabajo retribuido que al mismo tiempo que [ennoblezca] y distraiga sus días, tonifique su espíritu y [en el que] encuentre motivo de la propia existencia. Como elementos [indispensables] para el buen funcionamiento de las leproserías, deben incluirse los deportes y las distracciones sanas, principalmente la música.⁶⁵

Ante el desamparo familiar de los hijos sanos de los enfermos, y el económico de la mayoría de éstos, Castañeda apoyaba la idea de que se crearan preventorios para asilar niños cuyos familiares no estuvieran dispuestos a cuidarlos por ser hijos de “leprosos”. De igual forma, consideraba que se requería de la asistencia privada para ayudar económicamente a los enfermos y niños recluidos en los asilos. En su opinión, estas organizaciones también debían propiciar, mediante la distribución de propaganda, la ayuda económica de la

⁶⁴ *Ibid.*, p. 10-11

⁶⁵ *Ibid.*, p. 11-12.

sociedad y el acercamiento sin temor, entre ésta y los enfermos. Por último, añadía que se debía construir un Instituto de Leprología para que los dermatólogos pudieran realizar investigaciones científicas, encontrar alguna cura contra la lepra y, en consecuencia, poner las investigaciones del país al nivel de las realizadas en otras naciones.⁶⁶

Fernando Latapí coincidía en que se necesitaba de la cooperación de diversas instituciones, tanto públicas como privadas, para evitar que la lepra se convirtiera en un problema mayor de salud pública; sin embargo, para él, a diferencia de Castañeda y de las opiniones internacionales de que había que erradicar la existencia de la lepra recurriendo al aislamiento, la acción sanitaria que el Servicio de Profilaxis debía emprender tenía que centrarse en evitar la “difusión de la endemia” entre los sanos, pero sin caer autoritariamente en el confinamiento.

Aunque internacionalmente estaba admitido que la lepra era una enfermedad contagiosa y que la reclusión de los enfermos en asilos era una medida efectiva de profilaxis, para Latapí esta postura no era más que un pretexto para defender a la sociedad de un contagio. Para evitar que se impusiera una medida restrictiva a todos los enfermos o se cometiera –lo que consideraba– un “crimen sanitario”, encerrando a cualquier enfermo con lepra, Latapí afirmaba que había que inculcar en el personal sanitario el conocimiento clínico de los tipos de lepra, para distinguir entre los casos infectantes y no infectantes, y determinar el tipo de aislamiento más conveniente. En su opinión, los únicos enfermos que debían estar segregados dentro de leproserías eran aquellos que de algún modo eran infectantes, es decir, enfermos con lesiones abiertas que constituían “el origen de nuevos casos entre quienes mantenían un contacto íntimo y sin precaución con ellos”.⁶⁷

En cuanto al aislamiento a domicilio, Latapí argüía que éste era una medida profiláctica de la cual podían obtenerse buenos resultados, si iba acompañada de un programa de cultura higiénica o mejoramiento de las condiciones de vida de los enfermos. Argumentaba, además, que de nada servían los esfuerzos

⁶⁶ *Ibid.*, p. 12-13.

⁶⁷ Latapí, “Lepra”, 1941, p. 736.

gubernamentales ni la acción aislada de médicos empeñosos o una propaganda que discreta e inteligentemente fuera dando una orientación correcta a la opinión pública respecto de la lepra, si no se contaba con un personal especial y específicamente preparado para esta lucha.⁶⁸

En su opinión, el Servicio tenía que comenzar por descubrir a todos los enfermos posibles, e inmediatamente realizar una estadística que mostrara las principales causas que provocaban la lepra. Para ello, argumentaba, se debían brindar consultas públicas gratuitas de Dermatología fuera de las grandes ciudades, en pueblos y rancherías, con el fin de diagnosticar a los enfermos y reunir datos acerca de las condiciones de vida en que se desenvolvían cada uno de éstos. La importancia de este diagnóstico temprano de la lepra –consideraba Latapí– radicaba en que impediría que los enfermos se convirtieran en casos infectantes e incurables, y permitiría a los médicos aplicar el tratamiento chaulmoógrico, medicación que en algunos casos mantenía indefinidamente en estado no infectante a los enfermos.⁶⁹

Para Latapí, la Campaña debía estar conformada esencialmente por “un grupo de personas perfectamente preparadas” en leprología, que instruyera a estudiantes y médicos con respecto a la lepra, para que en sus consultas privadas diagnosticaran adecuadamente la enfermedad. Asimismo, señalaba que la Campaña tenía que promover una política sanitaria basada en la persuasión y atracción de los enfermos para convencerlos de que tenían la esperanza de curarse y que la “declaración de su mal”, ante las autoridades sanitarias, reducía la probabilidad de un contagio entre sus familiares. Para Latapí, un simple reglamento y una leprosería no bastaban para acabar con la lepra, sino que había que “contar con un programa, personal, una política, suficiente dinero y un poco de pasión”.⁷⁰

⁶⁸ *Ibid.*, p. 737-738.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 732-734. Este tratamiento consistía en la ingestión de cápsulas y la aplicación de inyecciones intramusculares de aceite de chaulmoogra, un tónico de origen hindú utilizado desde el siglo XIX que a pesar de brindar poca efectividad, poseía la peculiaridad de ser menos tóxico y tolerable, en comparación con los arsenicales que los médicos inyectaban a los pacientes para frenar la evolución de su enfermedad.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 740-741.

III. RECLUSION, ASISTENCIA Y VIDA COTIDIANA. EL LEPROSARIO DE ZOQUIAPAN

Actuación sanitaria y combate a la lepra en los primeros años del gobierno de Cárdenas

En diciembre de 1934, el general Lázaro Cárdenas asumió la presidencia de la República. Durante los primeros meses de su gobierno, su gabinete estuvo conformado por personas vinculadas a Plutarco Elías Calles. Al principio se creía que la política mexicana continuaría siendo dominada por Calles; sin embargo, Cárdenas se distanciaría políticamente de él e impulsaría medidas que contravenían los intereses callistas. Una de las medidas que tomó Cárdenas para contrarrestar la influencia política de Calles, fue la sustitución de generales callistas por nuevos mandos en las jefaturas del ejército. A ello se sumó su apoyo al movimiento obrero que se encontraba en huelga para mejorar sus condiciones de trabajo, y a los grupos de campesinos para que continuaran luchando por la dotación de tierra.¹

En junio de 1935, una vez que Cárdenas comenzó a desvincularse de Calles; conformó un nuevo gabinete esta vez sin elementos callistas. Asimismo, realizó expulsiones y desafueros en las cámaras legislativas federales y estatales, e incluso denunció a Calles ante la Procuraduría General de estar preparando un movimiento armado contra el gobierno. Aunque la investigación no se efectuó, en abril de 1936 Calles abandonó el país para residir en Estado Unidos.²

A partir de ese momento, la política mexicana quedó desvinculada de su pasado callista. Lázaro Cárdenas, entonces, propuso dar prioridad a la solución del problema agrario, intensificando el reparto de tierras y canalizando todos los recursos de que se disponía para reestructurar la “economía del campo”. En este proceso, de convertir al ejido en el eje de la economía agraria, el presidente impulsó nuevos proyectos dentro de algunas secretarías. A la Secretaría de Hacienda, por ejemplo, le encomendó un programa de crédito para ejidatarios y

¹ Meyer, “La institucionalización”, 2004, p. 853-854; Medin, *El minimato*, 1991, p. 148-153.

² Nava, *Ideología*, 1984, p. 232; Medin, *El minimato*, 1991, p. 158; Meyer, “La institucionalización”, 2004, p. 854.

pequeños propietarios; mientras que la Secretaría de Economía asumió la tarea de organizar cooperativas en diversos lugares; la Secretaría de Comunicaciones fue la encargada de construir carreteras y caminos que conectaran zonas agrícolas con los mercados; la Secretaría de Educación, por su parte, llevó a cabo la educación rural para “capacitar cultural y técnicamente” a los campesinos; y el Departamento de Salubridad estableció servicios de atención médica en distintas regiones del campo.³

En 1936, por disposición presidencial, el Departamento de Salubridad Pública (DSP) creó en diferentes entidades del país los servicios sanitarios ejidales, posteriormente transformados en servicios rurales cooperativos. Durante este año, fueron instaladas 36 unidades sanitarias.⁴ Las unidades sanitarias ejidales, en general, estuvieron conformadas por un médico, dos enfermeras, un mozo, un médico auxiliar y un chofer. Dentro de éstas, los médicos además de asistir a los pobladores tenían que realizar un estudio epidemiológico de su zona indicando las condiciones sanitarias que guardaba ésta, las enfermedades que prevalecían y los índices de mortalidad.⁵ Por otra parte, por acuerdo presidencial, se inició la construcción de drenajes en zonas rurales y la dotación de agua potable para evitar las enfermedades intestinales.⁶

En 1937, después de que fueran instaurados los servicios sanitarios ejidales, el DSP creó la Oficina de Higiene Rural y Medicina Social para organizar servicios sanitarios dentro de localidades campesinas que carecían de ellos. Durante el gobierno cardenistas, los programas de saneamiento y asistencia rural recibieron el apoyo de otras instituciones como el Instituto de Higiene, la Escuela de Salubridad, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, y la Fundación Rockefeller. En el caso de esta última, junto con el DSP, impulsó la formación de cinco unidades sanitarias en el estado de Morelos, para controlar

³ Hernández, “Algunas”, 1982, p. 15-19; Córdova, “El nuevo”, 1987, p. 93-122.

⁴ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 47-48. Entre los lugares donde quedaron instaladas estas unidades se encontraba el estado de Michoacán, de Yucatán y la Comarca Lagunera.

⁵ *Ibid.*, p. 155.

⁶ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 47-48.

algunas enfermedades transmisibles, impartir cuidados pre y post natales, asesorar a las parteras y establecer servicios de salud escolar y dental.⁷

Otra de las instituciones que contribuyeron a los servicios sanitarios rurales fueron las escuelas de Medicina de la ciudad de México y de Michoacán. Por decisión del DSP, en 1935 la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo propusieron que tanto médicos, como enfermeras, farmacéuticos y dentistas realizaran durante seis meses su servicio social en una localidad rural. El servicio social tenía como propósito: descentralizar los servicios médicos que estaban centralizados en los principales centros de población, contribuir al mejoramiento de la salubridad de poblaciones rurales que carecían de ésta, y preparar en salud pública a los pasantes de Medicina.⁸

Los estudiantes estaban obligados a impartir cursos de higiene personal y medicina preventiva, señalando a los campesinos las medidas que debían adoptar para impedir la propagación de enfermedades contagiosas. Además, debían realizar un estudio de las condiciones sanitarias de las comunidades en que se encontraran y formular un proyecto para mejorarlas.⁹ De acuerdo con Anne Emanuelle Birn, “lo que comenzó como un intento, durante el gobierno de Cárdenas, por llevar la medicina curativa a las comunidades rurales, gradualmente se convirtió en una red de servicios médicos integrados”, en los cuales el servicio social se institucionalizó.¹⁰

A pesar de que durante el gobierno de Cárdenas se puso especial atención en los servicios médicos rurales, el DSP continuó impulsando campañas a nivel nacional, para erradicar enfermedades transmisibles como el paludismo, la oncocercosis, y la tuberculosis.¹¹ También, formó proyectos de asistencia infantil. Entre 1938 y 1939 fueron creadas las oficinas de Alimentación Infantil, Educación

⁷ Carrillo, “Salud”, 2005, p. 161-162; Birn, “Buscando”, 2005, p. 297-298.

⁸ Whetten, “Salud”, 1982, p. 170; Alanis, *Gustavo Baz*, 1994, p. 113-117.

⁹ Whetten, “Salud”, 1982, p. 171-172.

¹⁰ Birn, “Las unidades”, 1996, p. 224-225.

¹¹ En lo que se refiere a la lucha contra el paludismo, durante este año, el DSP invirtió cerca de \$140,000 en la adquisición de medicamentos. Por lo que toca a la tuberculosis, el DSP intensificó su Campaña estableciendo centros anti-tuberculosos, entre los que destacó el Hospital de Perote, Veracruz. “Programa de labores para 1937”, AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 46, exp. 3.

Higiénica y Epidemiología Infantil, las cuales tenían por objetivo distribuir servicios complementarios de alimentación (desayunos pre-escolares y escolares), impartir cursos de “puericultura” y establecer programas de higiene y protección infantil para reducir el problema de mortalidad que era frecuente durante esta etapa.¹² Por otra parte, el DSP con ayuda de la Secretaría de la Asistencia Pública fundó a principios de 1939 algunos hogares sustitutos infantiles que se encargaban de la educación y salud de niños que carecían de familiares o habían sido abandonados por éstos.¹³

Po lo que toca a la lucha contra la lepra, a principios de 1936 el gobierno de Cárdenas otorgó a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la cantidad de \$50.600 pesos para comprar la hacienda de Zoquiapan que se encontraba en el Estado de México, e iniciar la construcción de una leprosería que quedaría a disposición del DSP.¹⁴ Ese mismo año comenzó la construcción de la leprosería bajo la dirección del arquitecto Manuel Ortiz Monasterio. De acuerdo con Jesús González Urueña, la Sección Técnica de Obras Sanitarias, que era la encargada de realizar los planos, retomó algunos detalles de otras leproserías como la de Culión, en Filipinas; la de Molokai, en Hawai y la de Fontilles, en España. Asimismo, consideró los informes del arquitecto José Villagrán García y del médico Ángel de la Garza Brito, quienes habían viajado a Carville, Lousiana, para conocer directamente el funcionamiento de la leprosería que se encontraba en ese lugar.¹⁵

¹² Secretaría de la Asistencia Pública, “La asistencia”, 1940, p. 36-38; Martínez, et al., *El Consejo*, 2000, p. 41-43.

¹³ De acuerdo con la Secretaría de la Asistencia Pública, los hogares sustitutos fueron clasificados en cuatro categorías: para menores de hasta 8 años; para jóvenes entre 8 y 20 años; para adultos de 20 años en adelante, y para ancianos. En el caso de los hogares sustitutos para infantes, éstos quedaban bajo el cuidado de un cuerpo médico, de enfermeras y trabajadoras sociales, quienes se encargaban de vigilar que los niños recibieran una educación adecuada, asistieran a la escuela y no carecieran de útiles de trabajo. Secretaría de la Asistencia Pública, “La asistencia”, 1940, p. 101-102.

¹⁴ Aunque no disponemos de un informe que aclare las causas por las cuales fue elegida la hacienda de Zoquiapan para construir allí el leprosario; todo parece indicar que la ubicación del asilo en las afueras de la ciudad buscaba mantener alejados a los enfermos de los centros urbanos, por temor a posibles contagios.

¹⁵ González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 626-627. No disponemos de estos informes pero por otro trabajo sabemos que la leprosería nacional de Carville, inaugurada en 1924, fue una institución de aproximadamente 375 hectáreas, compuesta por 15 edificios que eran ocupados por los funcionarios técnicos y administrativos, y por siete pabellones destinados a los enfermos sin

Durante los cuatro meses que el arquitecto Ortiz Monasterio estuvo al frente del proyecto, fueron construidos veintidós pabellones con un presupuesto de \$197.598,06 pesos; sin embargo, en abril de 1936 las obras pasaron a depender de la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas. Entre abril y agosto de 1936, la construcción del leprosario quedó a cargo del ingeniero Fernando Beltrán y Puga, pero en septiembre del mismo año se encargó de ella el arquitecto Vicente Suárez Ruano. A partir de 1938, la construcción del inmueble dependió del ingeniero Juan Hurtado, quien finalmente la terminó en octubre de 1939. En general, el gobierno de Cárdenas invirtió en la construcción del leprosario \$1.746.878,20 pesos, suma hasta entonces nunca destinada en México al combate a la lepra.¹⁶

La lepra y los “leprosos” ante la prensa

Durante el tiempo en que estuvo en construcción el leprosario de Zoquiapan, otros dispensarios y hospitales albergaron y proporcionaron tratamientos a los enfermos de lepra. El Hospital General de la ciudad de México, que los había atendido, clausuró en noviembre de 1938 el pabellón donde residían algunos de ellos, por falta de condiciones para aislarlos y seguirlos tratando. A partir de entonces, los enfermos fueron trasladados al lazareto militar de Tlalpan para hombres y a la casa Hogar Esperanza para mujeres, el cual había sido fundada ese mismo año.¹⁷

En cuanto al primero, los enfermos ocuparon un edificio en ruinas compuesto por dos grandes salones en los cuales de manera improvisada se

recursos. La capacidad de cada pabellón era, aproximadamente, para veinte enfermos. Contó, además, con nueve pabellones residenciales, habitados por árabes, griegos, chinos, norteamericanos y enfermos de otras nacionalidades; y con dos iglesias, destinadas al culto católico y protestante. En cuanto a los servicios médicos y asistenciales, el leprosario contaba con un personal especializado en leprología, con departamentos de fisioterapia, rayos X, quirúrgico; salas de inyecciones, de lavado, desinfección, de exámenes clínicos, operaciones, y una farmacia. En general, los enfermos eran separados, dentro de los pabellones, de acuerdo con su “raza”. Durante el día, se les permitía convivir, y ejercer todo tipo de actividades. Aunque el trabajo no era obligatorio, había enfermos que trabajaban en labores domésticas, en los talleres de carpintería y en la sección de agricultura, los cuales eran gratificados con 10 y 40 dólares. Asimismo, un día por semana los enfermos debían realizar la limpieza de su pabellón y les estaba permitido organizar bailes o conciertos musicales. Ver. De Souza Araujo, *A lepra*, 1929, p. 36-52.

¹⁶ González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 627; Secretaría de la Asistencia Pública, “La asistencia”, 1940.

¹⁷ González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 60.

encontraban los dormitorios, el comedor y la sala de curaciones. En el exterior había un patio abandonado y sucio, en cuyo centro se erguía una torre que servía para abastecer de agua a los asilados. La casa Hogar Esperanza, en cambio, contaba con sala de curaciones, comedor y grandes dormitorios bien organizados. Cabe destacar que la Secretaría de la Asistencia Pública concedió a las enfermas de este lazareto un subsidio de un peso diario para su manutención y tratamiento, el cual recibían en el dispensario “Ladislao de la Pascua”, al que eran llevadas semanalmente en ambulancias especiales.¹⁸

Debido a la falta de asistencia en los estados, los enfermos decidían viajar a la ciudad de México para ser atendidos, lo que convertía a la capital en un foco endémico. En 1939, la mayoría de los enfermos residía en la colonia Buenos Aires. A decir del semanario *Hoy*, en esa colonia vivían cerca de 3 mil proletarios en la miseria. Aseguraba, que los enfermos de lepra tenían grandes sufrimientos, por “estar cayéndose a pedazos”, vivir en extrema pobreza y hacinados con sus hijos, a los que condenaban a la enfermedad.¹⁹

Según esta revista, la lepra no era un problema moral ni médico, sino de trascendencia social que afectaba a los “pueblos pobres”. Sostenía que debía “arrancar lágrimas y llenar de consternación a la sociedad” por el sufrimiento en que se encontraban algunos enfermos, los cuales eran consideradas “un estorbo para la sociedad”, “piltrafas humanas”, o como el mismo semanario los describía: “muertos que caminan, que piensan y que sufren”.²⁰ La revista advertía que el leprosario de Zoquiapan tenía que ser un asilo para albergar a “varios cientos de enfermos, curarlos y mitigar sus penas morales”, pues si la lepra era un peligro para la gente pobre, también lo era para la gente sana que se relacionaba “con los lazarinos, en los mercados, en los almacenes de ropa, en los teatros, en los paseos, en la escuela y en los templos”.²¹

Otras publicaciones que dieron cuenta de la insalubridad y mendicidad en que vivían algunos enfermos de lepra, las cuales menospreciaban y

¹⁸ *Ibid.*, p. 60-66.

¹⁹ “Los muertos que caminan, que piensan y que sufren”, *Hoy*, 24 de septiembre de 1938, núm. 83.

²⁰ *Ibid.*; “El problema de la lepra en México”, *Hoy*, 31 de septiembre de 1938, núm. 84.

²¹ “El problema de la lepra en México”, *Hoy*, 6 de octubre de 1938, núm. 85; “El problema de la lepra en México”, *Hoy*, 12 de octubre de 1938, núm. 86.

estigmatizaban a los enfermos,²² fueron los periódicos *Nuevo Día*, *La Prensa*, *El Nacional* y *Novedades*. En estos diarios, los periodistas sostenían que en la colonia Buenos Aires, la Obrera y en otros barrios populares de la ciudad, abundaban “almácigos de leprosos”, que se encontraban en el tranvía, los camiones, en el cine, en baños públicos y en peluquerías, y que, además no tenían “empacho alguno en exhibir sus lacras en plena calle”.

En opinión de un lector del periódico *Novedades*, los “leprosos” le horrorizaban y por ello, se proponía “denunciar a todos los que encontrara por la calle que solían ser muchos, para que fueran internados en el amplio leproscario de Zoquiapan”. Agregaba, que en virtud de que el gobierno había invertido cerca de dos millones de pesos en la construcción de éste, no había: “disculpas para que los asquerosos enfermos del mal de Lázaro, anden por esas calles, siendo [sic] elementos de contagio para todo el mundo”.²³

El leproscario de Zoquiapan y la administración interna

En diciembre de 1939 el leproscario de Zoquiapan fue inaugurado con el nombre de “Dr. Pedro López”, entre los límites de la capital de país y el Estado de México.²⁴ En el acto de inauguración estuvieron presentes burócratas, médicos y vecinos de la localidad.²⁵ Durante la inauguración, el doctor Núñez Andrade reconoció lo

²² De acuerdo con Erving Goffman, un estigma es un atributo, es decir, una cualidad personal de un individuo que lo vuelve diferente de los demás, y a modo de efecto, produce un descrédito amplio hasta reducirlo en un ser inficionado, por el hecho de poseer un defecto o desventaja. Un estigma, también, es una perspectiva para explicar una “animosidad” basada en diferencias, que en ocasiones recaen en la inferioridad y el peligro que representa una persona con ciertos atributos. Para Goffman, existen tres tipos de estigmas: aquellos que se refieren a las abominaciones del cuerpo, que incluyen las deformidades físicas; los que recaen sobre defectos del carácter del individuo como las perturbaciones mentales, las adicciones y las conductas extremistas; y por último, los estigmas tribales susceptibles de ser transmitidos por herencia, como lo son “la raza”, la nación y la religión. Ver. Goffman, *Estigma*, 1970. La lepra, en este caso, es una enfermedad que produce un estigma de carácter físico ya que, como hemos mencionado, causa fuertes laceraciones en los individuos que la padecen, al grado de deformar ciertas partes del cuerpo.

²³ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 36, “No más leprosos en las calles”, *Novedades*, diciembre de 1939, y libro 50, “El número de leprosos en el país aumenta”, *La Prensa*, enero de 1942.

²⁴ Actualmente, el ex-leproscario funge como un Hospital General bajo el mismo nombre, y está ubicado en la carretera federal México-Puebla en el kilómetro 34.5 de Zoquiapan, Ixtapaluca.

²⁵ González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 657-659; AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 36, “Cómo fue inaugurado el leproscario de Zoquiapan por el Lic. Guerrero”, *La Prensa*, diciembre de 1939. Entre las personalidades que presenciaron la

monumental que era la obra, y su capacidad para dirigir el asilo que, esperaba, se convertiría en un Instituto de Leprología. Por su parte, el doctor José Siurob destacó que mientras no se encontrara un medio curativo, los enfermos debían ser aislados en el leprosario a pesar de que –en sus palabras– la “peligrosidad de contagio” era relativamente pequeña. En este sentido, confiaba en que Zoquiapan brindaría mediante la recreación, el trabajo y el deporte, un lugar de desahogo, confort y alegría a los enfermos, sobre todo –añadía– cuando: “el leproso sigue siendo el más abandonado, el más repulsivo y el más mísero de los seres humanos, a pesar de ser un ser comprensible, sensible, quizá bondadoso y aun dotado de virtudes”.²⁶

Oficialmente, el leprosario quedó a cargo de la Secretaría de Asistencia Pública²⁷ y fue dividido en dos secciones: la primera quedó destinada a las habitaciones del personal administrativo y médico, y la otra a las de los enfermos. La parte sur, construida expresamente para el “personal sano” contó con tres “casas habitación” para médicos y practicantes, el administrador y la servidumbre. La otra sección, al norte, circunscrita por una barda y una cerca alambrada, incluía una habitación para el conserje, un pabellón para empleados y dos oficinas para el director y el administrador, las cuales se encontraban en la entrada del asilo.

inauguración del leprosario, destacaron: los licenciados Silvestre Guerrero, secretario de la Asistencia Pública, y Raúl Castellanos, regente de la ciudad de México; los doctores José Siurob, jefe del DSP; Jesús Díaz Barriga, subsecretario de la Asistencia Pública; Jesús González Urueña; jefe de la Campaña contra la Lepra; Guillermo Lechuga, subdirector de Asistencia Infantil; Leopoldo Calvillo, presidente de la Beneficencia Privada; Rómulo Velasco Ceballos, periodista e historiador; Roberto Núñez Andrade, entonces director del establecimiento; y algunos médicos, practicantes, enfermeras y vecinos de la localidad.

²⁶ González Urueña, *La lepra*, 1941, p. 658; AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 36, “Un nuevo leprocomio solemnemente fue inaugurado ayer”, *Novedades*, diciembre de 1939.

²⁷ Durante el periodo colonial, la Corona Española permitió que la Iglesia se hiciera cargo de los orfanatorios, casas cuna, albergues, asilos y hospitales, los cuales eran sostenidos con recursos provenientes de limosnas y obras pías. Con las Leyes de Reforma y la secularización de los bienes del clero, la administración de estas instituciones quedó a cargo del gobierno de la República y de grupos altruistas de carácter público o privado. En 1881 el gobierno creó el Departamento de Beneficencia Pública, dependiente de la Secretaría de Gobernación, con facultades para vigilar la beneficencia privada, así como el sostenimiento y administración de las instituciones hospitalarias. Posteriormente, en 1924 el gobierno estableció la Junta de la Beneficencia Pública, la cual se encargó de gestionar la construcción y, en su debido caso, la modificación de establecimientos dedicados a la atención médica. A mediados de la década de 1930, el presidente Lázaro Cárdenas reconoció que debía sustituirse el concepto de beneficencia por el de asistencia pública. De esta manera, en 1938 entró en vigor el decreto de creación de la Secretaría de la Asistencia Pública. Ver: Ortiz, *En los sesenta*, 2003, p. 31-40.

Frente a éstas, se localizaba la clínica que contaba con un almacén, una farmacia, y un archivo clínico, así como una sala de curaciones, de operaciones, un gabinete dental, de oftalmología, otorrinolaringología, fisioterapia, rayos X y un laboratorio. Detrás de este edificio estaban cuatro pabellones para “leprosos encamados”, uno para infecciosos y una cárcel para “enfermos dementes o culpables”. Además, en la parte oriente se encontraban ocho pabellones para “leprosos ambulantes” de uno y otro sexo, separados por la cocina, el comedor, los baños y la peluquería. Atrás de éstos, estaban ubicados veinte pabellones para matrimonios, que colindaban con un campo deportivo. En el otro extremo, estaba situada la biblioteca, la sala de necropsias y el casino destinado a la proyección de películas, juegos de esparcimiento y montaje de obras de teatro; mientras que en la parte central del leprosario estaban instalados los pabellones de lavandería y desinfección, y las calderas (ver fig. 1).²⁸

Desde el punto de vista institucional, el leprosario fue construido para recluir y proveer de tratamiento médico a aproximadamente 600 enfermos de lepra que, en cierta manera, eran incapaces de cuidarse por sí mismos y de ser atendidos por sus familiares, y que constituían involuntariamente una “amenaza” ya que deambulaban entre la sociedad con sus lesiones abiertas, provocaban repugnancia y podían –de acuerdo con las autoridades gubernamentales– provocar una epidemia mayor. En este sentido, Zoquiapan fue reconocido como un lugar que constituía un bien nacional que, a expensas del aislamiento de los enfermos de lepra, realizaba una “limpieza moral y ciudadana”.²⁹

²⁸ González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 356-358.

²⁹ Durante la primera mitad del siglo XIX los médicos, apoyados en la teoría miasmática sostenían que una de las causas frecuentes de las enfermedades, eran los malos olores; es decir, se creía que las emanaciones de gases de los pantanos eran la verdadera causa de las enfermedades transmisibles. A partir de 1870, cuando médicos como Luis Pasteur y Roberto Koch determinan que diversos gérmenes patógenos son los responsables de diversos padecimientos, surgieron nuevos postulados científicos y prácticas higiénicas. El impacto que la teoría de los gérmenes o bacteriológica tuvo sobre la sociedad provocó que se fomentaran hábitos y prácticas de higiene en las zonas corporales de los individuos, en la vivienda y en los espacios sociales. El aislamiento de los enfermos dentro de “espacios sanitarios” para evitar el contagio de alguna enfermedad fue, fundamentalmente, una medida imprescindible durante estos años y los posteriores, para regular la salud y el cuidado de los individuos. Ver. Vigarello, “De la higiene”, 2006, p. 325-369; Agostoni, “Los infinitamente” 2005, p. 167-192. Erving Goffman, de hecho, afirma que dentro de la sociedad existen diferentes instituciones con fines declarados al logro de algún objetivo, ya sea económico, educativo, de adiestramiento, de tratamiento médico, psiquiátrico o “purificación religiosa”; las

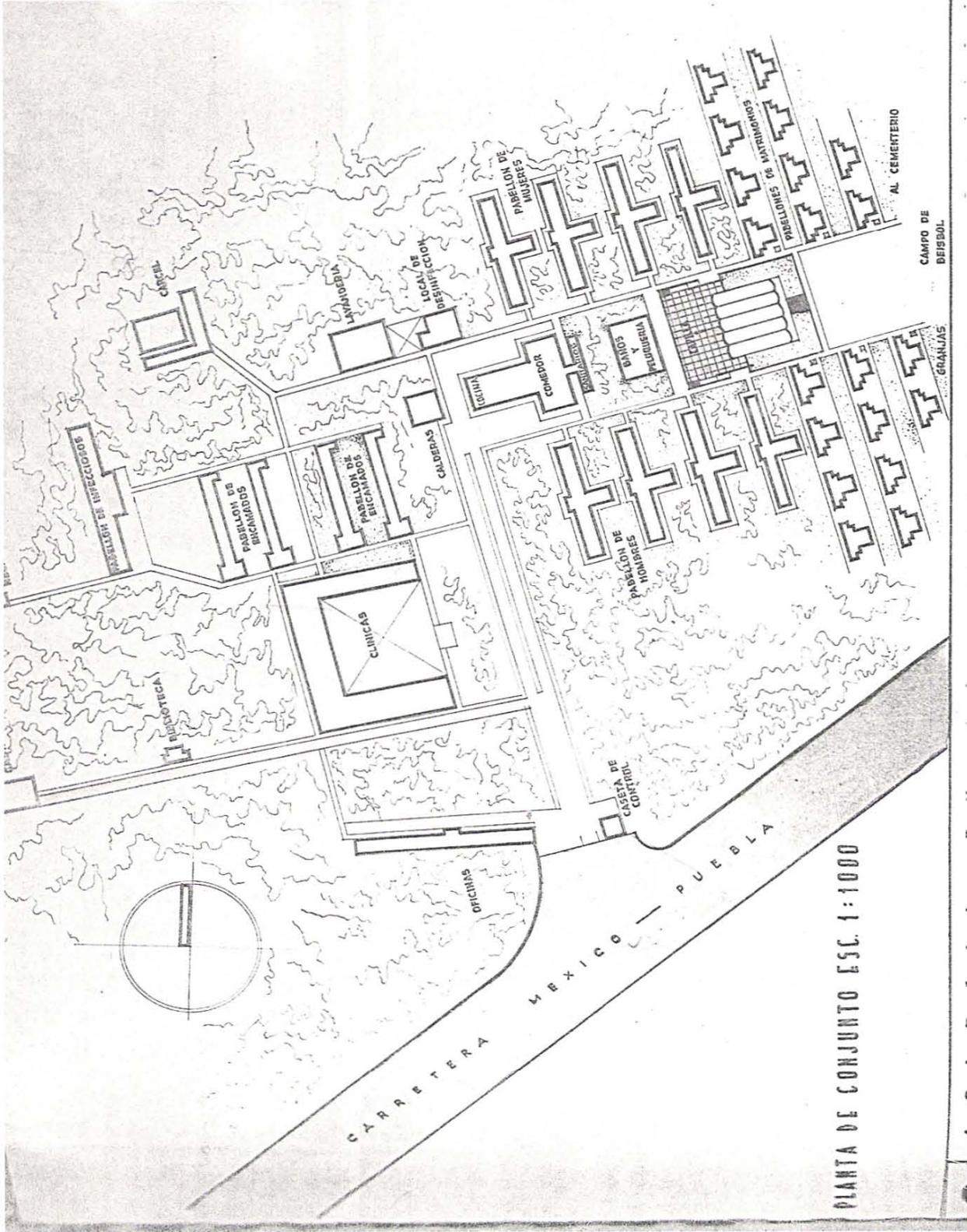
De la misma manera en que Zoquiapan fue construido para aminorar la tensión que existía entre la sociedad y los enfermos; las autoridades de la Secretaría de la Asistencia Pública intentaron crear en su interior un régimen administrativo y de vigilancia. La dirección de la leprosería quedó en manos de un Consejo directivo designado por el secretario de la Asistencia Pública. Este Consejo, estaba compuesto por un presidente y dos consejeros, uno técnico y otro sanitario. A ellos, estaba encomendada la tarea de supervisar el funcionamiento adecuado de la leprosería. Trimestralmente tenían que rendir un informe sobre las labores llevadas a cabo en el asilo y, si se requería, proponer alguna medida para que éste funcionara mejor.³⁰

Una vez al mes el presidente del Consejo directivo tenía que realizar una inspección del establecimiento. Aunque él era la más alta autoridad en Zoquiapan, en realidad era el consejero técnico el que se hacía cargo de la dirección del asilo. Éste, tenía que velar el cumplimiento del reglamento interno y las disposiciones dictadas por la Secretaría de Asistencia Pública. Además, debía organizar, coordinar y vigilar al personal médico y de enfermería, así como sus horarios de trabajo, turnos y guardias. Al consejero sanitario le correspondía resolver los problemas de higiene que se presentaran al interior del leprosario, dictaminar qué enfermos ameritaban ser internados y encargarse de las altas o permisos de salida solicitados por los enfermos recluidos. Para evitar que hubiera negligencia en el diagnóstico, la Secretaría de la Asistencia Pública propuso que el consejero sanitario fuera el jefe del dispensario antileproso del Distrito Federal, que en ese

cuales, además, encaran un tipo particular de tensión. Los leprosarios, en este sentido, son instituciones que “auspician” la salud colectiva ante una enfermedad relativamente contagiosa y peligrosa, como lo es la lepra. A este tipo de instituciones, Goffman las denomina “totales”, y las define como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”. Para él, las instituciones totales pueden clasificarse en cinco grupos: a) las que se encargan de cuidar a personas incapaces e inofensivas como los son los hogares para huérfanos y ancianos; b) las erigidas para cuidar personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen una amenaza involuntaria, como los hospitales generales, psiquiátricos y leprosarios; c) las que protegen a la sociedad contra quienes constituyen intencionalmente un peligro como las cárceles; d) las que están destinadas al cumplimiento de una tarea de carácter laboral, como las escuelas y cuarteles, y e) los establecimientos concebidos para la formación de religiosos o como refugios espirituales, que son los conventos. Ver. Goffman, *Internados*, 2001.

³⁰ Secretaría de la Asistencia Pública, *Reglamento*, 1942, p. 23.

Fig. 1. Plano del leprosario de Zoquiapan



momento era el doctor Fernando Latapí, un especialista en asuntos de leprología.³¹

En cuanto al personal del servicio médico, éste estaba integrado por médicos dermatólogos, enfermeras, farmacéuticos y médicos especialistas. De acuerdo con el reglamento interno, para poder pertenecer a este servicio tanto los médicos como las enfermeras debían tener un título de médico cirujano o enfermera y conocimientos en leprología, mientras que los farmacéuticos debían tenerlo de ciencias químicas. Para poder llevar de manera eficiente el cuidado de los internos, el personal médico estaba integrado por jefes de servicios, que se encargaban de supervisar y coordinar las labores que desempeñaban los demás médicos; por médicos responsables de los pabellones, que se encargaban de la atención médica de los enfermos y los exámenes clínico de éstos; y por un médico interno, que debía permanecer doce horas en el establecimiento y hacerse cargo de los casos de emergencia que se presentaran en el interior de la leprosería.³²

Las enfermeras, por su parte, eran las asistentes de los médicos de los pabellones y se encargaban de atender diariamente a los enfermos. Ellas eran supervisadas por una jefa de enfermeras que, por orden del consejero técnico, tenía que organizar los turnos y guardias, y llevar una bitácora de labores. El farmacéutico, que también era parte fundamental en el servicio asistencial de los asilados, debía permanecer al frente de su trabajo cinco horas diarias, y tenía la responsabilidad de llevar el inventario de los medicamentos con que contaba la farmacia, entregarlos a los médicos que los solicitaran y realizar los pedidos necesarios.³³

Mientras los médicos dermatólogos y enfermeras eran quienes atendían diariamente a los internos, los médicos especialistas permanecían, cuando menos, dos horas diarias en el establecimiento y acudían, si así se requería, en casos de urgencia. Por ejemplo, el anatomopatólogo, se encargaba de practicar las autopsias de los enfermos fallecidos dentro del leprosario, y de rendir un informe inmediato al jefe del servicio técnico sobre las causas que habían provocado dicha

³¹ *Ibid.*, p. 24-25.

³² *Ibid.*, p. 25-28.

³³ *Ibid.*, p. 28-30.

muerte. El médico del laboratorio tenía a su cargo la realización de los estudios clínicos e histopatológicos de los enfermos; y el cirujano tenía bajo su responsabilidad la práctica de todas las intervenciones quirúrgicas que requirieran éstos.³⁴

En cuanto a las autoridades encargadas de las funciones administrativas, la Secretaría de la Asistencia Pública nombró un administrador que se ocupaba de manejar los fondos de la leprosería y llevar un registro de las deficiencias de las diferentes dependencias de ésta; así como un ecónomo y un almacenista que, bajo la supervisión del administrador, tenían que llevar la contabilidad de la despensa y víveres proporcionados a los enfermos, y procurar la conservación de los artículos que se encontraran en el almacén. Con respecto a la disciplina que debía imperar al interior, el comisario y el conserje estaban encargados de vigilar los pabellones, las entradas y salidas de los pacientes y del personal administrativo, y de levantar las actas correspondientes de las faltas de conducta de los enfermos.³⁵

La asistencia y el control sanitario

La importancia de que en Zoquiapan existiera un “dispositivo institucional”, es decir un conjunto de normas, medidas administrativas y ciertas decisiones arquitectónicas, obedeció al hecho de que por este medio las autoridades podían ejercer un control sobre los enfermos y el personal, observarlos y ajustar adecuadamente los cuidados médicos. Así, el leprosario fue una institución que además de proporcionar tratamiento médico a los enfermos de lepra, vigiló a quienes se encontraban internados, para evitar que imperara la indisciplina y, en cambio, el hospital funcionara como un establecimiento organizado que brindara asistencia a los enfermos y seguridad a la sociedad.³⁶

³⁴ *Ibid.*, p. 27-28.

³⁵ *Ibid.*, p. 30-34.

³⁶ De acuerdo con Michel Foucault, un dispositivo institucional es “un conjunto resueltamente heterogéneo que implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas: en síntesis [...] El dispositivo es la red que puede establecer entre esos elementos” que, en un momento histórico dado, ha tenido como función principal la de responder a una urgencia [...]. Citado en Azaola, *La institución*, 1990, p. 19-20. Un ejemplo de cómo

A principios de 1940, una vez que fue inaugurado el leprosario, el DSP ordenó el traslado a Zoquiapan de los enfermos que recibían atención médica en el lazareto militar de Tlalpan. Otros que se encontraban aislados en el dispensario “Ladislao de la Pascua” o dentro de las colonias donde abundaban enfermos, también fueron trasladados mediante ambulancias hasta el leprosario. En el caso de los enfermos provenientes de los estados, donde las clínicas y dispensarios no contaban con los recursos suficientes para atenderlos, los agentes sanitarios del Servicio de Profilaxis contra la Lepra se encargaban de gestionar su traslado ante el DSP.³⁷

Durante varias semanas las autoridades sanitarias reunían un grupo de enfermos, que previamente habían sido convencidos de internarse en un lugar donde se les prestaría atención médica, para que no “contaminaran” a las personas que tenían trato con ellos, los cuales eran embarcados en ferrocarril o en autos especiales hacia la ciudad de México. Debido a que la mayoría de los enfermos de lepra se encontraban en condiciones de salud lamentables, el Servicio de Profilaxis contra la Lepra asignaba personal médico para el traslado y vigilancia de los enfermos que enviaba al lazareto. Inmediatamente después de que éstos llegaban al leprosario, los vehículos que habían servido como transporte eran fumigados y desinfectados para evitar cualquier contagio al público que los utilizara.³⁸

Una vez que los enfermos eran internados en el leprosario, los médicos de los pabellones se encargaban de elaborar las historias clínicas. En ellas, se incluía información personal acerca del paciente: edad, lugar de origen, estado civil y número de familiares con los que vivía. Asimismo, se anotaban los principales síntomas del interno y una crónica que describía cómo creía haber contraído la

funcionaban los dispositivos institucionales durante el siglo XVIII en Francia e Inglaterra, para disciplinar a los individuos dentro de los hospitales, los cuarteles militares y penitenciarías, se encuentra de manera particular dentro del capítulo “Los cuerpos dóciles” de: Foucault, *Vigilar*, 2001, p. 139-174.

³⁷ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 36, “Leptosos internados en el leprocomio de Zoquiapan para su mejor atención”, *La Prensa*, enero de 1940, y “Los enfermos del lazareto militar pasan a salones de la leprosería Dr. Pedro López”, *El Universal*, febrero de 1940.

³⁸ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 50, “Un carro con leptosos a esta capital”, *El Popular*, septiembre de 1941, y “Medidas para el transporte de leptosos por F.C. a Zoquiapan”, *El Popular*, octubre de 1941.

enfermedad y desde hacía cuánto tiempo, y si había recurrido a algún médico. Al final, los médicos anexaban el diagnóstico completo del enfermo, en el que figuraba el tipo de lepra que padecía y la ubicación que le correspondía. En ocasiones, los médicos agregaban al expediente clínico una fotografía de las lesiones del paciente, que servía como registro para observar el avance o detenimiento de la enfermedad.

Para los médicos del asilo, estas historias clínicas eran importantes porque permitían la identificación y clasificación del paciente. Constituían un “sistema de registro o acumulación documental” que servía para obtener un conocimiento particular tanto de la evolución de la enfermedad en los pacientes como de la eficacia de ciertos tratamientos. Por otra parte, eran un registro mediante el cual podían descubrir casos similares, compararlos, establecer grupos y fijar normas médicas.³⁹

En general, cada pabellón tenía una capacidad para albergar entre veinte y treinta enfermos. Dentro de éstos, los pacientes eran divididos de acuerdo con su sexo. Además, cada uno de los pabellones contaba con un cuarto de curaciones, una cocina, baños con regadera y una pequeña sección para la ropa limpia y sucia. Durante el primer año, el leprosario admitió a 258 enfermos; sin embargo, finalmente quedaron recluidos aproximadamente doscientos enfermos, debido a las constantes bajas, fugas y defunciones que se presentaban en el establecimiento. Por estas razones, el leprosario fue una institución que nunca sufrió de sobrecupo aun cuando anualmente recibía cerca de un centenar de enfermos (ver cuadros 1 y 2).

³⁹ Para Michel Foucault estos registros o exámenes, utilizados dentro de las penitenciarías y hospitales europeos del siglo XVIII, eran fundamentalmente una “mirada normalizadora, una vigilancia que *permitía* calificar, clasificar y castigar”. Además, agrega, eran un medio por el cual se podía disciplinar a los individuos y constituir en objeto de poder y saber, que correlativamente abría dos posibilidades: reducir al individuo como objeto descriptible a rasgos específicos para observar su evolución o aptitudes; y, por otra parte, establecer un sistema comparativo que permitía medir fenómenos globales, describir grupos y hechos colectivos. Ver. Foucault, *Vigilar*, 2000, p. 189-198. En el caso de los registros de los enfermos asilados en Zoquiapan, éstos –más allá de ser un instrumento disciplinario– eran documentos que servían para conocer los síntomas de la enfermedad y se recurría a ellos, ya que los médicos llevaban una bitácora que describía la mejoría de los enfermos una vez que eran tratados con ciertos medicamentos. En este sentido, los médicos podían establecer qué tipo de tratamientos eran los más adecuados para curar a los enfermos de lepra y evitar posible riesgos.

**Cuadro 1. Enfermos internados en Zoquiapan durante los años
1940-1946**

Año	Número de enfermos internados en Zoquiapan	Pacientes varones	Pacientes mujeres
1940	258	162	96
1941	175	119	56
1942	93	58	35
1943	118	85	33
1944	111	70	41
1945	97	63	34
1946	117	78	39
TOTAL	969	635	334

Fuente: Elaborado por el autor.

**Cuadro 2. Número de defunciones y bajas de enfermos internados en
Zoquiapan (1940-1946)**

Año	Defunciones	Bajas
1940	16	14
1941	17	38
1942	24	47
1943	46	40
1944	44	57
1945	41	40
1946	37	52
Total	225	288

Fuente: Elaborado por el autor.

A pesar de que la lepra es una enfermedad que no hace distinciones sociales, vulnera particularmente a estratos sociales pobres. Casi todos los asilados en Zoquiapan eran pacientes de escasos recursos, dedicados al campo, a las labores domésticas y a una diversidad de oficios como la carpintería, la albañilería y el comercio (ver cuadro 3). También, en su gran mayoría, eran hombres cuya edad oscilaba entre los 20 y 39 años (ver cuadro 4). De acuerdo con los testimonios incluidos en las historias clínicas de los internos, éstos ingresaban al establecimiento por decisión propia, en busca de un tratamiento que les permitiera curarse y volver a su vida normal.

Cuadro 3. Oficios desempeñados por los internos antes de su ingreso a Zoquiapan

Labores domésticas	270
Campesinos	199
Jornaleros	55
Ninguno	55
Militares	32
Comerciantes	26
Albañiles	14
Chofer	11
Panadero	9
Lavandera	9
Otros oficios	283

Fuente: Elaborado por el autor.

Cuadro 4. Número de enfermos internados en Zoquiapan por grupo de edad

Edad	Número de enfermos
0-5 años	6
6-9 años	9
10-19 años	111
20-29 años	268
30-39 años	283
40-49 años	144
50-59 años	76
60-69 años	45
Más de 70	16
Se ignora	11
Total	969

Fuente: Elaborado por el autor.

Ese fue el caso de Máximo R., un campesino del estado de Guerrero, quien, abandonado por sus padres, fue criado desde pequeño por sus abuelos, y a la edad de 20 años contrajo la enfermedad. Decidió viajar a la ciudad de México en busca de un tratamiento, el cual –según él– no le fue proporcionado en ninguna institución, hasta que ingresó a Zoquiapan. Desde entonces –relata– “se sintió muy tranquilo y contento al saberse en un lugar seguro por sus alimentos y, más que nada, por sus curaciones”.⁴⁰

Por otro lado, había enfermos que ingresaban –según ellos– porque les habían “pintado de una manera hermosa la situación que reinaba en todos sus aspectos en ese establecimiento”.⁴¹ En ocasiones, los enfermos eran internados por los médicos de los dispensarios para analizar la evolución de su enfermedad, debido a que suspendían el tratamiento que seguían, o a los problemas que tenían cuando eran tratados con algún medicamento en particular. En el caso de estos pacientes, las historias clínicas referían que con frecuencia acudían con médicos que no eran especialistas en Dermatología, que confundían el diagnóstico de la lepra con intoxicaciones, reumatismo, erisipela, sífilis, várices o alguna otra

⁴⁰ Hospital Pedro López de Zoquiapan (en adelante HPLZ), exp. 969, Máximo R.G. Ingreso: 7 de noviembre de 1946. Defunción: 6 de julio de 1960.

⁴¹ HPLZ, exp. 376, Pedro B.M. Ingreso: 8 de octubre de 1941. Baja: 20 de abril de 1942.

enfermedad. Como consecuencia de este diagnóstico, los médicos suministraban medicamentos equivocados que agravaban los síntomas.⁴²

También, había internos que consultaban tardíamente a un médico especialista, cuando su enfermedad estaba sumamente avanzada. En estos casos, los médicos les aplicaban inyecciones de étiléteres yodados, azul de metileno, mixtura de mercado o plualvorín, para evitar que se agravara su padecimiento; sin embargo, estos medicamentos provocaban una “reacción leprosa”, es decir, la agudización de la enfermedad. Por último, había enfermos que decidían internarse en Zoquiapan para evitar actos de discriminación, ya que entre los pobladores de algunos estados persistía el miedo al contagio y un prejuicio por el “aspecto impotente” que ellos mostraban.⁴³ Incluso, se daban casos de enfermos que decidían ingresar a Zoquiapan en virtud de las agresiones físicas y morales que sufrían por parte de la sociedad. De acuerdo con el testimonio de algunos de ellos, la gente: “[les tenía miedo], se [horrorizaban] de pensar que, en un futuro, sus caras se [convertirían] en horribles máscaras, sus cuerpos [podían ser] corroídos por llagas como las nuestras [sic] y que los dedos se les [caerían]”.⁴⁴

Vida cotidiana y orden institucional

En el momento que los enfermos ingresaban a Zoquiapan, las autoridades del establecimiento entregaban a los internos un uniforme. Después, procedían a indicar las normas que debían seguir dentro del leprosario, con el fin de que no imperara la indisciplina. Algunas de estas medidas, aprobadas por el Consejo directivo, que entonces estaba integrado por los doctores Jesús González Urueña, Julio Bejarano y Fernando Latapí, prohibían que los enfermos, hombres y mujeres, se reunieran durante la noche en los espacios libres del asilo. Únicamente, podían

⁴² HPLZ, exp. 34. Virginia M.G. Ingreso: 3 de enero de 1940. Defunción: 9 de mayo de 1942; exp. 89, Aurelia P.P. Ingreso: 6 de enero de 1940. Defunción: 16 de mayo de 1943; exp. 199. María G.G.C. Ingreso: 17 de julio de 1940. Defunción: 29 de abril de 1942; y exp. 259. Victoria V.A. Ingreso: 31 de diciembre de 1940. Defunción: 1 de abril de 1942.

⁴³ HPLZ, exp. 953. Nicolasa G.A. Ingreso: 3 de septiembre de 1946. Defunción: 24 de noviembre de 1984.

⁴⁴ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 40, “Veinte mil leprosos sin hospitalizar”, mayo de 1940.

reunirse en el día en “sitios públicos y en horas de recreo” o cuando las autoridades organizaban alguna actividad cultural o deportiva. Asimismo, quedaba prohibido que los internos cambiaran de pabellón y sustrajeran alimentos del comedor para consumirlos afuera.⁴⁵

Entre los beneficios que otorgaban las autoridades de Zoquiapan a los enfermos, se encontraban la visita diaria de sus familiares, en los lugares que el Consejo directivo designara, y los permisos temporales para salir de la leprosería, para que los internos arreglaran problemas personales. En este último caso, el consejero técnico y el sanitario se encargaban de conceder la salida y el traslado del paciente, el cual quedaba bajo la vigilancia de personal especial.

Los asilados acudían desde temprano a la clínica para que los doctores les realizaran un examen médico. De acuerdo con Dolores Pliego, enfermera del asilo, mientras la puerta de la clínica se abría, los enfermos llegaban uno tras otro hasta ella, con pasos semicortados:

[...] llevando en sí la obsesión de una fe agonizante. Si notan que alguna persona extraña los observa en plan de curiosidad o compasión, ocultan su rostro avergonzados [...] Los hay de todas edades y de ambos sexos [*sic*], con aspectos más o menos ostensibles según el tipo de lepra que llevan [*sic*], y así se distinguen, desde las formas relativamente benignas por no ser contagiosas, hasta las formas malignas y fácilmente contagiosas. Terminada la cotidiana faena, la clínica se cierra.⁴⁶

Inmediatamente después, los enfermos regresaban a sus pabellones. Otros, se ocupaban en alguna actividad, y durante la tarde se reunían para tomar sus alimentos en el comedor. Para ello, se daban dos toques de campana: el primero era exclusivamente para servir a los enfermos que tenían una dieta y a los afanadores de los pabellones de encamados, que se encargaban de repartir las

⁴⁵ Secretaría de la Asistencia Pública, “Reglamento”, 1942, p. 34-35.

⁴⁶ Ramírez, “Breves”, 1941, p. 63.

comidas; mientras que el segundo, era para los demás enfermos, que acudían directamente al comedor a recibir su “ración normal” de alimentos.⁴⁷

A pesar de que en varios de ellos la enfermedad era crónica, el Consejo directivo autorizaba que algunos, bajo prescripción médica, realizaran diversas actividades físicas, se ocuparan de la limpieza de los pabellones o de los trabajos agrícolas en los terrenos aledaños a la leprosería, los cuales habían sido donados por la Secretaría de Asistencia para beneficio de los internos. Las autoridades consideraban que estos trabajos constituían un agente terapéutico, ya que “fortificaba el cuerpo, desentumecía los miembros contraídos” y hacía olvidar a los enfermos su situación y “negro porvenir”.⁴⁸

Los trabajos agrícolas eran valiosos medios de subsistencia para los enfermos, ya que la mayor parte de los productos cultivados eran consumidos dentro de la leprosería y otros vendidos fuera de ella, como ayuda económica para los internos. Para que los enfermos realizaran el cultivo de las tierras o la construcción de gallineros, el Consejo directivo tenía que expedir una autorización, además de que la Secretaría de Asistencia proporcionaba préstamos para el arado y los utensilios agrícolas.⁴⁹ Otras de las ocupaciones desempeñadas por los enfermos, las cuales eran remuneradas por la misma Secretaría de Asistencia con un peso diario⁵⁰, fueron las de carpintero, mesero, pintor, jardinero, carretillero, peluquero y ayudante de enfermera.

La Secretaría de la Asistencia entregaba anualmente a la administración de la leprosería \$18,250 pesos para el pago de las labores realizadas por los internos. Además, concedía cincuenta plazas de trabajo que cada tres meses eran

⁴⁷ HPLZ, exp. 221. Manuel D.V. Ingreso: 13 de noviembre de 1940. Defunción: 25 de noviembre de 1969.

⁴⁸ Secretaría de la Asistencia Pública, “Reglamento”, 1942, p. 34-35; González Urueña, “Obras”, 1943, p. 60-61.

⁴⁹ HPLZ, exp. 63. Manuel L.J. Ingreso: 4 de enero de 1940. Defunción: 9 de septiembre de 1946; HPLZ, exp. 77. Rafael P.M. Ingreso: 5 de enero de 1940. Defunción: 21 de junio de 1945; González Urueña, “Obras”, 1943, p. 61; González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 361. De acuerdo con Jesús González Urueña, los trabajos agrícolas que realizaban los enfermos siempre fueron productivos. Hacia 1942, por ejemplo, la producción agrícola fue de diez toneladas de maíz, mil kilogramos de frijol, cien kilogramos de haba, veinte mil piezas de calabaza y mil kilogramos de hortalizas.

⁵⁰ De acuerdo con Sara Aguilera Ríos, el salario mínimo diario, de 1936 a 1938, osciló entre \$1.31 y \$1.46 pesos. Sin embargo, en el periodo de 1943 a 1947 el salario tuvo un aumento de 52.9% respecto a la década anterior. Ver. Aguilera, “Estado”, 2005, p. 369-408.

rotadas entre los enfermos.⁵¹ Debido a que estas actividades eran bien remuneradas y constituían un ingreso económico para los internos, éstos con frecuencia solicitaban su colocación dentro de algún puesto de trabajo.⁵² Este fue el caso de Francisco C., quien enterado de la mala situación por la que atravesaba su familia, suplicaba con ímpetu que las autoridades lo tomaran en cuenta para ejercer labores de jardinería ya que, aseguraba, no “estaba impuesto [sic] a estar de flojo”, pues aun antes de que fuera internado, “trabajaba para estar a gusto y auxiliar a sus familiares”. Otros, reclamaban que no eran tomados en cuenta durante el cambio de plazas, y había quienes solicitaban algún trabajo dentro de los pabellones, para realizar la limpieza, pues en ocasiones éstos eran reportados como “focos de microbios”, a consecuencia de la enorme cantidad de objetos que los asilados tenían en sus habitaciones.⁵³

Había enfermos que eran músicos, los cuales no recibían ninguna remuneración, debido a que la Secretaría de la Asistencia consideraba que las actividades artísticas realizadas dentro del establecimiento servían como entretenimiento y no ameritaban retribución; sin embargo, dichas autoridades les proporcionaban el equipo e instrumentos necesarios para formar una orquesta y cubrir los actos y fiestas solemnes del asilo.⁵⁴ Las actividades musicales, las cinematográficas que se realizaban en el casino y las deportivas, constituían una distracción que mitigaba el sufrimiento de los enfermos durante el tiempo de su reclusión.

Los hijos enfermos de los pacientes recluidos en Zoquiapan, y los pacientes que eran menores de edad, recibían por parte de algunos internos lazarinos, que

⁵¹ González Urueña, “Obras”, 1943, p. 60-61; González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 361.

⁵² Algunos expedientes de los internos contienen misivas de las remuneraciones que recibían por el desempeño de su trabajo. Dentro de éstos, se puede constatar lo benéfico que eran los pagos de sueldo. Por ejemplo, mensualmente el sueldo de un empleado del casino ascendía a \$20.00 pesos; mientras que el del bibliotecario y la ayudante de enfermera eran de \$30.00 pesos mensuales. Ver. HPLZ, exp. 14. Ezequiel C.S. Ingreso: 3 de enero de 1940. Defunción: 31 de agosto de 1946; HPLZ, exp. 433. Godofredo C.V. Ingreso: 2 de enero de 1942. Defunción: 25 de marzo de 1946; HPLZ, exp. 684. Glarifa V.C. Ingreso: 17 de abril de 1944. Defunción: 20 de marzo de 1956.

⁵³ HPLZ, exp. 63. Manuel L.J. Ingreso: 4 de enero de 1940. Defunción: 9 de septiembre de 1946; HPLZ, exp. 243. Francisco C.R. Ingreso: 22 de noviembre de 1940. Baja: 25 de febrero de 1954.

⁵⁴ HPLZ, exp. 225. Faustino M.S. Ingreso: 13 de noviembre de 1940. Defunción: 16 de mayo de 1940

eran maestros, Historia, Matemáticas y Civismo. La enseñanza que se daba a los internos que asistían a estos cursos estaba enfocada principalmente al ejercicio de la lectura y la escritura, la Aritmética, la Geometría y las unidades de medida. En lo que respecta a la Historia, los enfermos eran educados en torno a la conmemoración de las fechas históricas importantes y el significado de personajes nacionales como Juárez e Hidalgo. Se daba un curso de lengua oral enfocado a la reproducción de cuentos y leyendas nacionales. Los enfermos también eran instruidos en hábitos de aseo personal, disciplina, cooperación y “moralidad”.⁵⁵

Finalmente, había internos que con autorización del Consejo directivo se dedicaban al comercio de pequeñas mercancías (azúcar, café, cerillos, veladoras y cigarros) en los espacios libres del leprosario y dentro del casino, “refugio lúdico” para los internos, destinado al juego de billar, dominó y ajedrez, así como a la proyección de películas y la escenificación de obras de teatro. De acuerdo con los expedientes de algunos enfermos, el casino era un lugar de grandes dimensiones, con un escenario, en el cual se efectuaban festivales y, los fines de semana, audiciones de radio.⁵⁶ La diversidad de oficios y ocupaciones realizadas por los enfermos dentro del leprosario es un ejemplo de la vida institucional y la construcción de medios por los cuales las autoridades buscaban que los enfermos aligeraran su estancia.⁵⁷

Cuando Zoquiapan fue inaugurado, los médicos y las autoridades gubernamentales confiaban en la idea de que iba a ser un lugar para proveer de tratamiento médico a los enfermos de lepra; sin embargo, como en muchos leprosarios de otros países, muy pronto el asilo se convirtió en una colonia de

⁵⁵ González Urueña, “Obras”, 1943, p. 63; HPLZ, exp. 237. María Guadalupe M.C. Ingreso: 22 de noviembre de 1940. Defunción: 2 de diciembre de 1946; HPLZ, exp. 121. Aurora A.G. Ingreso: 26 de febrero de 1940. Defunción: 20 de septiembre de 1944.

⁵⁶ HPLZ, exp. 196. Alfonso M.M. Ingreso: 5 de julio de 1940. Defunción: 8 de enero de 1980; HPLZ, exp. 427. Eugenio O.C. Ingreso: 29 de diciembre de 1941. Defunción: 22 de mayo de 1948; HPLZ, exp. 602. Rodolfo M.S. Ingreso: 26 de julio de 1943. Baja: 12 de enero de 1951.

⁵⁷ De acuerdo con Erving Goffman, una de las “tácticas” por las cuales las instituciones intentan que los individuos aligeren su estancia, es decir que lleven una vida relativamente placentera dentro de éstas con aportes útiles para la institución, es la “organización instrumental formal de actividades”. Con ello, afirma Goffman, las instituciones no sólo alcanzan sus fines estipulados, sino además intentan que los individuos asuman su estancia sin “repliegues ni mortificación”. Ver. Goffman, *Internados*, 2001, p. 70- 73 y 177-190.

“leprosos” separada del resto de la sociedad y con una organización propia.⁵⁸ A pesar de que las autoridades del leprosario plantearon desde el principio la necesidad de establecer un orden interno y de brindar la asistencia médica y social más adecuada posible a los enfermos, Zoquiapan comenzó a sufrir desde temprano los embates de la negligencia, la indisciplina y la falta de calidad de servicios.

Crisis asistencial y tensión institucional

Hacia 1940, las autoridades del leprosario enfrentaron una serie de problemas, como el limitado abastecimiento de agua para los enfermos y la falta de energía eléctrica. De acuerdo con Jesús González Urueña, cuando el leprosario fue construido, ninguno de estos recursos fue tomado en cuenta. A causa de ello, desde el inicio el servicio fue deficiente, y la dirección del nosocomio tuvo que improvisarlos e invertir en su instalación cerca de cien mil pesos.⁵⁹ Otro de los problemas que tuvieron que enfrentar las autoridades de Zoquiapan fue el problema sanitario que constituían los desperdicios de la sala de curaciones y de la cocina, que diariamente se tiraban dentro del asilo. Para evitar que constituyeran un foco de infección, el Consejo directivo invirtió en la compra de un horno incinerador que redujo la acumulación de desechos.⁶⁰

Estos problemas eran de planeación, pero las autoridades administrativas enfrentaron otro tipo de inconvenientes. Algunos de ellos fueron ocasionados por haber permitido que los asilados construyeran fuera de sus pabellones y en condiciones higiénicas inadecuadas, pequeñas “barracas” de adobe, con techos de lámina y pisos de tierra, fuera para vivir o para ejercer alguna actividad dentro de ellas.⁶¹ Estas construcciones que servían como cocina o corrales, y que además podían venderse mediante un contrato entre los internos, se encontraban en terrenos aledaños de la leprosería. En general, estas construcciones eran de

⁵⁸ Algunos trabajos que abordan el tema de los leprosarios como grandes colonias de enfermos incluye a: Edmond, *Leprosy*, New York, 2006; Gould, *A disease*, New York, 2005; Nogueira, “Prophylaxis”, Río de Janeiro, 2003, p. 95-121; Da Silveira, “Desvendando”, Río de Janeiro, 2003, p.397-414.

⁵⁹ González Urueña, *Memorias*, 1947, p. 360-362.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 362.

⁶¹ *Ibid.*, p. 359.

una sola pieza con una cocina integrada y un lavadero, que cuando eran vendidas entre los enfermos, oscilaban entre los \$100 y \$250 pesos.⁶²

Egon Erwing Kisch, periodista checoslovaco, que en 1940 llegó a México y cinco años más tarde publicó su libro *Descubrimientos en México*, visitó el leproulario y percibió el enorme contraste que se vivía en el asilo, pues aseguraba que:

A un lado de la leprosería de Zoquiapan, sostenida por el Estado, dentro del recinto separado del exterior por una verja, se alzan unas cuantas chozas de barro [...] Al lado de allá, delante de las pobres chozas, florecen en vez de los arriates del jardín, las basuras y miriadas de moscas revolotean en torno a ellas. En cada una de estas chozas pasa el día sentado un enfermo y junto a él su mujer, con la cara cárdena y sarmentosa como él; la mujer cuece tortillas y prepara tacos para los dos.⁶³

Asimismo, reconoció el estado lacónico bajo el que vivían los enfermos y los sufrimientos que padecían, pues según narra dentro de su crónica:

Cuando entras en la gran sala de los encamados, un enfermo se incorpora en la cama que hay junto a la entrada y se queda mirándote fijamente, como si sintiera todo lo que hay de injurioso en tu horror y quisiera vengarse de él. Sus ojos se clavan en los tuyos y crepita en ellos el odio, la ira y el desprecio, que parecen ir en aumento mientras te mide con la mirada. Todo en tu persona le desagrade e irrita. Tienes la sensación de que, de pronto, va a saltar de la cama y asestarte una herida mortal [...] Es ciego –me advierte el médico–, se pasa el día entero así, mirando al vacío. Hay muchos ciegos [...].⁶⁴

⁶² HPLZ, exp. 20. Ramón Z.Z. Ingreso: 3 de enero de 1940; HPLZ, exp. 549. Brígido O.G. Ingreso: 8 de marzo de 1943. Defunción: 28 de junio de 1947; HPLZ, exp. 570. Carlos J.G. Ingreso: 30 de abril de 1943. Defunción: 13 de diciembre de 1957.

⁶³ Kisch, *Descubrimientos*, 1959, p. 128.

⁶⁴ *Ibid.*

A pesar de que las autoridades establecieron en 1940 una guardia de vigilantes para prohibir que los enfermos, hombres y mujeres, se reunieran durante la noche en los espacios libres del asilo, ésta fue suprimida en años posteriores y se permitió la convivencia de los enfermos, lo cual –relata el doctor Jesús González Urueña en sus *Memorias*– demeritó la labor de cuidado y disciplina que debía imperar sobre los enfermos en el asilo. Por ello, no fue infrecuente que los internos formaran relaciones de unión libre y procrearan dentro del leprosario hijos que, inmediatamente, eran llevados a la casa cuna para evitar la transmisión de la enfermedad.

Así, por ejemplo, sucedió con María J. quien, internada a finales de 1940, comenzó a vivir en unión libre con un enfermo asilado, con quien procreó tres hijos. Por razones preventivas pero, sobre todo, porque no contaba con ningún familiar que pudiera hacerse cargo de ellos, ya que su abuelo se negaba a aceptarlos, los niños fueron internados en la casa cuna y posteriormente llevados a hogares sustitutos. María, sin embargo, los visitaba periódicamente.⁶⁵ Cabe señalar que el derecho de los enfermos de visitar a sus hijos y convivir con ellos estaba vedado a algunos internos, fuera por temor a un contagio debido a la gravedad de su enfermedad, o por el miedo colectivo que suscitaban en la población cuando salían de Zoquiapan para visitar a sus hijos internados en los hogares sustitutos.⁶⁶

Otro de los problemas al que las autoridades de Zoquiapan tuvieron que hacer frente fue el de la indisciplina de los enfermos y la fuga de éstos del asilo. Los conflictos generalmente eran resultado de inconformidades por la comida que se repartía entre los asilados o por el servicio médico que se les brindaba, y de la introducción de bebidas alcohólicas. En 1940, por ejemplo, el Consejo directivo intervino y resolvió una serie de irregularidades que los enfermos denunciaron, mediante una carta, ante el ministerio público y el procurador de justicia del Estado de México.

⁶⁵ HPLZ, exp. 226. María J.S.P. Ingreso: 13 de noviembre de 1940. Defunción: 14 de octubre de 1978.

⁶⁶ HPLZ, exp. 556. J. Luz O.L. Ingreso: 2 de abril de 1943. Baja: 10 de abril de 1943; HPLZ, exp. 616. Elisa P.S. Ingreso: 8 de septiembre de 1943. Baja: 11 de noviembre de 1944.

En dicha carta, los internos declararon que eran objeto de numerosos agravios. Según el testimonio de uno de los asilados, las fugas eran consecuencia del hambre, el pésimo servicio administrativo y los malos tratos que sufrían por parte las autoridades del asilo, que abusaban de su poder al encarcelarlos por pequeñas faltas administrativas, y al hacerles trabajar en las parcelas de cultivo sin los instrumentos necesarios. Los enfermos exigían una alimentación adecuada, un servicio médico y administrativo eficiente, ser dotados de la ropa que necesitaban para ejercer sus actividades, la regularización de los servicios de agua y luz, y que las autoridades encargadas de la vigilancia del asilo y los internos fueran removidas de su cargo o al menos cambiaran su actitud hacia ellos, ya que –aseguraban– los trataban como criminales y no como pacientes.⁶⁷

En el caso del servicio médico, la posibilidad de proveer una adecuada asistencia a los enfermos se vio afectada por la presencia de personal incompetente en las labores de enfermería. Había mujeres sin experiencia que muchas veces habían comenzado como afanadoras hasta conseguir plazas, aun cuando el reglamento establecía que desde su ingreso debían contar con títulos de enfermeras.⁶⁸ De acuerdo con testimonios de algunos enfermos reclusos en el leproario, los pabellones eran un verdadero “valle de lágrimas” por la falta de atención médica y de curaciones, ya que las enfermeras hacían caso omiso de las órdenes de curar a los asilados, además de que había días en que los internos no recibían ningún tipo de asistencia.⁶⁹

En relación con las fugas de los enfermos, las autoridades mostraron una incapacidad para establecer una vigilancia estricta que pudiera evitarlas. En los testimonios incluidos dentro de los expedientes de los pacientes del leproario, se observa que fue habitual que los internos se fugaran por los portillos de las bardas que delimitaban el asilo, ya fuera para visitar algún familiar o para comprar mercancía, incluyendo alcohol o drogas, en los pueblos cercanos, por lo que no

⁶⁷ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 36, “Queja de los leprosos que se encuentran en Zoquiapan”, *El Universal*, 4 de mayo de 1940.

⁶⁸ González Villarreal. “Entrevista”, 2007.

⁶⁹ HPLZ, exp. 71. Maximino H.Z. Ingreso: 5 de enero de 1940. Defunción: 1 de febrero de 1960; HPLZ, exp. 185. Miguel M.S. Ingreso: 15 de junio de 1940. Defunción: 7 de septiembre de 1946.

era raro que llegaran en estado de ebriedad o “bajo la acción de drogas enervantes”.⁷⁰

Cuando esto sucedía, el comisario del asilo, solía ordenar que los enfermos fueran reclusos dentro del pabellón de culpables. Sin embargo, había quienes únicamente recibían una amonestación que, desde el punto de vista disciplinario, no trascendía ya que –de acuerdo con los reportes del intendente y el comisario– los enfermos reincidían en esta falta, sin que el Consejo directivo determinara una medida. Por otra parte, había enfermos que cuando se fugaban se dedicaban a hurtar en las poblaciones cercanas o a deambular por ellas libremente.

Esos hechos provocaron que tanto el presidente municipal como los pobladores de Ixtapaluca, lugar donde se encontraba el asilo, se quejaron ante las autoridades del leprosario. Consideraban que además de los delitos que cometían los enfermos, éstos constituían un peligro de salud para sus familiares que vivían cerca de Zoquiapan. Debido a estos incidentes, el presidente municipal demandaba, con frecuencia, a las autoridades del asilo que estrecharan la vigilancia en el establecimiento para que sus internos no se fugaran. Por su parte, los pobladores solicitaban garantías de seguridad o, “en su defecto, autorización escrita para hacerse justicia por su propia mano”, con el fin de que no volvieran a repetirse estos actos.⁷¹

Al interior del leprosario las autoridades también enfrentaban delitos de “orden jurídico”, como el hostigamiento sexual de las mujeres, las riñas y los homicidios, que eran producto del “tráfico” e introducción de bebidas alcohólicas, que por entonces comenzaban a ser frecuentes entre los enfermos del asilo. Un ejemplo de estos actos lo constituyó el caso de José O., quien en 1944 fue detenido en el pabellón de culpables, luego de que Teresa G. testificara ante el comisario del asilo, Roberto Osuna, que José “había pretendido [ultrajarla] en el

⁷⁰ HPLZ, exp. 42. Lorenza M.M. Ingreso: 3 de enero de 1940. Alta: 1944; HPLZ, exp. 48. Macaria D.A. Ingreso: 3 de enero de 1940. Baja: 12 de agosto de 1987; HPLZ, exp. 461. Prócoro V.L. Ingreso: 9 de mayo de 1942. Baja: 30 de abril de 1947; HPLZ, exp. 737. Julio M.P.C. Ingreso: 14 de septiembre de 1944. Baja: 23 de noviembre de 1963.

⁷¹ HPLZ, exp. 123. Alfonso G.N. Ingreso: 27 de febrero de 1940. Defunción: 4 de agosto de 1942; HPLZ, exp. 249. Demetrio V.C. Ingreso: 3 de diciembre de 1940; HPLZ, exp. 421. José R.R. Ingreso: 22 de noviembre de 1940. Defunción: 11 de diciembre de 1964.

interior de los baños de mujeres, en donde ella estaba ayudando a su hermana a asear los baños”.⁷²

Simón A., también fue detenido dentro del pabellón de culpables, después que el comisario del asilo lo encontrara en estado de ebriedad realizando algunos desórdenes y “maltratando” a la enfermera de guardia. Sin embargo, más significativos fueron los casos de Lucas L., en 1941, y José C., en 1945, quienes estuvieron presos en la cárcel del leprosario por el delito de homicidio, una vez que ambos suscitaban una riña en contra de los enfermos José J. y Rafael P.⁷³ De acuerdo con el testimonio de un asilado, la inmoralidad y el desorden que imperaban durante las tardes y las noches, y que alteraban la vida de los enfermos, estaban motivados por la escasa vigilancia y la “excesiva benevolencia” de las autoridades con los enfermos.⁷⁴

Las autoridades del asilo intentaron evitar este tipo de conflictos mediante la detención de los enfermos en la cárcel del establecimiento, pero por su estado de salud no podían permanecer indefinidamente en ella. Por otra parte, el Consejo directivo, que por entonces estaba integrado por los dermatólogos Jesús González Urueña, Fernando Latapí y Julio Bejarano, dudaba si estos graves problemas debían ser “tratados por las autoridades judiciales de la jurisdicción en la que se encontraba el leprosario”, o en todo caso por el grupo de abogados con los que contaba la Secretaría de la Asistencia Pública, en virtud de que el asilo pertenecía a esta dependencia.⁷⁵

Las últimas “resonancias” de Zoquiapan

Poco después que Zoquiapan fuera inaugurado, el asilo se convirtió en un lugar hostil, antihigiénico, peligroso e incapaz de proveer el cuidado y tratamiento médico que los enfermos de lepra requerían. A medida que pasaron los años, el asilo fue criticado por la prensa, lo cual agravó aún más su imagen. Con

⁷² HPLZ, exp. 327. José O.C. Ingreso: 12 de septiembre de 1941. Alta: 29 de agosto de 1944.

⁷³ HPLZ, exp. 77. Rafael P.M. Ingreso: 5 de enero de 1940. Defunción: 21 de junio de 1945; HPLZ, exp. 224. José C.V. Ingreso: 13 de noviembre de 1940. Defunción: 11 de enero de 1954; HPLZ, exp. 368. Lucas L.E. Ingreso: 8 de octubre de 1941. Baja: 11 de septiembre de 1956; HPLZ, Exp. 758. José J.Z. Ingreso: 5 de enero de 1945. Defunción: 9 de julio de 1945.

⁷⁴ HPLZ, exp. 98. J Félix V.M. Ingreso: 8 de enero de 1940. Alta: 2 de junio de 1963.

⁷⁵ HPLZ, exp. 77. Rafael P.M. Ingreso: 5 de enero de 1940. Defunción: 21 de junio de 1945.

frecuencia, los periodistas se referían a él como un “verdadero pueblo de muertos que aún vivían, sucio, con nubes de moscas y malos olores”. Un mundo –a decir del escritor Eduardo Alonso– “muy suyo”, en el que, pese a que el Reglamento de Profilaxis contra la Lepra lo prohibía, se efectuaban matrimonios, y en el que “infinidad de enfermos portaban cuchillos, pistolas y otras armas que, en diversas ocasiones”, utilizaban en peleas entre ellos mismos.⁷⁶

En estas crónicas, los periodistas denunciaban la complicidad de las autoridades del leprosario, por el abandono del mismo y la falta de atención de los enfermos que carecían de asistencia médica nocturna. Criticaban, asimismo, que los internos obtuvieran permisos para salir del establecimiento, lo cual constituía un “evidente peligro de contagio para las personas que [podían] estar en contacto con los enfermos”.⁷⁷ En opinión de periódicos como *El Universal*, Zoquiapan era un lugar deplorable, en el que los enfermos vivían aislados, deprimidos por su enfermedad y sufriendo la repulsión, cuando lo que necesitaban era la ayuda material, la simpatía y la comprensión de la sociedad y las instituciones gubernamentales y de asistencia.⁷⁸

Debido a que las críticas de los medios impresos presentaban al asilo como una institución decadente y en total abandono, las autoridades de la Asistencia Pública tenían que trasladarse continuamente hacia Zoquiapan para confirmar la veracidad de los artículos y, en caso necesario, tomar alguna medida. Así sucedió, por ejemplo, en 1942 después que un grupo de enfermos protestaran en contra de los médicos y autoridades administrativas del leprosario por falta de atención médica y de medicinas, y a causa de la mala calidad de los alimentos que se les daban.⁷⁹

⁷⁶ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 78, “El leprocomio de Zoquiapan”, *El Universal*, 24 de julio de 1942; Eduardo Alonso Escarcega, “El mal de Lázaro”, *Vida*, 22 de septiembre de 1947, p. 27-29.

⁷⁷ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 78 y 45, “El leprocomio de Zoquiapan”, *El Universal*, 24 de julio de 1942; y “Pésimo estado del leprosario”, *Excélsior*, 6 de febrero de 1941.

⁷⁸ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 78, “El leprocomio de Zoquiapan”, *El Universal*, 24 de julio de 1942.

⁷⁹ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 78, “Asonada de un líder leproso”, *El Universal*, 9 de diciembre de 1942; “Seis mil leprosos andan libres en todo el país”, *Novedades*, 10 de diciembre de 1942; y “Demandas de los leprosos expuestas al doctor Baz”, *El Universal*, 10 de diciembre de 1942.

Ante una de dichas protestas, el doctor Gustavo Baz, que por entonces era secretario de la Asistencia Pública, “se trasladó a dicho establecimiento médico, para inspeccionar las dependencias y el estado general que guardaba el hospital”. De acuerdo con las crónicas periodísticas, Baz rechazó las quejas de las que era objeto el personal de Zoquiapan. {Explicó a los enfermos que los medicamentos habían aumentado mucho de precio, y dijo respecto de la calidad de los alimentos que un día podían recibir una carne mala pero no era esa la regla. “En cualquier hogar en que la señora de la casa va a comprar la carne, un día se la venden mala”

[...] explicó a los enfermos, lo absurdo que [resultaba] la pretensión de agitadores en el sentido de hacerles creer en la posibilidad de la existencia de un Estado dentro de otro Estado [...] les explico que la crisis de las medicinas en México [era] nacional; primero porque no vienen de Europa, y no se pueden adquirir en los Estados Unidos; después, porque una medicina –les dijo– que antes costaba un peso, hoy cuesta diez..., pero el doctor Baz les explicó, también, que si un día, por ejemplo, se recibe una carne mala, no es ésta la regla. En cualquier hogar, decía, en que la señora de la casa va a comprar la carne, un día se la venden mal.⁸⁰

El secretario Baz calmó a los enfermos inconformes ordenando que se abasteciera al asilo de los utensilios necesarios para la agricultura que ejercían los internos dentro del leprosario. No obstante, señaló *El Universal*: “la impresión traída del leprocomio después de esta visita, es la de que los enfermos –por lo menos la gran mayoría– tienen conciencia de su infortunio fatal. De ahí arranca su inconformidad; pero si no hay personas extrañas o malévolas que los agiten, sus inquietudes son las mismas que las de todos los leprosos del mundo”.⁸¹

⁸⁰ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 78, “Demandas de los leprosos expuestas al doctor Baz”, *El Universal*, 10 de diciembre de 1942.

⁸¹ *Ibid.*

En 1946, el leprosario albergaba cerca de 450 internos.⁸² Ese año, el Consejo directivo intervino nuevamente y “resolvió” una serie de escándalos provocados por un grupo de enfermos que exigían que la comida fuera fresca y estuviera bien condimentada, y las raciones fueran suficientes, ya que la Secretaría de la Asistencia Pública había modificado los “cuadros básicos de los suministros correspondientes a los víveres: reducción en el tamaño del pan, menos carne –que además no se refrigeraba–, supresión del piloncillo y algunos otros artículos que por la carestía, eventualmente dejaron de surtirse”.⁸³

La vida de los internos era relativamente normal, se les permitía tener visitas diarias de sus familiares, si se solicitaba con previa autorización, y deambular con “absoluta libertad” dentro del sanatorio; sin embargo, para finales de 1946 aún había ciertas deficiencias, como la carestía de medicinas, la adecuada higiene dentro del comedor y baños de los enfermos, el servicio médico que atendía diariamente a los internos y la calidad de los alimentos que se les proporcionaban,⁸⁴ y todo ello afectaba la vida cotidiana y los cometidos que el leprosario debía desempeñar como parte del Servicio Federal de Profilaxis contra la Lepra.

⁸² Es importante señalar que esta cifra es una estimación aproximada, hecha por mí a partir de la revisión de los 981 expedientes clínicos de los enfermos recluidos entre 1940 y 1946, y de realizar el conteo de las defunciones y bajas de los mismos.

⁸³ HPLZ, Exp. 56. Gabriel H.O. Ingreso: 4 de enero de 1940. Defunción: 16 de noviembre de 1964.

⁸⁴ AHSSA, fondo Secretaría de *Salubridad y Asistencia*, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 9, exp. 9, 340 fs., 1946-1950.

IV. LEPRA, FÁRMACOS Y EXPERIMENTACIÓN. LA TERAPÉUTICA DE LA LEPRA

La búsqueda de una clasificación

A finales del siglo XIX y principios del XX, los leprólogos intentaron clasificar adecuadamente los casos de lepra, con la finalidad de establecer medidas sanitarias acordes con los criterios científicos que se tenía de cada tipo de lepra. Durante ese tiempo, realizaron observaciones acerca del periodo de incubación del *Mycobacterium leprae* en los pacientes, puesto que ésta es una enfermedad poliforme cuyos síntomas varían y que puede tardar entre tres y cinco años en manifestarse. Entre las clasificaciones que tuvieron amplia difusión y que permitieron el “estudio objetivo” de la enfermedad de Hansen y el control cuidadoso de los enfermos, de acuerdo con los cánones de cada época, se encuentran: la de Danielsen y Boëck o clasificación clásica, la de Manila, la de El Cairo y la Sudamericana.¹

La clasificación clásica fue establecida en 1847 por los noruegos Danielsen y Boëck, y distinguía cuatro tipos de lepra: tuberculosa, nerviosa, maculosa y mixta. Además, consideraba que todos los casos acababan siendo mixtos, por lo que no existían “casos diferenciales” de lepra. Dicha clasificación fue considerada durante muchos años como útil y objetiva, y por un tiempo ninguna otra pudo desplazarla. Sin embargo, al iniciar el siglo XX los nuevos conocimientos leproológicos hicieron que se le considerara obsoleta.² Entre finales del siglo XIX y principios del XX, los científicos modificaron algunos conceptos que se tenían de la lepra. En 1931 los asistentes a la Leonard Wood Memorial Conference on Leprosy celebrada en Manila, clasificaron a la lepra en dos tipos: cutánea y neural, con tres subtipos. Aceptaron que la lepra cutánea era maligna, y la neural benigna, y siguieron considerando la posibilidad de casos mixtos.³

Pero en el Congreso Internacional de la Lepra celebrado en El Cairo en 1938, esta clasificación, también acabó siendo considerada incongruente y

¹ Rodríguez, *La lepra*, 1949, p. 31-35.

² *Ibid.*, p. 31;

³ Rodríguez, “Clasificación”, 1972, p. 74.

obsoleta por los leprólogos asistentes, principalmente porque no permitía distinguir casos de la enfermedad que eran clínicamente diferentes. En ese congreso, los médicos sustituyeron el término de lepra cutánea por el de lepra lepromatosa; sin embargo, continuaron empleando el término “lepra neural o nerviosa”, y admitieron la existencia de casos mixtos. En esta clasificación, también se aceptó que la lepra lepromatosa era maligna y que afectaba principalmente a los órganos internos de los pacientes y el tejido nervioso; mientras que la neural era benigna, y se manifestaba en determinadas zonas del cuerpo de los enfermos mediante manchas simples y tuberculoides.⁴

Para algunos médicos mexicanos, como Latapí y Rodríguez, esa clasificación no modificó el criterio que debía normar para diferenciar los tipos de lepra ya que, a pesar de que reconocía dos tipos opuestos de lepra, seguía considerando casos mixtos basándose en los síntomas que producía la enfermedad y la localización anatómica de las lesiones, y no en el estudio histológico de éstas. En el Congreso de El Cairo, los leprólogos brasileños y argentinos pugnaron porque los casos fueran clasificados de acuerdo con las características histopatológicas de las lesiones. Estos leprólogos, en particular los brasileños, que habían estudiado la enfermedad en la Escuela de Sao Paulo, exhortaron a que los casos se clasificaran en lepromatosos, incaracterísticos y tuberculoides.⁵

A pesar de que esta propuesta no fue aprobada en ese momento, los leprólogos sudamericanos continuaron su estudio con la intención de reunir más elementos que permitieran su aceptación. En 1939, un año después del congreso de El Cairo, los médicos E. Rabello, Aguiar Pupo, Souza Campos, Souza Lima, Duarte do Pateo, De Moura Costa y José M. Fernández se reunieron en Tres Corazones y en Sao Paulo, Brasil, para estudiar a fondo la clasificación que habían ideado. Durante esta reunión, dichos médicos estructuraron, con base en estudios bacteriológicos, histopatológicos e inmunológicos, las características

⁴ *Ibid.*, p. 74; Rodríguez, *La lepra*, 1949, p. 33.

⁵ Rodríguez, “Clasificación”, 1972, p. 74-75.

fundamentales que los leprólogos debían tomar en cuenta para definir los diferentes tipos de lepra.⁶

Esta clasificación, que fue conocida como sudamericana, tuvo amplia difusión en los países latinoamericanos y, en opinión de los leprólogos mexicanos, contribuyó a entender mejor los conceptos en torno de la lepra. Se dio a conocer en 1942 en Estados Unidos, en la reunión anual de la American Medical Association, con el propósito de que fuera aprobada en el siguiente Congreso Internacional de la Lepra que iba a tener lugar en París, en 1943. Debido a que durante esos años Europa estaba en guerra, el congreso no se pudo llevar a cabo como estaba previsto; sin embargo, los médicos brasileños, que eran los principales defensores de esta nueva clasificación, decidieron realizar con el apoyo del gobierno y el Servicio Nacional de la Lepra de Brasil, una reunión panamericana con el fin de exponer sus descubrimientos en torno a la enfermedad de Hansen.⁷

En 1946, se celebró en Río de Janeiro la Conferencia Panamericana de la Lepra. En ella fue finalmente ratificada la clasificación sudamericana o panamericana. Ésta tenía como fundamentos de estudio el carácter histológico y evolutivo de las lesiones, y definió tres tipos de lepra. La lepra lepromatosa, definida como una forma maligna que tenía la peculiaridad de generalizarse en todo el organismo de los pacientes, invadir la piel en forma de nódulos, y atacar principalmente las vísceras y los nervios periféricos. De acuerdo con los médicos, este tipo de lepra era transmisible, y difícil de curar por la gravedad de las lesiones que provocaba el *Mycobacterium leprae*, y porque no existían medicamentos efectivos. En virtud de esto, los leprólogos señalaron que el tratamiento de los casos lepromatosos debía consistir en “estacionar su enfermedad” hasta lograr que el paciente mejorara, y en aislarlo para evitar un problema sanitario.⁸

El segundo tipo era la lepra tuberculoide, considerada por los leprólogos como benigna, no “transmisible” y capaz de ser curada. Esta forma de lepra, a diferencia de la lepromatosa que producía ulceraciones en la piel y en los órganos

⁶ *Ibid.* p. 75;

⁷ Rodríguez, *La lepra*, 1949, p. 36-37.

⁸ Latapí, *Lepra*, 1946, p. 6-8.

internos, se manifestaba mediante pequeños nódulos, y las lesiones aparecían en forma de manchas. Debido a que la lepra tuberculoide no constituía ningún peligro de contagio y se podía curar por medio de un tratamiento específico, los leprólogos recomendaron que los pacientes permanecieran en sus hogares, continuaran con sus actividades cotidianas y asistieran a alguna clínica a recibir un tratamiento para lograr una curación definitiva.⁹

Por último, dentro de la clasificación sudamericana los leprólogos admitieron un tercer tipo de lepra a la que denominaron indeterminada. En su opinión, estos casos constituían un “estado transitorio”; es decir, los pacientes que la padecían, podían evolucionar con el tiempo hacia una forma lepromatosa o tuberculoide de lepra. En estos casos, las lesiones se limitaban a la piel, provocaban trastornos de sensibilidad, atrofiar musculares, y pérdida de las cejas y pestañas. Desde el punto de vista sanitario, los leprólogos consideraron que estos pacientes no eran infectantes; no obstante, estimaban necesaria una vigilancia indefinida para descartar que sus lesiones evolucionaran hacia una forma lepromatosa.¹⁰

Durante estos años en que los leprólogos estudiaron los casos de lepra, la Dermatología acogió diferentes clasificaciones que permitieron eventualmente reconocer las manifestaciones de la enfermedad, identificar diferentes diagnósticos para cada caso y ensayar varios fármacos capaces de curar a quienes padecían el mal de Hansen. En México, debido al escaso desarrollo técnico y científico que existió en torno de la lepra durante la década de 1930, los dermatólogos se mantuvieron al margen de los descubrimientos y las propuestas impulsadas en los congresos internacionales. Acogieron particularmente los criterios tomados durante los congresos de Manila y El Cairo, para clasificar y aislar a los enfermos. Decidieron aislar principalmente a los enfermos cuyo diagnóstico mostrara la gravedad de su enfermedad y a aquellos que tuvieran lesiones abiertas.

⁹ *Ibid.*, p. 9-10.

¹⁰ *Ibid.*, p. 10-11. Algunos aspectos clínicos acerca de estos tres tipos de lepra, establecidos en 1946, también pueden consultarse en Latapí, *et al.*, *Lepra*, 1970, p. 217-220.

El carácter experimental de los tratamientos antileprosos

Cabe señalar que, a partir del primer censo de la lepra realizado entre 1927 y 1930, que mostró que en el país existían alrededor de 1,450 enfermos y que el Departamento de Salubridad Pública (DSP) enfrentaba una epidemia, los leprólogos mexicanos trataron de resolver dos problemas de índole universal: disponer de un diagnóstico certero del padecimiento y de un tratamiento específico para curar la lepra.

En lo que respecta a este último problema, los médicos usaron y ensayaron en los pacientes, sin resultados satisfactorios, una variedad de medicamentos. Entre ellos destacaron: la tuberculina de Koch, los arsenicales, la anatoxina diftérica, vacunas ioduradas, el mercuriocromo, los yoduros, el tártaro emético, el mangle rojo, la eosina y el chaulmoogra.¹¹ Al principio, el Servicio de Profilaxis de la Lepra recomendaba el empleo de algunos tónicos como el aceite de chaulmoogra, la mixtura de mercado y los éteres etílicos, los cuales eran comercializados bajo diferentes nombres como antileprol Bayer o chaulmestrol. Estos medicamentos, que podían ser administrados por vía oral, subcutánea y/o endovenosa, eran aplicados de manera gradual y de acuerdo con la tolerancia que mostrara el paciente.

En 1932, en una de las circulares distribuidas por el Servicio de Profilaxis a los médicos de los dispensarios, Jesús González Urueña, que por entonces era jefe de dicho servicio, recomendó en el caso del aceite de chaulmoogra, que éste fuera ingerido por los pacientes en forma de solución y en dosis progresivas de cinco a 200 gotas diarias. En el caso de los éteres etílicos, que podían aplicarse por vía oral, intramuscular y endovenosa, González Urueña aconsejó que los médicos prescribieran a sus pacientes ingerir diariamente de una a diez cápsulas, o en todo caso, que se aplicaran dos veces por semana inyecciones de éstas, comenzando desde $\frac{1}{2}$ c.c. hasta 5 c.c, según la tolerancia que mostraran los enfermos. Asimismo, González Urueña afirmó que había que alternar los

¹¹ López, *Lepra*, 1947, p. 83-84; Saúl, "Tratamiento", 1961, p. 65.

tratamientos: “unas veces por ingestión, otras por vía subcutánea o por vía endovenosa”.¹²

Uno de los médicos que ensayó, con carácter experimental, una variedad de medicamentos fue el doctor Luis de J. Lozano. En su opinión, esta práctica estuvo motivada por las circunstancias sanitarias que atravesaba el país y por el número de enfermos que había registrado el censo de la lepra.

Estas cifras pavorosas para el lugar en que ejerzo mi profesión, me han obligado a conocer esta dolencia y a preocuparme por tratar de resolver el problema de su curación [...] siendo [sic] la negra nube del pesimismo la que ha embargado mi espíritu ulteriormente a su ensaye. Sin ninguna pretensión, pero sí tras ardua lucha entre mi pobreza de elementos para un estudio de esta índole y la desidia de los enfermos que me ha tocado en suerte tratar, creo haber llegado a la adquisición de un nuevo preparado del que si no puedo afirmar que cure la lepra, sí lo considero como un producto que trae modificaciones muy notables y en corto tiempo.¹³

De acuerdo con lo relatado por Luis Lozano, éste había obtenido un preparado de alcoholaturo extraído de una planta llamada margarita, que administrado en los pacientes blanqueaba las lesiones leprosas hasta mejorarlas, y había ensayado dicho tónico en once enfermos que, en términos generales, presentaban pápulas en distintas partes del cuerpo y una insensibilidad en sus lesiones. Al principio, cuenta el mismo Lozano, los enfermos sufrían una intolerancia al medicamento, vómitos y dolores de cabeza; sin embargo, al cabo de cuatro meses recuperaban la sensibilidad y en otros casos desaparecían los lepromas. Ante estos resultados, Lozano afirmaba que su preparación tenía efectos curativos ya que blanqueaba las lesiones en corto tiempo, pero con respecto a la curación definitiva advertía: “[...] es asunto que el tiempo dilucidará

¹² “Circular núm. X”, en González Urueña, *La lepra*, 1941.

¹³ De J. Lozano, “Tratamiento”, 1930, p. 4.

dado lo poco que ha durado el tratamiento en cada enfermo y la falta de su continuación en lo que ha transcurrido.¹⁴

Aunque las observaciones de Lozano se limitaron únicamente a once pacientes, su tónico causó revuelo entre algunos grupos de médicos. En 1933, la Secretaría de Relaciones Exteriores de la República Dominicana solicitó al DSP de México un informe detallado de los estudios y resultados que Lozano había obtenido empleando la margarita para curar la lepra; pidió, también, el envío de semillas y hojas de dicha planta, así como instrucciones para cultivarla.

El doctor Gastón Melo, jefe del DSP, respondió a esta solicitud enviando a la legación dominicana una copia de los estudios realizados por Lozano, no sin antes señalar que: “[...] aunque el tratamiento se ha ensayado al parecer con algún resultado favorable en los dispensarios del Departamento, no es posible aún emitir un juicio decisivo acerca del asunto, en atención a las dificultades que presenta la lepra para comprobar los efectos de cualquier tratamiento, fuera de los clásicos sancionados ya por larga experiencia”.¹⁵

Si bien el trabajo de Luis Lozano pareció contribuir a la lucha contra la lepra y colocó a la ciencia médica mexicana en el panorama internacional, con el tiempo se demostró que su tónico era ineficaz. En 1934, este médico comenzó una nueva investigación utilizando como tratamiento el chaulmoogra, un aceite extraído de las semillas de varias plantas pertenecientes a la familia de las flacourtiáceas, que comercialmente se vendía a precios inaccesibles para los enfermos de escasos recursos, con el nombre de chaulmestrol, integrum o alepol.¹⁶ En esa ocasión, Lozano inició sus estudios en el dispensario antileproso Rafael Lucio, administrando a los pacientes por vía oral cápsulas con aceite de chaulmoogra.

De acuerdo con su informe, a los pacientes se les recomendaba tomar cápsulas de este aceite en dosis progresivas; sin embargo aclaraba: “[...] no podemos recurrir siempre a él debido a la frecuente intolerancia por esta vía”. Ante este problema, Lozano afirmaba que los médicos tenían que aplicar el tratamiento por vía “endomuscular”. En ese caso, los pacientes asistían durante dos meses al

¹⁴ *Ibid.*, p. 14.

¹⁵ “Cura de la lepra por la planta margarita”, *Secretaría de Relaciones Exteriores*, , III-131-27, 6 fs.

¹⁶ De J. Lozano, “Accidentes”, 1934, p. 52.

dispensario para ser inyectados con chaulmestrol, mixtura de mercado o aceite alcanforado, soluciones compuestas a partir del chaulmoogra que permitían mayor tolerancia. Pero, si bien estas soluciones resultaron tolerables en algunos casos, su aplicación dio lugar a “fenómenos inflamatorios que conducían a la supuración y gangrena de las lesiones”.¹⁷

Otro de los médicos que junto con Lozano comenzó investigaciones con el fin de encontrar una medicación específica contra la lepra, fue Jesús González Urueña, jefe del Servicio de Profilaxis. Esta colaboración de Urueña con Lozano ocurrió en 1934, después que la Sociedad Francesa de Dermatología y Sifilografía anunciara que el doctor R. L. Montel había descubierto un nuevo tratamiento contra la lepra por medio de un tónico llamado azul de metileno. Montel “aseguraba haber observado que con este tratamiento los pacientes obtenían un detenimiento casi instantáneo de los brotes febriles, la desaparición de los dolores, así como de los lepromas, y la cicatrización rápida de las úlceras leprosas y de los males perforantes”.¹⁸

En su informe, Montel afirmaba que había tratado durante ocho meses con el azul de metileno a cerca de 172 enfermos, de los cuales noventa no habían seguido el tratamiento por diversas causas. El medicamento había sido administrado a los enfermos por vía intramuscular, en dosis progresivas que iban desde dos hasta tres inyecciones por semana, tiempo durante el cual los pacientes sentían “constricciones de la faringe, cosquilleos en la mucosa bucal, piquetes de alfiler en las extremidades de los dedos, fatiga general, vértigo y sialorrea”; signos que –en su opinión– desaparecían con rapidez.¹⁹

A pesar de que este tónico produjo efectos negativos en los pacientes, Montel insistía: “[los enfermos] acusan una sensación de bienestar desde las primeras inyecciones, las algias y la fiebre desaparecen; el sueño y el apetito vuelven; las ulceraciones cicatrizan; las lesiones se borran y descaman”.²⁰ Y añadía: “[...] ningún otro tratamiento conocido es capaz de producir una mejoría

¹⁷ De J. Lozano, “Accidentes”, 1934, p. 52-53.

¹⁸ González y Lozano, “El tratamiento”, 1936, p. 3.

¹⁹ *Ibid.*, p. 4-5.

²⁰ *Ibid.*, p. 5.

tan rápida en el estado de los enfermos”, y calculaba que la medicación por el azul de metileno tenía una acción tres veces más rápida que la del chaulmoogra y sus derivados.²¹

En opinión de Montel, el azul de metileno tenía un precio bajo, podía ser administrado fácilmente y sin peligro, y sobre todo, permitía “la conversión de los casos de lepra abierta, contagiosa y con emisión bacilar, en casos de lepra cerrada, no contagiosa y bacilífera”, por lo que debía ser considerado un medicamento más dentro del arsenal terapéutico de la lepra. Señalaba, eso sí, que tenía inconvenientes como la fiebre que producía, la coloración desagradable que dejaba sobre las lesiones y la dificultad para inyectarlo por vía intravenosa en los niños.²²

Para valorar adecuadamente este tratamiento en México, González Urueña y Lozano decidieron ensayarlo en once enfermos del dispensario Rafael Lucio, que presentaban diferentes formas de lepra. Los enfermos del dispensario recibieron durante dos meses la medicación por vía intravenosa; de ellos cinco toleraron la medicación, mientras que el resto sufrieron trastornos en su salud. De acuerdo con González Urueña y Lozano, durante el curso del tratamiento las lesiones de algunos pacientes que presentaban máculas disminuyeron de tamaño o desaparecieron, mientras que en otros, los lepromas se reblandecieron y cicatrizaron; sin embargo, aclaraban: “[...] todos esto fue transitorio, pues al suspenderse el medicamento surgieron de nuevo las manifestaciones antes existentes, pero con caracteres violentos, de intensidad mucho mayor a la que antes tuvieron”.²³

Como los experimentos mostraron que el tratamiento por el azul de metileno podía complicar la salud de los pacientes, González Urueña y Lozano fueron partidarios de no seguir administrándolo, ya que éste ocasionaba “reacciones de

²¹ *Ibid.*, p. 5-6.

²² *Ibid.*, p. 6.

²³ *Ibid.*, p. 7. De acuerdo con el informe de Lozano y González Urueña, los enfermos que no toleraron la medicación presentaron signos de fiebre acompañados de un dolor en las venas, donde era inyectado el azul de metileno. Incluso, afirmaban, hubo un paciente que a causa del azul de metileno padeció de una catarata de origen tóxico. Algunos, además de sufrir de insomnio, cefalalgia y diarreas persistentes que empeoraban su estado de salud, cayeron en estado caquético, es decir en depauperación, una vez que reaparecían con intensidad nuevos lepromas.

fiebre, vómitos, cefalalgia, diarrea e insomnio”, así como accidentes tóxicos, ulceración de los lepromas y el crecimiento de las máculas”.²⁴

El Hospital General de la ciudad de México fue otro de los lugares donde los médicos ensayaron fármacos, con la finalidad de conseguir una “cura absoluta” de la lepra. En 1930, Cayetano Andrade, que por entonces era el médico encargado de supervisar a los enfermos de lepra internados en el pabellón 27 de dicho hospital, reportó lo siguiente:

“[...] durante tres meses se ha ensayado la preparación medicinal del Sr. Aristarco Acereto en 26 enfermos de este servicio [...] En el tiempo que ha durado el tratamiento se ha observado en los enfermos más o menos mejoría especialmente en sus lesiones abiertas, como las úlceras que se han reducido de tamaño por medio de la cicatrización [...] Como en el tratamiento de la lepra haya que proceder con mucha cautela, para no tomar como curación las remisiones que son las propias de la enfermedad, no emito todavía un juicio definitivo sobre esta preparación vegetal y sólo me concreto a poner de manifiesto el resultado de mis observaciones. Como resultado de estas observaciones podemos formular la siguiente conclusión: es de recomendarse el preparado vegetal del Sr. Acereto como un tónico general adyuvante en el tratamiento de la lepra.”²⁵

En 1936, Germán Blatt, químico suizo nacionalizado mexicano, experimentó su propio tónico dentro de este pabellón. Algunos diarios del país, como el *Excelsior*, lo describían como: “inyecciones que si no curaban radicalmente, aliviaban las manifestaciones externas del terrible morbo, como ningún otro procedimiento terapéutico descubierto hasta la fecha”.²⁶ Posteriormente, en 1941, el doctor Erasmo González Ancira comenzó, en el Hospital Militar, la experimentación de un nuevo fármaco denominado toxoide diftérico. En gran

²⁴ *Ibid.*, p. 8.

²⁵ AHSSA, *Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 4, exp. 20, 1932-1943.

²⁶ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 18. “Una petición de varios leprosos”. *Excelsior*, 16 de mayo de 1936.

medida, esta experimentación estuvo motivada por los resultados favorables que, entre 1938 y 1940, había obtenido el médico Douglas Ross Collier al ensayar el toxoide diftérico en pacientes del Lazareto de Chienbai, en Tailandia.

Aunque González Ancira no especificó dentro de su informe cuántos enfermos habían sido sometidos a dicho tratamiento, aseguró que los pacientes habían sido atendidos previo consentimiento de éstos, y que –en su opinión– una enfermedad tan rebelde como la lepra [autorizaba] a ensayar cualquier tratamiento”. En su informe refirió que los pacientes tratados sufrieron cambios en su temperatura durante el tiempo que les suministró el fármaco. Asimismo, que uno de ellos mejoró “al grado de que las lesiones que le restaban, cicatrizaron”. Reportó también que empleó fármacos antituberculosos que combinados con el toxoide diftérico le permitieron curar casos en estado incipiente y “moderadamente avanzados”, y concluyó que con este fármaco se obtenían resultados curativos contra la lepra. Sin embargo, en la experiencia del doctor José Perches Franco, otro de los médicos que había ensayado el toxoide diftérico, dicha sustancia no arrojaba resultados favorables ya que algunos enfermos sufrían una “regresión en sus lesiones” y la enfermedad quedaba estacionada sin aparentar mejoría.²⁷

De acuerdo con el doctor Alfonso Manuel Castañeda, director del dispensario “Salvador Garciadiego” de Guadalajara, cuando los “leprosos” eran sometidos a algún tratamiento dentro de esa institución, el personal médico se encargaba de realizarle al paciente su historia clínica, que comprendía un examen dermatológico y otro bacteriológico. En el examen dermatológico, los médicos observaban las manchas, tubérculos, infiltraciones y atrofiaciones musculares que el paciente presentaba. Inmediatamente después, realizaban un examen general para investigar si el enfermo no padecía alguna otra enfermedad, como sífilis, tuberculosis o parasitosis.²⁸

Por último, los médicos completaban el diagnóstico con un examen bacteriológico para cerciorarse de que el *Mycobacterium leprae* se encontraba en las lesiones de los pacientes, y determinar el tipo de lepra que éstos padecían. Los dermatólogos recurrían básicamente a una exploración de sensibilidad y a la

²⁷ González Ancira, “Tratamiento”, 1943, p. 5.

²⁸ Castañeda, “Los diez”, 1934, p. 76.

prueba de la histamina o de mitsuda. En lo que respecta a la primera, la investigación se efectuaba “pinchando” las lesiones del paciente con el fin de observar si existían trastornos de sensibilidad o de dolor al contacto.²⁹ Después, realizaban pruebas de calor, empleando tubos de ensayo con agua fría y caliente, para observar una posible reacción de las lesiones ante el cambio de temperatura. Aunque estos métodos eran “pruebas al tacto”, los leprólogos utilizaban en segundo término, pruebas más específicas. Para ello, inyectaban gotas de histamina o mitsuda en la piel de los pacientes, para provocar una reacción, es decir, una alergia que indicara “la resistencia orgánica de las lesiones”, y como consecuencia el tipo de lepra.³⁰

Una vez que los médicos del dispensario Garciadiego hacían el diagnóstico de los enfermos, los pacientes eran sometidos a un tratamiento especial que duraba entre seis y doce meses. Durante este periodo de tratamiento, los enfermos llevaban un régimen dietético y su estado de salud era valorado por medio de pruebas de laboratorio, en las cuales se analizaba la reducción de bacilos en sus lesiones. Cuando los leprólogos del dispensario consideraban un paciente como un “caso curado”, la Junta de Profilaxis de la Lepra se encargaba de volver a examinar al paciente por un periodo de tres meses, con la finalidad de confirmar que era “un caso exento de lepra” y que en definitiva, no constituía una fuente de contagio.³¹

Cabe señalar que el Servicio de Profilaxis de la Lepra careció de un reglamento para normar la conducta que los “pacientes curados” debían seguir una vez que dejaran de asistir a los dispensarios. Para garantizar de manera absoluta que los enfermos que se reintegraban a la sociedad no constituían un peligro de contagio, el doctor Alfonso Castañeda propuso expedirles y entregarles un documento de “alta condicional”.

En su opinión, dicho documento debía establecer que los enfermos curados estaban obligados a asistir cada tres meses durante tres años al dispensario, para que los médicos se cercioraran de que no habían vuelto a tener manifestaciones

²⁹ Latapí, “Lepra”, 1946, p. 11-12.

³⁰ *Ibid.*

³¹ Castañeda, “Los diez”, 1934, p. 76.

de lepra. Al terminar este plazo –afirmaba Castañeda– el Servicio de Profilaxis debía extender al paciente un “alta definitiva”, la cual tenía que ser renovada anualmente en los dispensarios mediante un examen clínico. En caso de que dicho examen fuera positivo, es decir, que el paciente aún no estuviera exento de la enfermedad, Castañeda proponía que fuera anulada el “alta condicional”, y el enfermo fuera puesto nuevamente a observación en algún dispensario.³²

A pesar de que la propuesta de Castañeda, de expedir “una cartilla” que confirmara la reintegración social de los enfermos de lepra nunca se realizó; el protocolo para certificar el diagnóstico de los pacientes, como era realizado en el dispensario Garciadiego, fue una práctica común que todos los dispensarios siguieron, aun cuando no estaba asentado en ningún reglamento, pues el Reglamento Federal contra la Lepra estipulaba que los dispensarios debían “sujetar a los enfermos de lepra a una inspección sanitaria”, investigar sus condiciones socioeconómicas y formar un archivo clínico.³³

Las estrategias de control médico

En 1935, el Servicio de Profilaxis dio a conocer el primer censo quinquenal de la lepra, de acuerdo con él, el número de casos ascendió a 2,449. Dicho censo confirmó, además, que la lepra seguía vulnerando a sectores pobres de la población que carecían de asistencia médica y vivían en condiciones higiénicas lamentables. Debido al incremento de enfermos y a las repercusiones de los experimentos que los leprólogos realizaban en sus pacientes para encontrar un agente terapéutico que curara la lepra, en 1937 el DSP distribuyó en los dispensarios folletos con instrucciones que indicaban el procedimiento que, de manera rigurosa, debían seguir los médicos de los dispensarios cuando un paciente asistiera a recibir un tratamiento.

³² *Ibid.*, p. 76-77.

³³ Estas disposiciones están incluidas en el capítulo tercero del Reglamento contra la Lepra. Cabe señalar que dentro de este apartado, el Departamento de Salubridad atribuyó a los dispensarios la responsabilidad de impartir obligatoriamente una educación profiláctica a los enfermos sospechosos de padecer lepra. Asimismo, descubrir y localizar por medio de enfermeras visitadoras a los enfermos de lepra, y fomentar la creación de sociedades de beneficencia para auxiliar a los dispensarios. Ver. “Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra”, AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 17, exp. 16, 139 fs., 1929-1930.

En este instructivo, el DSP, estableció que los dispensarios exceptuaran de tratamientos médicos a enfermos que presentaran mutilaciones graves o múltiples, oculares, y con lesiones destructivas en las mucosas buco-faringo-laríngeas. En lo referente al diagnóstico, el DSP estableció que los médicos de los dispensarios debían realizar a sus pacientes, sin ninguna excepción, un examen de exploración de las principales lesiones que presentaban. En seguida, debían mandar a hacer los exámenes de laboratorio y de “asociación de enfermedades”, para determinar el tipo de lepra que presentaba el enfermo y la probable existencia de algún otro padecimiento, con el fin, si ese era el caso, de tratar simultáneamente ambas enfermedades y evitar alguna complicación.³⁴

Si bien los leprólogos no contaban con un tratamiento específico, el DSP recomendó aplicar a los pacientes aceite purificado de hidnocarpus wightiana, éteres bencílicos y etílicos extraídos del aceite de chaulmoogra, que en su opinión, eran medicamentos tolerables que no tenían ninguna repercusión en el cuadro clínico de los enfermos, y podían ser aplicados por vía intramuscular o intravenosa. Además, los médicos tendrían que anexar en el expediente del paciente, cada vez que éste asistiera al dispensario, información referente a su peso y temperatura, así como a las perturbaciones generales que se presentaran cuando el enfermo fuera tratado con algún fármaco, pues de esa forma, afirmaban las autoridades sanitarias “se [haría] más fácil comparar el estado de los enfermos en dos épocas diferentes: antes y después del tratamiento”.³⁵

En cuanto a la suspensión de los tratamientos, el DSP señalaba que éstos debían dejarse de aplicar cuando el paciente mostrara una reacción leprosa, es decir, una disminución de su peso, temperaturas elevadas y la aparición de nuevos lepromas. En estos casos, por indicación de las autoridades sanitarias, los médicos, debían sustituir los medicamentos empleados por sueros como el tártaro emético, preparados de calcio, efedrina y novocaína, que permitían el restablecimiento de la salud de los pacientes.³⁶

³⁴ Departamento de Salubridad Pública, *Instrucciones*, 1937, p. 5-6.

³⁵ *Ibid.*, p. 8-12.

³⁶ *Ibid.*, p. 13-14.

Para valorar las condiciones de salud de los enfermos que asistían a los dispensarios a recibir algún tratamiento, el DSP exigía que se realizaran exámenes bacterioscópicos y clínicos. En cuanto a los primeros, éstos consistían en analizar en el laboratorio las mucosas nasales y las lesiones cutáneas de los pacientes, para determinar el nivel de concentración de los bacilos en las zonas afectadas. Dichos análisis debían ser hechos cada tres meses “cuando los resultados fueran positivos”, es decir, cuando existiera una disminución de bacilos, y “mensualmente cuando fuesen negativos”. En lo que respecta a los exámenes clínicos, éstos tenían que realizarse una vez al año, y el médico estaba obligado a cerciorarse de los síntomas del paciente, así como a describir topográficamente en fichas especiales la distribución de las lesiones que éste presentara.³⁷

Aunque el instructivo hacía hincapié en las prescripciones de los tratamientos y en el control clínico de los enfermos, el DSP trató de convencer a los médicos de que dieran a los enfermos consejos de educación higiénica, pues consideraba que “la tarea de educar a los lazarinos [tenía] el valor más alto en la administración sanitaria”, principalmente porque los dispensarios no contaban con los recursos suficientes para internar a la mayoría de los enfermos,³⁸ y existía incertidumbre en la terapéutica.

Las autoridades sanitarias planteaban a los médicos que había que convencer a los pacientes de que la lepra era una enfermedad que si no se podía curar, sí se podía controlar. Afirmaban que había que procurar que los enfermos acataran cada una de las prescripciones médicas, concurrieran a los dispensarios a observación o a recibir algún tratamiento, tomaran diariamente durante el día y la noche los cambios de su temperatura, y siguieran “una dieta alimenticia rica en vitaminas”. Tanto el Servicio de Profilaxis como el DSP coincidían en que se podía esperar muy poco de este último precepto, “dada las condiciones de penuria y de miseria en que vivían la mayoría de los enfermos”.³⁹ Como antes he señalado, los censos epidemiológicos habían mostrado que la lepra era una enfermedad que

³⁷ *Ibid.*, p. 16-17.

³⁸ *Ibid.*, p. 7.

³⁹ *Ibid.*, p. 7-8.

vulneraba principalmente a sectores de la población con escasos recursos económicos, y que vivía bajo condiciones higiénicas deplorables.

Negligencia, frustración y desconfianza médica

La ausencia de tratamiento específico para la lepra y la insistencia de algunos médicos en ensayar fármacos en sus pacientes, provocó que los enfermos vieran con recelo la Campaña y el aislamiento en la leprosería, y que desconfiaran de las autoridades del Servicio de Profilaxis y de la labor que realizaban los leprólogos en los dispensarios. En gran medida, esta desconfianza también estuvo motivada por la falta de médicos especializados para diagnosticar la lepra, ya que fue muy frecuente que los médicos generales confundieran a la lepra con otros padecimientos y como consecuencia, suministraran medicamentos equivocados que provocaban la agudización de los síntomas de los enfermos.

Algunos de los expedientes de los asilados en Zoquiapan revelan que, con frecuencia, los médicos confundían el diagnóstico con males hepáticos, varices, paludismo, sífilis o erisipela. Tal fue el caso de Antonio H., un comerciante de Colima, de 30 años de edad. De acuerdo con su expediente:

[...] lo primero que notó catarro muy constipado, tener pequeñas porciones dormidas en la cara externa de los antebrazos así como la caída de la ceja a nivel de la cola. Con motivo de los primeros síntomas consultó a varios médicos habiéndole [*sic*] diagnosticado sífilis, aplicándole [*sic*] neosalvarsán y sulfaeurol. Apareció una mancha negra a nivel de la cara posterior de la pierna izquierda, dolorosa, y posteriormente se hizo úlcera. La ceja y pestañas se cayeron totalmente y un año y medio después vino un brote de manchas. Esas manchas se ulceraban, y en esa forma ha venido evolucionando en brotes sucesivos [...] que cierran en término de quince días a tres y cuatro meses. Como tratamiento específico en el dispensario “Dr. Lucio” le aplicaron inyecciones de mixtura de mercado. Después en el Hospital General donde se internó el enfermo, le aplicaron bismuto,

después el tratamiento Blath. Aquí en el leprosario el tratamiento con el toxoide diftérico.⁴⁰

En ocasiones transcurrían varios años sin que los médicos pudieran diagnosticar correctamente el padecimiento de los enfermos. Algunos de los casos que ejemplifican este problema fueron los de Victoria V., Guadalupe G. y María C. De acuerdo con el expediente de Victoria, en 1936 notó que le salían pequeños nódulos en las mejillas que creyó eran barros. Posteriormente, acudió al consultorio de Lucerna donde le dijeron que se trataba de una intoxicación. Después, consultó a varios médicos que tampoco le diagnosticaron su padecimiento. Así, “transcurrieron tres años hasta que en 1939 notó la salida de tubérculos en las cejas y el aumento de éstos sobre las mejillas”; además tuvo fiebres altas por lo que nuevamente recurrió al médico, el cual sospechó que se trataba de lepra, pues tenía ya ligeramente deformada la nariz y mayor número de tubérculos.⁴¹

En el caso de Guadalupe, su expediente refiere que “en 1930 se le hincharon las piernas [lo que le produjo] mucho dolor. Así duró un año y los médicos que consultaba le decían que se trataba de varices”. Según ella, estos malestares duraron dos años y durante ese tiempo le aparecieron pequeños nódulos en la cara que confundía con barros. En 1933 “dio a luz a una niña y a los cuarenta días tuvo su primera reacción leprosa de tipo erisipelatosa pues le habían confundido con erisipela [...] Con esto, la trajeron a México al Hospital General donde la pusieron en observación y tuvo reacciones erisipelatoides”.

Debido a estas manifestaciones, Guadalupe fue internada en el hospital cerca de ocho meses. Durante este tiempo asistió al dispensario del Chopo para ser tratada con mixtura de mercado”, fármaco que, según ella, no toleraba. Posteriormente, en 1939 decidió volver a su casa; sin embargo empezó a tener malestares generales, es decir, fiebre por las tardes que –señala– el médico que consultó curaba como si fuera paludismo y después como sífilis, inyectándole

⁴⁰ *Archivo del Hospital Pedro López de Zoquiapan* (en adelante AHPLZ), exp. 55. Antonio H.D. Ingreso: 4 de enero de 1940. Defunción: 21 de abril de 1945.

⁴¹ AHPLZ, exp. 259. Victoria V.A. Ingreso: 31 de diciembre de 1940. Defunción: 1 de abril de 1942.

neosalvarsán. En estas circunstancias le aparecieron “manchas eritematosas” en el cuerpo y la cara, que después de siete meses se convirtieron en tubérculos engrosados. Finalmente, en 1940 acudió con el leprólogo José Perches, quien le hizo su diagnóstico y la envió a la leprosería de Zoquiapan.⁴²

Con respecto a María C., entre 1918 y 1924 padeció una insensibilidad en el antebrazo derecho y las mejillas, acompañada de manchas que se diseminaron por sus brazos, piernas y muslos. Según su expediente “se le hincharon las piernas produciéndole [sic] mucho dolor y notó que se le reseca mucho la nariz”; por ello, señala María, consultó varios médicos, los cuales le diagnosticaron varices. Así, duró hasta el año 1932. Un año después, dio a luz a una niña y tuvo su primera reacción leprosa con fiebres altas. A partir de este problema, viajó a la ciudad de México y acudió a consulta al Hospital General, donde los médicos la pusieron en observación en el pabellón 16, durante seis días.

En ese tiempo, María tuvo reacciones erisipelatoides que hicieron que permaneciera cerca de un año en el hospital. Al final de éste, pidió su alta y se fue a vivir a su casa por espacio de siete meses, pero siguió con sus reacciones, y volvió a ingresar al hospital debido a que tuvo erisipela”. Después de ese episodio, a María “le quedó alopecia total en las cejas y pestañas”. Al cabo de ocho meses volvió a su casa y asistía al dispensario del Chopo donde le aplicaban mixtura de mercado, fármaco con el cual se ponía muy mal. Desde entonces, señala María, los médicos le suspendieron la mixtura de mercado y le impusieron un tratamiento sintomático.

De acuerdo con su expediente, en 1937 fue remitida al dispensario “Ladislao de la Pascua”, en donde “siguió su tratamiento con épocas de estar bien y épocas de grandes reacciones, hasta febrero de 1939 en que tuvo erisipela en la pierna izquierda con grandes ulceraciones”. En julio de 1940, María fue internada en el leprosario de Zoquiapan, en donde siguió con sus “reacciones frecuentes, unas más largas y graves que otras”.⁴³

⁴²AHPLZ, exp. 33. Guadalupe G.P. Ingreso: 3 de enero de 1940. Defunción: 28 de octubre de 1942.

⁴³AHPLZ, exp. 199. Ma. Guadalupe G.C. Ingreso: 17 de julio de 1940. Defunción: 29 de abril de 1942.

Cuando los enfermos eran reclusos en Zoquiapan, las autoridades elaboraban una historia clínica del paciente que contenía datos personales y el diagnóstico del tipo de lepra que padecía el enfermo. Enseguida, los médicos anexaban una crónica de la enfermedad en el paciente, que describía “la concepción de su padecimiento”, los síntomas, y la evolución que la lepra había tenido a partir de su contagio. En general, estas historias hacían alusión al origen de la enfermedad de los pacientes, describían detalladamente los primeros síntomas que habían advertido los enfermos antes de que fueran diagnosticados con lepra, y los percances que sufrían cuando eran tratados por los leprólogos con algún fármaco.

Por ejemplo, el certificado médico de Teresa M., una asilada del leprosario, refiere que en 1932 comenzó con malestares musculares, después de que le aparecieran pequeños tubérculos en sus piernas, y que, según ella, confundía con ronchas. Ante este evento, “acudió al médico y fue tratada con inyecciones que ella misma desconocía”, y que además le provocaron la caída de cejas, la salida de numerosas manchas y el aumento de los tubérculos. Debido a este problema, “la paciente dejó de asistir al consultorio porque sentía que se ponía más enferma”, y quedó sin tratamiento hasta 1936. Poco después, refiere su expediente, su estado de salud se agravó, por lo que “asistió a un consultorio de la Asistencia Pública, en donde le diagnosticaron lepra”. Más tarde, fue canalizada al dispensario Rafael Lucio, en donde los médicos la trataron con etiléteres yodados. Finalmente en 1940, ingresó a Zoquiapan. De acuerdo con los reportes médicos, Teresa ingresó al asilo en condiciones delicadas, pues presentaba una atrofia en los músculos y un encorvamiento en el dedo meñique de la mano derecha.⁴⁴

Otros casos similares al de Teresa, en los cuales se puede constatar cómo los pacientes reclusos en Zoquiapan eran sometidos a una variedad de tratamientos, fueron los de Romana S. y J. Guadalupe. En el caso de Romana, en 1929 empezó a estar enferma, después de que visitara con frecuencia a una vecina leprosa. Según ella, durante tres meses, le aparecieron manchas sobre el cuerpo y padeció de fiebres altas. En ese tiempo, volvió a estar aparentemente

⁴⁴ AHPLZ, exp. 23. Teresa M.G. Ingreso: 3 de enero de 1940. Defunción: 23 de junio de 1945.

sana, hasta 1933 cuando mientras vivía en Veracruz, volvió a enfermar. En esta ocasión, cuenta Romana, “le aparecieron manchas eritematosas papulosas acompañadas de fiebre, que controlaron lo médicos con neosalvarsán; sin embargo, aclara, éste le provocó una ulceración, motivo por el cual acudió con otro especialista que cambió el tratamiento por neochaulmestrol”.

De acuerdo con ella, esta medicación mejoró su padecimiento. No obstante, un año después “le aparecieron pequeños tubérculos en la nariz, mentón y miembros superiores”. Con este motivo, fue a México al dispensario “Ladislao de la Pascua”. Una vez ahí, nuevamente fue tratada con neochaulmestrol, mixtura de mercado y étiléteres yodados intradérmicos. En 1934, asegura, tuvo una reacción leprosa que le ulceró las piernas, que los médicos controlaron con benzocaína y chaulmoogra, y provocó que ingresara a Zoquiapan en agosto de 1941.⁴⁵

En lo que respecta a J. Guadalupe, en 1944 adquirió la enfermedad, después de que viviera y trabajara cortando madera en una zona de plantación de chicle, en Tabasco. Según él, durante ese año, en su rostro apareció una “pápula” que se hizo “costrosa” y gruesa, que poco a poco fue aumentando hasta ulcerarse”. Posteriormente, le apareció otra lesión semejante a la anterior en la mejilla izquierda. Debido a esta aparición de pápulas y otras sobre sus piernas y brazos, J. Guadalupe consultó por razones estéticas a un médico que le extirpó los pequeños tubérculos; sin embargo, en 1945, notó la aparición de nuevas lesiones, por lo que en esta ocasión acudió al Hospital General de la ciudad de México.

Ahí fue atendido por el doctor Fernando Latapí, quien después de examinarlo lo envió al asilo de Zoquiapan para que comenzara un tratamiento. A su ingreso, señala, “fue tratado con repodral y neotisbosan”, medicamentos que le provocaron una fuerte intoxicación. Posteriormente, los médicos del asilo le prescribieron “tártaro emético y ácido isonicotínico con toques de ácido tricloracético” que, temporalmente, le permitieron mejorar su estado de salud, pero

⁴⁵ AHPLZ, exp. 326. Romana S.R. Ingreso: 25 de agosto de 1941. Defunción: 6 de abril de 1947.

con el tiempo “comenzaron a salirle numerosos nódulos en las cicatrices donde anteriormente había tenido lesiones”.⁴⁶

Aunado al problema de la ignorancia de los médicos, se encontraba también la ignorancia y el miedo de los enfermos de acudir con un médico especialista, situación que afectaba severamente el estado de salud de los pacientes. Tal fue el caso de Otilio E., un sastre nacido en Guanajuato, que adquirió la enfermedad después de vivir un año con una señora que tenía unas manchas rojizas en la cara y una “erupción cutánea” semejante al acné. Así también, sucedió con Francisca L. y Guadalupe C., quienes curaban su padecimiento con remedios caseros y pomadas, después de que ambas notaran erupciones cutáneas llenas de líquido cristalino sobre su frente, mejillas y antebrazos, que desaparecían espontáneamente y que les provocaban una sensación de hormigueo y ardor sobre la piel.⁴⁷ De acuerdo con el historial clínico de Francisca L:

[...] en agosto de 1938 notó que le aparecieron unas manchas hipocrómicas en las mejillas, frente, mentón y caras externas de los antebrazos: al mismo tiempo tenía sensación de hormigueo en todo el cuerpo. La enferma creía que estas manchas eran xiotes que curaba con mentolátum. A los 22 días tuvo dolor en la ingle derecha que irradiaba a todo el miembro y la imposibilitó para caminar. También, se le hinchó el muslo y tuvo fiebre [y duró] con este cuadro ocho días, después de los

⁴⁶ AHPLZ, exp. 842. J. Guadalupe A.C. Ingreso: 1 de noviembre de 1945. Defunción: 8 de enero de 1998.

⁴⁷ AHPLZ, exp. 168. Otilio E.B. Ingreso: 28 de marzo de 1940. Defunción: 13 de junio de 1958; AHPLZ, exp. 111. Francisca L.J. Ingreso: 12 de enero de 1940. Defunción: 23 de enero de 1946; AHPLZ, exp. 620. Guadalupe C.L. Ingreso: 23 de septiembre de 1943. Defunción: 28 de agosto de 1948. En general, las historias clínicas de los enfermos refieren que éstos acudían al médico especialista una vez que su salud se veía mermada. Con frecuencia, cuando su situación era crítica, es decir, cuando sufrían dolores intensos y atrofas musculares. En otros casos, porque identificaban que padecían lepra. Un ejemplo de esta situación fue el caso de Lucas B., quien después de ser diagnosticado, atribuyó su enfermedad al hecho de “vivir con un tío que supuestamente era hanseniano”. Ver también, AHPLZ, exp. 293. Lucas B.B. Ingreso: 15 de mayo de 1941. Defunción: 11 de noviembre de 1967; AHPLZ, exp. 29. Hermelinda L.A. Ingreso: 3 de enero de 1940. Defunción: 11 de marzo de 1974.

cuales quedó aparentemente sana pues hasta las manchas desaparecieron.⁴⁸

Es importante señalar que además de que la ignorancia de los enfermos perjudicó su condición de salud, en algunos casos, la falta de información acerca de la lepra contribuyó a que gente sana contrajera la enfermedad de Hansen. Un ejemplo de esta situación fue el caso de Miguel M. De acuerdo con su expediente clínico, entre 1924 y 1925 dicho paciente “advirtió la presencia de un prurito interno sobre su cuerpo”, que con el tiempo le produjo adormecimiento general, la presencia de manchas, la caída de las cejas y la atrofia de las manos.

Según él, estos síntomas los adquirió en Michoacán, después de que conviviera “con varias personas enfermas de un padecimiento que ahora identifica como lepra”. A causa de este problema, narra, decidió asistir al dispensario, en el cual fue tratado con ampolletas de bismuto, antileprol y mixtura de mercado; fármacos que no sólo agravaron su mal sino además le provocaron lesiones oculares.⁴⁹

Otro caso similar, fue el de Dolores L., una mujer viuda, con dos hijos y originaria de Jalisco, quien padeció una hinchazón en las piernas y un brote de manchas eritematosas, acompañada de grandes tubérculos en la cara, que los médicos trataron con inyecciones de etiléteres yodados que no toleró. Según ella, “empezó a estar enferma en 1932, cuando vivía en el Distrito Federal, después de que diera hospedaje a una enferma de lepra infectante, sin tomar ninguna medida profiláctica”, pues ignoraba si la lepra era o no contagiosa.⁵⁰

El combate de la ignorancia médica y social

La ignorancia y el miedo de la sociedad en torno a la lepra, y la falta de especialistas en leprología para diagnosticar adecuadamente la enfermedad de Hansen, fueron algunos de los problemas que enfrentaron los leprólogos de la Campaña, para controlar y “erradicar la endemia de la lepra”. El dermatólogo

⁴⁸ AHPLZ, exp. 111. Francisca L.J. Ingreso: 12 de enero de 1940. Defunción: 23 de enero de 1946.

⁴⁹ AHPLZ, exp. 185. Miguel M.S. Ingreso: 15 de junio de 1940. Defunción: 7 de noviembre de 1946.

⁵⁰ AHPLZ, exp. 470. Dolores L. Ingreso: 20 de mayo de 1942. Defunción: 23 de abril de 1945.

Fernando Latapí insistía que había que intervenir inmediatamente en esos problemas.

Para ello –afirmaba– la acción sanitaria tenía que concentrarse en combatir la ignorancia de la sociedad, distribuyendo propaganda que “orientara inteligentemente a la opinión pública [con] respecto a la lepra”. Es decir, debía contener información indispensables de la enfermedad, que refiriera los principales síntomas y el periodo aproximado de incubación del *Mycobacterium leprae*. Además –aclaraba Latapí– tenía que señalar “sin alarmar, el peligro” que representaba la lepra en la salud de los individuos que la padecían si no era diagnosticada a tiempo y tratada oportunamente.⁵¹

Por otra parte, Latapí insistía que la Campaña debía contar con un personal especial y técnicamente preparado. Consideraba que la ignorancia de los médicos debía resolverse por medio de “cursos, conferencias y escritos que hicieran referencia acerca de los conocimientos indispensables sobre la lepra y su diagnóstico temprano”. Para él, la enseñanza de la leprología a estudiantes y médicos era imprescindible en una campaña de esta magnitud, que estaba enfocada a realizar una profilaxis.⁵² Apuntaba este dermatólogo:

¿Cómo ir a la guerra sin un ejército y un equipo adecuados? Es urgente la formación de leprólogos prácticos: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, donde quiera que haya lepra. ¿Qué valor podrá tener un censo, qué será de los centros de tratamiento y de aislamiento (dispensarios, leproserías), que están atendidos por impreparados? Además de la enseñanza general de la leprología a estudiantes y a médicos, además de una educación prudente del público, es forzoso disponer de un grupo de personas perfectamente preparadas para lo que tiene que hacer. Si queremos hacer obra útil, acabemos con los improvisados.⁵³

⁵¹ Latapí, “El diagnóstico”, 1939, p. 461.

⁵² Latapí, “Lepra”, 1941, p. 734 y 738.

⁵³ *Ibid.*, p. 738.

En 1942, como parte de la Campaña contra la Lepra, la Secretaría de la Asistencia Pública en colaboración con la Sociedad Mexicana de Dermatología, fundada en 1936, organizó en la ciudad de México un curso de leprología, para médicos posgraduados. Cada una de las cátedras estuvo a cargo de un grupo de especialistas y miembros de la Sociedad Mexicana de Dermatología, entre ellos: Jesús González Urueña, Fernando Latapí, Salvador González Herrejón, Antonio Dubón y José de Jesús Castañeda, además, del dermatólogo español Julio Bejarano y los psiquiatras Samuel Ramírez Moreno y Manuel Guevara Oropeza.⁵⁴ Dentro de este curso los leprólogos intentaron formar médicos especialistas y capacitarlos en el diagnóstico temprano de la lepra, en los problemas sociales que ésta implicaba, así como en su clasificación y tratamientos. De acuerdo con el programa, los médicos iniciaban con lecciones históricas acerca de la lepra, en las cuales se señalaban, desde el punto de vista sanitario, la magnitud del problema.⁵⁵

En la primer cátedra, los estudiantes eran instruidos en el estudio de los casos de lepra, en sus principales manifestaciones y evolución, y en el manejo de las pruebas de histamina y mitsuda, para diagnosticar y diferenciar las distintas formas de lepra. La enseñanza de los tratamientos, corría a cargo de los especialistas Julio Bejarano, Fernando Latapí, Jesús González Urueña y José de Jesús Castañeda. En dicha cátedra, los leprólogos destacaban “lo importante que era la confianza” que los médicos debían inspirar hacia sus pacientes, para promover una cultura higiénica y la asistencia de los enfermos a los dispensarios.⁵⁶ Subrayaban, también, el valor de entender la psicología del paciente, así como “la manera de tratarlo”.

Los estudiantes también eran adiestrados en el empleo de los fármacos que, de alguna manera, ayudaban a controlar la enfermedad de Hansen. A pesar de que los leprólogos desconocían el modo exacto de transmisión de la lepra y asumían que ésta se contagiaba “a través de un contacto íntimo y prolongado con

⁵⁴ AHSSA, *Beneficencia Pública*, Sección Impresos, Serie Hemeroteca, libro 50. “Un curso de leprología para médicos”, *Novedades*, 26 de febrero de 1942 y “Se inauguraron ayer los cursos de leprología”, *El Nacional*, 3 de marzo de 1942; La Prensa Médica Mexicana, “Curso”, 1942, p. 27-30.

⁵⁵ La Prensa Médica Mexicana, “Curso”, 1942, p. 27.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 27-29.

una persona infectada”; impartían “nociones generales” sobre los factores geográficos, climáticos, “sociales y materiales” que –en su opinión– influían en la “transmisibilidad y contagio de la lepra”.⁵⁷

Finalmente, los dermatólogos realizaban una exposición relacionada con la organización de la Campaña sanitaria de la lepra y las principales medidas que impulsaba el Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra. Los estudiantes recibían información acerca de la elaboración de censos, el control clínico y la concentración de la documentación de los enfermos. Asimismo, destacaban el trabajo que habían emprendido los dispensarios, la leprosería de Zoquiapan, los preventorios y las sociedades de beneficencia, en el control de la lepra.⁵⁸

En este caso, los dermatólogos hacían énfasis en los resultados obtenidos durante la investigación, el diagnóstico de los enfermos que asistían a los dispensarios y la terapéutica que se les proporcionaba. En lo que respecta a la leprosería, el tema giraba en torno a su función sanitaria dentro de la Campaña, su organización y servicios administrativos. Aunado a esto, los médicos explicaban el “valor profiláctico” que tenía la segregación de los casos infectantes o de los indigentes que no tenían ningún apoyo económico para tratar su enfermedad.⁵⁹

Incluso, señalaban los principales problemas que enfrentaban las autoridades de la leprosería, a tan solo dos años de su inauguración: las fugas, las dificultades para internar a los enfermos, y los problemas sexuales, de trabajo, de separación de grupos y de disciplina que se daba al interior de la misma. Por lo que toca a los preventorios y las “sociedades protectoras de leprosos”, los cursos defendían el aislamiento temprano de los hijos sanos de los enfermos de lepra, así como la necesidad del apoyo económico para difundir propaganda higiénica y sostener la vida de algunos internos en la leprosería y niños asilados en los preventorios.⁶⁰

⁵⁷ *Ibid.*, p. 27.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 27-28 y 30.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 28.

⁶⁰ *Ibid.*

Los primeros fármacos antileproso y su influencia internacional

La imposibilidad de encontrar un fármaco capaz de curar la lepra, ocasionó que la mayoría de los médicos, tanto en México como en el extranjero, experimentaran diversos tratamientos. De manera particular, llevó a que “toda droga que resultaba útil contra cualquier enfermedad microbacteriana, fuera inmediatamente ensayada en otras”,⁶¹ por ejemplo en la lepra. Durante la década de 1930 los científicos G. A. Buttle y Trefouel, en Gran Bretaña, realizaron una investigación que pretendía demostrar el efecto de la diamina difenil sulfona (DDS) o sulfona madre sobre los estreptococos. Sus ensayos confirmaron el efecto positivo que producían las sulfonas contra estos microorganismos.

Por su parte, los científicos Rist, Block, Hamon y Feldman decidieron ensayar las sulfonas en el bacilo de la tuberculosis, para controlar su desarrollo. De acuerdo con Obdulia Rodríguez, los resultados fueron verdaderamente asombrosos en cobayos; sin embargo, al ser ensayada clínicamente en el hombre, la DDS resultó altamente tóxica. En 1937 Tillitson de Parke y Tuller sintetizaron la diamina difenil sulfona, para hacerla tolerable y disminuir su toxicidad. A esta síntesis los laboratorios Davis & Company de Detroit la llamaron Promín. Entre 1939 y 1940 fue ensayada en ratas que experimentalmente estaban infectadas con lepra murina y bacilos de tuberculosis, con el fin de inhibir sus lesiones leprosas y tuberculosas.⁶²

En 1941 el médico G. H. Faget decidió ensayar el Promín en pacientes que se encontraban internados dentro del leprosario Nacional de Carville, en Estados Unidos. Al principio fue administrado a diez enfermos por vía oral, y provocó reacciones severas en algunos de ellos. Debido a estas consecuencias, Faget tuvo que abandonar esta técnica y administrar el Promín por vía endovenosa, en dosis progresivas que iban de 1 a 5 gramos, con descansos de tres o seis semanas al año. Posteriormente, trató aproximadamente setenta casos durante un

⁶¹ Obregón, *Batallas*, 2002, p. 339. Para una descripción de la variedad de fármacos ensayados experimentalmente en pacientes de lepra ver: Obregón, “Los tratamientos”, en *Batallas*, 2002, p. 335-346.

⁶² Rodríguez, “Tratamiento”, 1950, p. 249-250; Obregón, *Batallas*, 2002, p. 339-340.

periodo de seis meses, de los cuales cerca de cuarenta enfermos mejoraron en forma notable, mientras que en el resto, la enfermedad se estacionó.

En 1943, Faget publicó su informe en el que describió las respuestas favorables que se obtenían al ensayar el Promín en enfermos de lepra. Concluyó: “[...] Aunque no se han demostrado pruebas directas de una acción bacteriostática o bactericida sobre el *M. leprae*, se ha observado que el Promín parece capaz de inhibir el progreso de la lepra en un porcentaje considerable de casos”.⁶³ Dos años más tarde, Faget y R. C. Pogge trataron por un periodo de seis a doce meses a 17 enfermos, de los cuales 90% mejoró su estado de salud.

Ambos médicos coincidieron en que “en la mejoría no sólo influye el tiempo, sino la dosis: [a] mayor tiempo y dosis, mayor porcentaje de mejorías”, y concluyeron que el Promín era el medicamento ideal para la lepra. Pero, si bien el Promín era capaz de inhibir el progreso de el padecimiento, en ocasiones producía anemia, náuseas y cefalea en los pacientes. Estos incidentes hicieron que los médicos comenzaran a mezclarlo con glucosa, calcio, vitamina B y penicilina, para hacerlo más tolerable. Así, surgieron la Diazona, el Promizol, la Promacetina y la Sulfetrona, medicamentos de patente derivados de la DDS o sulfona madre, que tenían un alto costo, por lo que era imposible tratar a los enfermos en masa, o que éstos los adquirieran fácilmente.⁶⁴

Entre 1945 y 1946, varios leprólogos sudamericanos y norteamericanos iniciaron el tratamiento de la lepra con derivados sulfónicos. Faget y Pogge, también médicos del leprosario de Carville, ensayaron la Diazona en aproximadamente cincuenta pacientes. De acuerdo con los reportes preliminares realizados por ambos médicos, durante cuatro meses los enfermos presentaron una mejoría que incrementó notablemente después de 18 meses de tratamiento; sin embargo, no habían podido establecer una dosis adecuada de administración.

⁶³ Rodríguez, “Tratamiento”, 1950, p. 250.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 250; Saúl, “Tratamiento”, 1961, p. 66; Obregón, *Batallas*, 2002, p. 340-341. Debido a que el costo de los tratamientos por sulfonas eran poco accesibles para los enfermos de escasos recursos, varios médicos buscaron la posibilidad de hacer más económico el tratamiento. Para ello, intentaron estandarizar dosis efectivas de DDS sin patente. En 1949 el leprólogo brasileño Souza Lima descubrió y produjo una píldora estandarizada llamada Dapsona, que no sólo reducía las lesiones clínicas, sino que además era más barata.

En este caso, los enfermos eran tratados con dosis pequeñas que los médicos aumentaban gradualmente para hacerla tolerable y evitar una reacción leprosa.

Desde el punto de vista de Faget y Pogge, la Diazona era un fármaco que permitía detener el avance del *Mycobacterium leprae* en las lesiones de los enfermos de lepra, además de que era capaz de cicatrizar algunos nódulos, y tenía la ventaja sobre el Promín de ser menos tóxico cuando era administrado oralmente.⁶⁵ En Brasil y Argentina, el uso de las sulfonas en la terapéutica de la lepra, fue un recurso que comenzó a generalizarse y a tener enorme prestigio por los resultados alentadores que se obtenían. Por ejemplo, en Brasil, parte de la experimentación de las sulfonas quedó a cargo de los médicos de la Divisão de Lepra de Minas Gerais, que por entonces eran Orestes Diniz, Jose Stanciolo y Genaro Henriquez. En este caso, los pacientes fueron divididos en cuatro grupos y atendidos a partir de cuatro esquemas terapéuticos diferentes: con Promín, a base de inyecciones de Promín combinadas con pastillas de Diazona, con Diazona simple, y finalmente con Diamidín, un derivado de la DDS. Los pacientes fueron tratados durante seis meses, tiempo durante el cual registraron una mejoría y cicatrizaron la mayoría de las ulceraciones que padecían.

Los argentinos, por su parte, también ensayaron las drogas sulfónicas. Para valorar estos medicamentos el doctor Rafael Garzón, director del Lazareto del Perpetuo Socorro, experimentó en 22 enfermas de lepra, que se encontraban internadas dentro de esa institución. Durante un año, algunas pacientes fueron tratadas con Promanida, mientras que otras lo fueron con Diazona. En lo que respecta a la Promanida, las enfermas recibían inyecciones diarias de este medicamento con un mes de descanso. En cuanto a la Diazona, ésta era administrada por los médicos a base de comprimidos que iban de cuatro a seis píldoras diarias. En ambos casos, las dosis aumentaban hasta hacer tolerable la medicación y observar los efectos que los leprólogos le atribuían a las sulfonas: una mejoría notable en las manifestaciones de la piel y mucosas, una disminución y aplanamiento de los lepromas, su desaparición y pigmentación.

⁶⁵ Faget y Pogge, "Treatment", 1945, p. 2 y 16.

Garzón concluyó que las sulfonas, comparadas con el chaulmoogra, eran: “[...] mucho más rápidas y de eficacia más segura y más constante, la controlabilidad [sic] de la infección más fácil, por cuanto el tratamiento se demuestra más eficaz en más corto tiempo [...] La excelente tolerancia inmediata de esta medicación, aun a dosis muy superiores a las usadas corrientemente, permite abrigar fundadas esperanzas para el futuro de los pacientes”.⁶⁶

En el caso de México, a finales de 1946 las sulfonas comenzaron a usarse de forma sistemática en pacientes que se encontraban internados especialmente en los dispensarios “Ladislao de la Pascua” y “Salvador Garciadiego”, y en el leproario de Zoquiapan. Los ensayos de estos fármacos quedaron a cargo de los leprólogos Fernando Latapí y José Barba Rubio. Ambos médicos siguieron los mismos procedimientos utilizados en las diferentes clínicas del mundo; es decir, ensayaron la medicación durante un periodo de seis a doce meses, dividieron a los pacientes en grupos, e inmediatamente después los trataron con diferentes derivados sulfónicos. Al término del tratamiento, los médicos escribieron informes con sus respectivas observaciones. En el caso particular de Barba Rubio, éste concluyó que los resultados obtenidos con los derivados de la diamino difenil sulfona en el tratamiento de la lepra, eran “muy halagadores, en unos más y en otros menos”, ya que había una mejoría notable y acentuada en los pacientes que presentaban ulceraciones y lepromas avanzados, además de que no se había presentado ningún caso de defunción al aplicar estos tratamientos.⁶⁷

Es importante señalar que cuando en México comenzaron a usarse los derivados sulfónicos en el tratamiento de la lepra, la mayor parte de los pacientes no tenían acceso a estos fármacos debido a su alto costo y su escasa posibilidad económica para adquirirlos. Todo parece indicar que incluso el Estado se vio rebasado para adquirir, distribuir y aplicar este tratamiento de “forma masiva” a los pacientes de los dispensarios y la leprosería. Por ejemplo, la Diazona era un medicamento comercializado por la Casa Abott de México cuyo costo oscilaba entre 25 y 30 pesos, mientras que la Promanida, otro fármaco derivado de la DDS,

⁶⁶ Garzon, “Tratamiento”, en *V Congreso*, 1948, p. 155.

⁶⁷ Barba Rubio, “Tratamiento”, en *V Congreso*, p. 144-147.

costaba \$86.75 pesos.⁶⁸ De acuerdo con los médicos del leprosario, el costo aproximado del tratamiento de un enfermo por Diazona, durante un año, equivalía a \$287.50 pesos, y por Promanida, durante seis meses, a \$433.75 pesos.⁶⁹ Por eso, como se observa en los expedientes clínicos de algunos pacientes recluidos en Zoquiapan, los tratamientos sulfónicos eran inaccesibles para muchos enfermo

⁶⁸ Vale la pena considerar que entre los años 1936 y 1938 el salario mínimo fue de \$1.31 pesos para la zona agrícola, mientras que para las ciudades fue de \$1.46 pesos. El salario mínimo entre 1943 y 1947 tuvo un aumento de 52.9% respecto a la década anterior. De acuerdo con los índices de precios de la alimentación en la ciudad de México, entre 1940 y 1943 un kilo de tortillas oscilaba entre los 240 y 267 centavos; el de frijol, entre los 300 y 386 centavos; la leche, entre los 287 y 396 centavos; el huevo, entre los 107 y 134 centavos; mientras que la carne, oscilaba entre 1.090 y 2.325 pesos. Ver. Aguilera, "Estado", 2005, p. 372-373.

⁶⁹ AHPLZ, exp. 737. Julio M.P.C. Ingreso: 14 de septiembre de 1944. Egreso: 23 de noviembre de 1963; AHPLZ, exp. 192. Isidro R.G. Ingreso: 28 de junio de 1940. Defunción: 7 de noviembre de 1946; AHPLZ, exp.908. José A.R. Ingreso: 2 de abril de 1946. Baja: 12 de septiembre de 1983. De acuerdo con la doctora Obdulia Rodríguez, el costo del Promín, que era otro fármaco derivado de las sulfonas, que constaba de veinticuatro ampollitas, costaba alrededor de 190 pesos. Además, los pacientes tenían que ser inyectados diariamente con este medicamento por un periodo de uno a dos años. González Villarreal. "Entrevista", 2007.

EPÍLOGO

A finales de 1944, el Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra en México terminó el tercer censo quinquenal. En dicho censo, el Servicio de la Lepra registró 1,988 nuevos casos. Con los casos anteriormente registrados, el número de enfermos ascendió a 7,612; pero, como de ellos 1,707 enfermos habían fallecido, en el país existían aproximadamente 5,905 enfermos de lepra.¹ A fines de ese año y durante los dos siguientes la leprología logró un avance científico a nivel mundial, en lo que respecta al tratamiento de la lepra. Con la aparición de las sulfonas como agente terapéutico, los leprólogos de distintos países consiguieron atenuar la crisis de salud que sufrían los enfermos cuando éstos se encontraban en un estado clínico avanzado.

A partir de este acontecimiento, la política sanitaria del aislamiento compulsivo de los “leprosos” que diferentes países latinoamericanos llevaban a cabo, comenzó a generar controversia. La concepción de que la lepra era una enfermedad sumamente contagiosa para la que no existía cura, dejó de tener sustento una vez que los leprólogos confirmaron que las sulfonas eran capaces de detener su avance y cicatrizar las lesiones que padecían los enfermos. Aunado a esto, fue cada vez más claro que para que la enfermedad fuera transmitida se requería un contacto íntimo y prolongado entre un enfermo y un sano, y que no todo enfermo era infectante.

En octubre de 1946, se celebró en Río de Janeiro la Conferencia Panamericana de la Lepra. Algunos países del continente americano, entre ellos México, estudiaron la epidemiología de la lepra y aprobaron resoluciones relativas a la clasificación y el tratamiento de los enfermos. La delegación mexicana estuvo representada por el dermatólogo José Barba Rubio. De acuerdo con él, en este Congreso se discutió la nueva clasificación de casos de lepra, propuesta por los leprólogos argentinos y brasileños, quienes reconocían dos formas estables de la enfermedad (lepromatosa y tuberculoide) y una transitoria (incharacterística). Por otra parte, los asistentes a la Conferencia discutieron el desarrollo de los

¹ Peyri, “La lepra”, 1947, p. 23

programas sanitarios que cada país de América había impulsado para combatir y controlar la enfermedad de Hansen.²

Durante el Congreso, el Servicio Nacional de Lepra de Brasil, que fue el principal organizador, nombró tres comisiones encargadas de revisar y generar un consenso en torno a los temas relacionados con la epidemiología, terapéutica y clasificación de la lepra. La Comisión de Epidemiología –señala Barba Rubio– reconoció que existía una mayor predisposición de los infantes a contraer la enfermedad; también que en la mayoría de los países ésta afectaba de forma predominante al sexo masculino, por lo que la comisión sugirió investigar si esto obedecía a un “factor biológico o a un factor extrínseco”. Dentro de esta misma comisión, se aceptó que “la forma lepromatosa de la enfermedad era la fuente principal de diseminación”, y que los grupos más pobres de las poblaciones eran los más vulnerados por la enfermedad.³

En síntesis, la comisión propuso que para identificar los factores que influían en el desarrollo de la lepra y para llevar a cabo un control de los casos infectantes, era necesario que cada Servicio Nacional de Profilaxis de la Lepra realizara en su respectivo país un censo general e intensivo; es decir, que examinara los principales focos endémicos y posteriormente se limitara a las regiones afectadas, para realizar en ella un estudio continuo (*follow up*) de los enfermos y sus “contactos domiciliarios”, a fin de determinar la evolución, la incidencia y los factores inmunológicos, patológicos y de transmisibilidad que influían en el padecimiento de la lepra.⁴

A raíz de que entre 1945 y 1946 la terapéutica por medio de las sulfonas redujo el índice de personas afectadas por la lepra, la Comisión de Epidemiología aprobó realizar un seguimiento cuidadoso de los medicamentos sulfónicos, con la intención de determinar su aprobación definitiva como “agentes quimioterapéuticos” en la lepra, así como las dosis óptimas y las técnicas de administración. En lo que respecta a la clasificación denominada panamericana o

² “Informe sobre la 2ª Conferencia Panamericana de la Lepra”, AHSSA, *Secretaría de Salubridad y Asistencia*, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 9, exp. 9, 340 fs., 1946-1950.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

sudamericana propuesta por los leprólogos brasileños y argentinos, los representantes de cada país asumieron su reconocimiento y acordaron incluirla en sus sistemas sanitarios, en oposición a las anteriores clasificaciones que –desde su punto de vista– carecían de fundamentos clínicos, evolutivos e histopatológicos definidos de la enfermedad de Hansen.⁵

Otras decisiones que asumieron en este Congreso las delegaciones nacionales participantes, estuvieron relacionadas con la reforma a la legislación sanitaria y el aislamiento de los enfermos de lepra que varios países latinoamericanos impulsaban dentro de su territorio. Se destacó lo importante que era desestigmatizar la enfermedad. Para ello, los asistentes aprobaron realizar una campaña sanitaria enfocada en “el estudio psico-social de cada enfermo [...] en el conocimiento de su psicología, en su modo de reaccionar para dar una resolución adecuada al problema individual [...] tomando en cuenta que el enfermo con lepra es un individuo que existe, piensa, sufre y actúa”.⁶

Durante el Congreso, Barba Rubio aludió al trabajo de la Campaña antileprosa llevado a cabo en México a partir de 1930, hizo una crítica constructiva de ésta y apoyó una nueva organización con base en los criterios científicos y sanitarios propuestos con el descubrimiento de las sulfonas. Dentro de su trabajo, reconoció la dedicación de Jesús González Urueña por combatir la lepra en México. Gracias a él, subrayó, se había efectuado un primer censo sobre lepra, se había promulgado una reglamentación sanitaria y creado un Servicio de Profilaxis, e incluso, construido una leprosería y varios dispensarios para aminorar el problema sanitario del padecimiento; sin embargo, aclaró que la Campaña se encontraba “estancada y sin evolucionar”.

Señaló que la disparidad entre la brusca evolución de las ideas científicas leprológicas entonces vigentes y el estancamiento evolutivo de la acción sanitaria, colocaba a los leprólogos mexicanos en una situación lamentable ya que la Campaña contra la Lepra en México era, en sus palabras, una de las “más atrasadas, absurdas, anacrónicas e infructuosas de América Latina”.⁷ En su

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ Barba Rubio, *Congreso*, 1946, p. 67.

opinión, esa situación tenía sus orígenes, por un lado, en los escasos recursos económicos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)⁸ destinaba a la Campaña,⁹ y a los centros de investigación científica y de enseñanza en leprología; y por el otro, en “el modo absurdo y curioso” como estaba organizado el aparato administrativo del Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra, ya que los dispensarios y la leprosería dependían de las secciones de hospitales y dispensarios de la SSA, que, para Barba Rubio, eran incapaces de atender “a fondo todas las minucias de la Campaña”.¹⁰

Aunado a todo ello –acusaba Barba Rubio– se encontraba la falta de personal técnico para la Campaña, así como de laboratorios especializados en baciloscopía e histopatología en algunos dispensarios, y el hecho de que el Reglamento Sanitario siguiera considerando, después de quince años de iniciada la Campaña, a todos los leprosos como enfermos “contagiantes” que requerían de un aislamiento totalitario. Para evitar estos problemas anacrónicos de la Campaña contra la Lepra, este médico propuso en su informe una reorganización basada en los avances del conocimiento científico y en la experiencia de las medidas sanitarias impulsadas en otros países.¹¹

Entre las resoluciones trascendentes que Barba Rubio expuso durante el Congreso se encontraban: la reestructuración del Servicio de Profilaxis de la Lepra; la inversión en la construcción de dispensarios y preventorios para hijos sanos de enfermos, así como en laboratorios especializados; la modificación del Reglamento sanitario antileproso en el tema del aislamiento obligatorio; el fomento

⁸ En 1943, por decreto presidencial fue creada la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esta institución fue resultado de la fusión de dos instancias: el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de la Asistencia Pública. Con este decreto, el gobierno intentó: disminuir los gastos de la administración pública, unir en un solo esfuerzo institucional dos organismos que en funciones venían sobreponiéndose, e identificar en “una meta” los alcances tanto de la salubridad como de la asistencia. Sobre la creación de esta dependencia, ver: Ortiz, *En los sesenta*, 2003.

⁹ De acuerdo con el Servicio Administrativo del Departamento de Salubridad Pública, durante el año 1935 el gobierno asignó al Servicio de Enfermedades Transmisibles un presupuesto de \$4.440.00 pesos; a la Campaña contra las Enfermedades Venéreas \$4.200.00 pesos; a la Campaña contra la Lepra \$3.060.00 pesos; a la Campaña contra la Tuberculosis \$2.020.00 pesos; y a la de la Oncocercosis y mal de Pinto \$1.320.00 pesos. Estos datos permiten observar que las campañas que recibían mayor presupuesto eran aquéllas contra las Enfermedades Transmisibles y Venéreas; seguidas por la de la Lepra. Ver: AHSSA, Salubridad Pública, Servicio Jurídico, caja 45, exp. 9, 24 fs., 1935.

¹⁰ Barba Rubio, *Congreso*, 1946, p. 69-70.

¹¹ *Ibid.*, p. 72-75.

económico, por parte del Estado, a la investigación en materia leproológica, y la búsqueda de la cooperación privada y pública para solventar la Campaña.

Pensaba, además, que el Servicio de Profilaxis con apoyo de la SSA tenía que continuar estableciendo unidades regionales en cada estado o al menos en aquellos que fueran lugares endémicos, para obtener datos estadísticos acerca de los enfermos y la situación que “guardaba la enfermedad” en el país. En este sentido, propuso que estos organismos (el Servicio y las unidades regionales) asumieran el control administrativo y económico de las dependencias existentes y encargadas de la profilaxis de la lepra, es decir, de las leproserías, preventorios, dispensarios, laboratorios y centros leproológicos de investigación, para lograr un mejor desempeño de la Campaña y constituir una labor sanitaria acorde con las nuevas ideas leproológicas.¹²

Otra propuesta de Barba Rubio fue la construcción e instalación de más leproserías dispensarios y preventorios en las zonas endémicas del país. En este caso, consideraba que las leproserías debían fungir no como lugares de reclusión sino como hospitales o “asilos-colonias”, únicamente para enfermos contagiantes. Además debían estar ubicadas cerca de los centros urbanos, para evitar complicaciones de traslado durante el internamiento de los pacientes y en la visita de sus familiares o médicos. Insistía que éstas debían contar con todos los servicios médico-asistenciales, y con lugares recreativos, pues de esta manera – argüía– el asilo parecería: “[...] una sociedad igual a la del resto del país, sin deformaciones, [donde los] colonos lleven una vida de trabajo, ayuden a la manutención de ellos mismos, no se sientan como mendigos inútiles o relegados sociales, sino individuos activos, con profesión, misión en este mundo, pensando en el futuro sano”.¹³

En cuanto a los dispensarios, en su informe anunciaba que éstos tenían como misión atender y tratar a los enfermos que no fueran internados en las leproserías, y examinar a sus familiares mediante estudios de laboratorio para continuar descartando posibles contagios. De hecho, Barba Rubio aconsejaba que, para disipar falsos temores y la desconfianza de la gente hacia los

¹² *Ibid.*, p. 79.

¹³ *Ibid.*, p. 79-81.

dispensarios antileproso, éstos fueran denominados dispensarios dermatológicos, ya que sólo así “el vulgo” acudiría a tratarse cualquier enfermedad de la piel, y facilitaría el descubrimiento de pacientes afectados por la lepra.¹⁴

Barba Rubio creía que debían construirse más preventorios en virtud de que su misión era la de “amparar moral y materialmente a los hijos sanos de los lepromatosos contagiantes”. Según él, los preventorios eran instituciones de suma importancia para la labor sanitario-profiláctica que realizaba la Campaña contra la Lepra, ya que una vez que los niños eran separados de sus padres enfermos: “el gobierno los [amparaba], los [sostenía] y los [educaba], les [daba] una profesión para que al final de su juventud [salieran] a la vida pública sanos, educados y con un oficio para [buscar] su subsistencia”.¹⁵

Debido a que durante quince años la Campaña no había contado con suficiente personal especializado ni con la infraestructura necesaria, Barba Rubio demandó a las autoridades sanitarias mexicanas que invirtieran en la instalación de laboratorios especializados en el estudio bacilosκόpico, histopatológico y serológico de la lepra, y en la compra de medicamentos, que terapéuticamente habían comenzado a brindar una curación. También que apoyaran el fomento de la especialidad en dermatoleprología, así como algunos congresos o cursos relacionados con el tema de la lepra y sus consecuencias sociales.

Barba Rubio consideraba que era “[...] absurdo, anticientífico y criminal que un [enfermo de lepra] tuberculoide muchas veces ya curado, [fuera] perseguido, desbaratado su hogar y perjudicado social y económicamente, por presentar una amiotrofia o amputación espontánea de dedos, o simplemente por tener una zona cutánea anestésica, como secuela de un padecimiento no transmisible que tuvo hace años”.¹⁶ Opinó que ya era tiempo de modificar el Reglamento Sanitario de la Lepra, bajo el cual se había instruido la Campaña, y aprobar una nueva resolución que esclareciera que “el aislamiento era obligatorio sólo para los leproso

¹⁴ *Ibid.*, p. 81-62.

¹⁵ *Ibid.*, p. 82-83.

¹⁶ *Ibid.*, p. 86.

contagiantes quedando [sic] sin prescripciones sanitario-profilácticas los no infectantes”.

Por último, reiteró que la Campaña tenía que fomentar el estudio “psicosocial y económico” del enfermo de lepra para entender el “cuadro nosológico” bajo el cual se desenvolvía la enfermedad. Este acercamiento, insistía, debía ser decisivo para desestigmatizar a la lepra y para que el “leproso” no fuera visto como un enfermo, sino “como un individuo que piensa y que sufre”, que necesitaba de apoyo moral y material, y en su debido caso, de internamiento para su curación.

Consideraba inadecuado perseguir a los “leprosos”, como si fueran criminales y obligarlos a la fuerza a internarse en un establecimiento, ya que eso provocaba que el Servicio de Profilaxis fuera visto como una oficina creada para perjudicarlos y no como una institución que podía protegerlos, ampararlos, curarlos y recomendarles lo mejor para ellos y para la sociedad. Para recobrar la confianza, Barba Rubio solicitó que tanto el Servicio como la SSA, auspiciaran el interés por la Campaña en todas las clases sociales, por medio de publicaciones, folletines, la radio, los noticieros y el cine. Esta publicidad debía recalcar: “la obligación que todo ciudadano tiene de cooperar al aislamiento y sostenimiento de la Campaña, a cambio de la protección de cada uno de los sanos y de sus hijos”. Asimismo, debía inculcar un patriotismo regido por “un México sin lepra, y [procurar] el establecimiento de patronatos de lucha contra ella o de otras instituciones privadas encauzadas al mismo fin”.¹⁷

En diciembre de 1946, a dos meses de haberse efectuado el Congreso Panamericano, el médico José Perches Franco, jefe del Servicio de Profilaxis de la Lepra, apoyó la iniciativa de Barba Rubio y emitió un plan para reorganizar la Campaña y las funciones del propio Servicio de Profilaxis. Abogó por el establecimiento de dispensarios y la construcción de leproserías locales en diferentes estados. Sostuvo que el Reglamento de la Lepra era obsoleto y que la Campaña necesitaba de una estructuración. En su plan enfatizó el tema del aislamiento y del papel que debían desempeñar los establecimientos antileproso;

¹⁷ *Ibid.*, p. 87-88.

sugirió que la Campaña internara y confinara enérgicamente, dentro de dispensarios o leproserías, a los enfermos que no tuvieran las condiciones higiénicas para aislarse en su domicilio y a aquellos que “facilitaban la transmisión de su mal”.¹⁸ Propuso que el jefe del Servicio de Profilaxis mantuviera su autonomía, aun cuando el servicio dependiera del titular de la SSA, así como que contara con más inspectores sanitarios encargados de supervisar el funcionamiento de los dispensarios alejados de la capital y de los que rara vez se tenían informes.

De acuerdo con Perches, estas medidas evitarían que las decisiones significativas de la coordinación administrativa fueran entorpecidas o que “el exiguo presupuesto” que correspondía a la Campaña se malversara, ya que en su opinión la SSA había construido dispensarios sin los requerimientos adecuados y los inspectores nombrado por esta dependencia eran incapaces de intervenir en la resolución de los problemas que los aquejaban, además de que la distribución de los medicamentos y materiales de curación era deficiente.¹⁹

En cuanto al papel médico-asistencial de estos establecimientos, Perches Franco consideraba que era tiempo de establecerlos en las regiones o centros poblacionales donde existía un número concentrado de enfermos, y desaparecer aquellos cuyo sostenimiento era oneroso por su nula actuación sanitaria y por estar “descentralizados” del Servicio. En su opinión, el gobierno debía fundar “dispensarios federales” con la capacidad técnica para descubrir a los enfermos, y establecer la vigilancia sanitaria de éstos y sus familiares, investigar sus condiciones socio-económicas, impartir tratamiento médico y educación profiláctica; y dejar de sostener a los “dispensarios coordinados” que por sus múltiples responsabilidades administrativas realizaban una escasa vigilancia sanitaria preventiva.²⁰

Consideraba que debía gestionarse la instalación de más salas especiales en los hospitales de cada estado, con condiciones adecuadas para aislar y

¹⁸ “Plan que para la reorganización de la Campaña, presenta el C. jefe del Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra”, AHSSA, *Secretaría de Salubridad y Asistencia*, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 16, exp. 11, 21 fs., 1947-1949.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

proveer de tratamientos a los enfermos. El jefe del Servicio opinaba, también, que era imprescindible establecer pequeñas leproserías locales en diversas poblaciones. En su opinión, la construcción de estos asilos podía ser una solución al problema de varias comunidades que contaban con un número elevado de casos y ningún lugar donde aislarlos. Con ellos –afirmaba– el enfermo podría estar más cerca de sus familiares y verlos con facilidad.²¹

Con respecto al hecho de que dentro de los dispensarios los enfermos fueran sometidos con frecuencia a tratamientos con el fin de ensayar fármacos para curar la lepra, Perches Franco sostuvo que éstos debían ser centros exclusivamente asistenciales, y exhortó a los directores de dichos establecimientos a no “desvirtuar sus funciones por dedicarse a la investigación”. Insistió en que ningún dispensario estaba autorizado para hacer “pseudo investigaciones científicas”, a menos que contara con las condiciones indispensables y el consentimiento del Servicio para llevarlas a cabo.²²

El informe de José Perches Franco, jefe de la Campaña contra la Lepra, mostró las deficiencias que a lo largo de quince años acompañaron a la misma. Destacó, en particular, el descuido en la vigilancia sanitaria preventiva que llevaban a cabo los dispensarios sobre los enfermos y sus familiares. Por ello, propuso que el Servicio de Profilaxis contra el padecimiento fuera reformado. Dentro de las deficiencias señaladas por Perches Franco estaban las siguientes:

Algunos dispensarios enviaban mensualmente sus informes de labores con reportes de las visitas domiciliarias y exámenes de los familiares de los enfermos. Sin embargo, la revisión de estos documentos dejaba claro que las labores que acreditaban eran “falsas o verificadas con todo descuido”. Otros dispensarios ni siquiera se tomaban el trabajo de enviar papeles, por lo que la mayoría de los enfermos carecían de control y muchos se perdían enseguida de haber sido declarados, o morían y el dispensario lo averiguaba meses después.²³

Asimismo, existían actos de corrupción por parte de los médicos de los dispensarios, ya que a pesar de que el Reglamento de Profilaxis establecía que

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

los médicos de estos establecimientos estaban obligados a “declarar” ante el Servicio a los enfermos descubiertos; en ocasiones, sobre todo cuando los enfermos eran “personas acomodadas”, desacataban dicha orden para obtener algún pago honorario, y los proveían de los medicamentos de los dispensarios, que no podían adquirir de otra manera. Esta acción por supuesto, iba en detrimento de los enfermos indigentes que asistían a los dispensarios y no encontraban la medicación a la que tenían derecho.²⁴

Por otra parte, las autoridades encargadas de la dirección del asilo consideraban a dicha institución como un organismo autónomo desligado del Servicio de Profilaxis, por lo que no acataban las disposiciones enunciadas en el Reglamento contra la Lepra. Es decir, nunca declaraban al Servicio los enfermos aislados y tampoco le enviaban los informes de las defunciones y movimientos de los pacientes, ni de los resultados obtenidos en los tratamientos llevados a cabo dentro del leprosario. “Las quejas de los enfermos referentes a la mala alimentación y el absoluto descuido en los tratamientos [eran] constantes sin que el Servicio [pudiera] hacer nada para atenderlas [...]”²⁵

En 1946, el Servicio de Profilaxis contra la Lepra adolecía de muchos defectos en la búsqueda y vigilancia sanitaria de los enfermos, así como en el funcionamiento de los dispensarios. Paralelamente el leprosario de Zoquiapan padecía deficiencias médicas y asistenciales. De acuerdo con el testimonio de los enfermos confinados en el asilo, Zoquiapan se encontraba en un estado higiénico lamentable, abandonado por las autoridades y con una gran carestía de medicamentos indispensables para la curación.²⁶

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

²⁶ AHSSA, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 9, exp. 9, 340 fs., 1946-1950.

CONCLUSIONES

Entre 1930 y 1946, la lepra fue un problema creciente de salud pública en el país. En estos años, la profesión médica la percibió como una enfermedad incurable y sumamente contagiosa. La población también experimentó temor hacia quienes la padecían, y es que la lepra era considerada una enfermedad aberrante, además de peligrosa. Este miedo hacia los enfermos –en parte generado por el propio Departamento de Salubridad Pública– favoreció que en el Reglamento Federal de Profilaxis contra la Lepra las autoridades sanitarias establecieran una serie de medidas coercitivas: el levantamiento de censos periódicos para identificar a los enfermos, el tratamiento obligatorio de éstos en los dispensarios, la prohibición de que vagaran por las calles e hicieran uso de cualquier servicio público y, en algunos casos, su aislamiento obligatorio en dispensarios y leproserías.

El aislamiento obligatorio de los enfermos fue causa de controversias entre los miembros de la profesión médica; Ignacio Chávez y Fernando Latapí fueron dos de sus más severos críticos. Pese a ello, la medida prevaleció a lo largo del periodo estudiado, sin ninguna modificación. Entre 1930 y 1938 el Servicio Federal de Profilaxis contra la Lepra instaló aproximadamente veintiún dispensarios antileproso, a los cuales encomendó la labor de aislar y brindar tratamientos a los enfermos. Les encargó, también, la labor de diagnosticarlos, clasificarlos o certificar, en su debido caso, la indemnidad de quienes llegaban a ser curados.

Durante estos años, el Servicio designó brigadas sanitarias, compuestas por médicos y agentes, para que visitaran las regiones en donde se encontraban enfermos sospechosos de padecer lepra, y los convencieran de acudir a algún dispensario a recibir ayuda asistencial. También, apoyó la creación y sostenimiento de dispensarios especiales encargados de aislar a los hijos sanos de los enfermos, con el fin de protegerlos y evitar un probable contagio. A lo largo de la Campaña, el Servicio continuó insistiendo en la exclusión y el aislamiento absoluto de los enfermos de lepra.

La decisión de instalar juntas centrales y municipales en las regiones endémicas de lepra contribuyó a la localización de quienes la padecían, así como

al levantamiento de censos epidemiológicos que permitieron conocer la distribución geográfica y la prevalencia de la enfermedad. Con base en la información proporcionada por los censos y con el apoyo de las juntas sanitarias y las brigadas, el Servicio de Profilaxis delimitó rápidamente los espacios endémicos, lo que hizo posible el control de muchos enfermos, y por tanto, la prevención del padecimiento.

Sin embargo, a finales de la década de 1930, la labor del Servicio fue decreciendo, debido a que su presupuesto no era suficiente para permitir su correcto desarrollo, y a que el personal con que contaban la mayoría de las juntas y brigadas para realizar el descubrimiento y la vigilancia sanitaria tanto de los enfermos como de sus familiares también era escaso. Por otro lado, a pesar de que los censos de la lepra demostraron que dos de los principales factores que contribuían al desarrollo de la enfermedad eran la alimentación deficiente y las condiciones de pobreza y miseria en que vivían los enfermos, ni el Departamento de Salubridad Pública ni las autoridades políticas realizaron acciones para mejorar las condiciones de vida de los enfermos, atender sus necesidades básicas e impedir que esta situación prevaleciera.

Una vez que el Departamento de Salubridad Pública creó los dispensarios antileprosos, quedó a cargo de éstos el control de los enfermos, principalmente de aquellos que no tenían las condiciones adecuadas para ser atendidos dentro de sus hogares, o en los que la enfermedad se consideraba incurable. Entre 1930 y 1940, antes de que fuera inaugurado el leprosario de Zoquiapan, dichos dispensarios desempeñaron un papel fundamental en la Campaña, pues fueron los encargados de aislar y prestar atención médica a los enfermos descubiertos. Sin embargo, no contaron con personal médico suficiente ni con instalaciones adecuadas para albergar y asistir a los enfermos, a excepción de los dispensarios de la ciudad de México y de Guadalajara, que siempre recibieron apoyo. A partir de 1940, los dispensarios desempeñaron un papel fundamental asistencial y clínico, y el aislamiento de los enfermos en estos lugares quedó circunscrito a los casos incipientes.

Otro organismo importante en el desarrollo de la Campaña contra la Lepra fue el Servicio de Propaganda y Educación Higiénica del Departamento de Salubridad Pública. Por un lado, dicho Servicio difundió información sobre la lepra entre la población y dio a conocer las principales medidas sanitarias que las personas debían tomar para evitar un contagio. Pero, por otra parte, con apoyo del Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra, generó miedo hacia los enfermos, entre esa misma población. Este temor fue producto del desconocimiento que las autoridades sanitarias tenían acerca de la lepra, que las llevó a creer que mediante el aislamiento y control absoluto sobre los enfermos podría reducirse la incidencia de la enfermedad.

El aislamiento de los enfermos de lepra, aprobado por el Departamento de Salubridad Pública, afectó principalmente a los enfermos pobres que en su mayoría fueron separados de sus hijos y de su familia. Debido a que el confinamiento de los enfermos los desarraigaba de su entorno familiar, esta medida sanitaria desató rechazo y temor. Una de las principales razones por las que la población se resistía a acudir a los dispensarios era que muchos de los enfermos de lepra eran el sostén económico de su familia. El aislamiento en lazaretos obedeció a un problema de incertidumbre pues los facultativos atribuían a la lepra un carácter sumamente contagioso a pesar de que se desconocía el modo de transmisión de la enfermedad, y la Medicina carecía de fármacos efectivos para curarla.

A lo largo de la Campaña fueron constantes el prejuicio y el temor hacia los enfermos, “alimentados” por las propias autoridades sanitarias, quienes describían a la lepra como una terrible calamidad social y una plaga que impedía el progreso. Esta estrategia provocó que la sociedad viera el aislamiento de los enfermos como una medida idónea para ejercer un control estricto sobre éstos, y garantizar la salud e higiene pública. Las juntas sanitarias actuaban por denuncias civiles en las que se ponían de manifiesto el miedo social que provocaban los enfermos, y el estigma del que eran objeto.

La segregación obligatoria de los enfermos fue motivo de discusión entre los responsables de la Campaña contra la Lepra. Uno de sus principales

detractores fue el dermatólogo Fernando Latapí. Para él, el aislamiento obligatorio y la prohibición de que los enfermos hicieran uso de los servicios públicos, eran medidas autoritarias que perjudicaban a los enfermos, y hacían que éstos se opusieran a la Campaña y se alejaran de ella.

Mientras que Jesús González Urueña confiaba en la segregación de los enfermos como una medida efectiva para erradicar la lepra, Latapí abogaba por la educación de éstos, como el camino adecuado para luchar contra la lepra, y desestigmatizarla. Pensaba también que era necesario promover cursos de leprología dentro de las universidades, e incluso propiciar la profesionalización de leprólogos, para que fueran capaces de atender todos los problemas relacionados con esta enfermedad.

Cuando en diciembre de 1939 el gobierno inauguró el leprosario de Zoquiapan, las autoridades sanitarias confiaban en que este establecimiento iba a brindar tratamiento adecuado y “cuidados intensivos” a los enfermos de lepra. Esta institución fue fundamental para la Campaña, pues permitió aislar pacientes de varios dispensarios donde existían inadecuadas instalaciones y deficientes servicios. Con su construcción, el gobierno y las autoridades sanitarias intentaron aminorar la tensión que existía entre la sociedad y los enfermos. De alguna forma, Zoquiapan fue erigido para recluir a “los leprosos” y evitar la diseminación de la enfermedad. El hecho de que el leprosario fuera edificado en los límites de la ciudad muestra el enorme temor que las autoridades sanitarias sentían de un probable contagio hacia la gente sana, y la repugnancia que la sociedad externaba hacia los enfermos, que podían transmitirle la enfermedad y con quienes no querían compartir su cotidianeidad.

Durante sus primeros años de vida, el leprosario de Zoquiapan tuvo una amplia aceptación entre la mayoría de los leprólogos, que estaban convencidos de que el confinamiento impediría el contagio, y confiaban en que Zoquiapan favorecería higiénica y productivamente la vida de los enfermos, al ofrecerles pabellones confortables, y trabajo dentro de la leprosería para su sostenimiento y el de su familia. Sin embargo, pronto fue evidente que el asilo no favorecía la vida

de los enfermos reclusos en él, los cuales sufrían deficiencias en el servicio médico.

Las autoridades del Departamento de Salubridad Pública mantuvieron un contacto limitado con el asilo. La lejanía del leprosario dificultó la comunicación entre las autoridades sanitarias y los directivos del mismo. La asistencia proporcionada a los enfermos por el personal de salud del asilo fue deficiente, y el Departamento de Salubridad Pública fue incapaz de administrar adecuadamente el establecimiento.

En muy poco tiempo, el leprosario se convirtió en un lugar inseguro tanto para los enfermos reclusos como para la población cercana al mismo. La falta de vigilancia y de orden institucional provocó que, en el interior, los enfermos vivieran en un estado exacerbado de indisciplina. Ni los médicos ni el personal administrativo fueron capaces de responder a las demandas de los enfermos o a las necesidades del asilo. Zoquiapan se convirtió, además, en un lugar deplorable, con frecuencia hostil e insalubre, en el que cientos de enfermos vivían apartados de sus familiares, aislados y sufriendo la repulsión de la sociedad, y deprimidos por su padecimiento. En gran medida, fue una “colonia de leprosos” en la que morían “bajo el desdén de su enfermedad”.

Durante la Campaña, la mirada y el discurso de la prensa política con respecto al tema de la lepra fueron ambiguos. Por un lado, se opuso a que los enfermos compartieran su cotidianeidad con la sociedad sana y vivieran dentro de los centros urbanos, y por eso apoyó el aislamiento absoluto de los enfermos de lepra. Pero por otra parte, criticó la forma en que la mayoría de los enfermos vivían y estaban aislados dentro del leprosario de Zoquiapan.

En lo que respecta a los tratamientos, la expectativa de los leprólogos mexicanos de encontrar un fármaco capaz de inhibir la lepra en los enfermos fue una constante a lo largo de la Campaña. Eso los condujo a ensayar una variedad de medicamentos en los pacientes, sin establecer un valor terapéutico positivo ni reglas bajo las cuales los médicos podían experimentar dichos medicamentos. En muchos casos, estos tratamientos fueron perjudiciales e inclusive provocaron el recelo y temor de los enfermos hacia la Campaña y los dispensarios. En medio de

esto, la negligencia de los médicos, para cerciorarse de que sus pacientes eran “portadores de lepra”, fue otro factor que provocó que los enfermos desconfiaran de los centros asistenciales. En este sentido, los médicos mostraron una irresponsabilidad precipitada, producto de su desesperación y su afán de encontrar una cura para la lepra. En muchos casos la reclusión de los enfermos fue perjudicial para su recuperación, ya que los tratamientos no sólo no podían garantizarla, sino que incluso llegaban a producir la agudización del padecimiento.

Durante la década de los treinta, la posibilidad de detener el mal en los pacientes con los fármacos entonces existentes era casi siempre nula y poco alentadora. No obstante, el descubrimiento de las sulfonas, a principios de la década de los cuarenta, permitió sanar algunas “úlceras” y lesiones de los enfermos de lepra. Este hecho no sólo llenó de optimismo a los leprólogos sino que, además, representó un avance médico, ya que por primera vez existía un fármaco efectivo y de amplio valor terapéutico para curar la lepra. Por otra parte, para los leprólogos, el descubrimiento de las sulfonas marcó el inicio de una nueva etapa dentro de la Campaña contra la Lepra.

Las autoridades sanitarias mexicanas trataron de emular el modelo noruego; es decir, construir centros de investigación de la lepra; sin embargo, impusieron el aislamiento obligatorio “tal y como había sucedido en Hawái”. Esta decisión de segregar a los pacientes obedeció principalmente a la crisis política por la que atravesaba el país durante los primeros años de la década de 1930, y a la falta de una infraestructura para construir laboratorios y hospitales encargados de estudiar el problema de la lepra. Cabe recordar que, durante la primera mitad de la década de los treinta, México estuvo gobernado por dos presidentes interinos, y el Departamento de Salubridad Pública quedó a cargo de dos diferentes jefes. Este hecho, impidió que la Campaña contra la Lepra promoviera la investigación científica de la enfermedad a través de la construcción de laboratorios y hospitales.

En general, el Servicio de Profilaxis de la Lepra asumió un papel coercitivo, pues instauró y dirigió una Campaña que buscó coartar la vida de los enfermos, particularmente de aquellos a los que consideraba peligrosos y que pertenecían a

sectores populares desprotegidos; en ese sentido, fue clasista. Pero la Campaña no logró contar con una estructura vertical que permitiera al Servicio de Profilaxis regular las acciones de los dispensarios o las decisiones de los médicos adscritos a éstos. Desde el inicio de la Campaña, pero sobre todo hacia el final del periodo aquí estudiado, hubo médicos que cuestionaron radicalmente la dirección del Servicio y las medidas impuestas por la Campaña a los enfermos.

FUENTES CONSULTADAS

Archivos de consulta

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México (AHSSA).

Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico.

Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, Sección Secretaría Particular.

Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, Sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia.

Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, Sección Subsecretaría de Asistencia.

Sección Impresos, Serie Hemeroteca.

Archivo del Hospital General “Dr. Pedro López” de Zoquiapan (AHPLZ).

Hemerografía

Gaceta Médica de México.

Medicina. Revista Mexicana.

Revista de Salubridad y Asistencia.

Revista de Salubridad.

Revista Mexicana de Dermatología.

Revista Pasteur.

Revista Hoy.

Bibliografía

Agostoni, Claudia, “Los infinitamente pequeños: debates y conflictos en torno a la bacteriología (ciudad de México, siglos XIX a XX)”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (eds.), *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas, p. 167-192.

Aguilera Ríos, Sara, “Estado, comunidad médica e institucionalización de los estudios sobre nutrición en México (1937-1957)”, en Juan José Saldaña (coord.), *La Casa de Salomón en México: estudios sobre la institucionalización de la docencia e investigación científicas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Filosofía y Letras, 2005, p. 369-408.

Ahlbom, Anders y Staffan Norell, *Fundamentos de Epidemiología*, México, Siglo XXI, 1992.

Alanis Boyzo, Rodolfo, *Gustavo Baz Prada. Vida y obra*, México, Universidad Autónoma del Estado de México, 1994.

Álvarez Amézquita, José, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos, Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, 4 vols., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, v. II, 1960.

Aréchiga Córdoba, Ernesto, "Educación, propaganda o dictadura sanitaria. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945", en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, v. XXXIII, enero-junio de 2007, p. 57-88.

Aréchiga, Hugo y Juan Somolinos, *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993 (Biblioteca de la Salud).

Armus, Diego, "Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna", en Diego Armus (comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005, p. 13-40.

Azaola, Elena, *La institución correccional en México. Una mirada extraviada*, México, Siglo XXI, 1990.

Avila de la Gala, Fernando, *Lepra infantil*, México, UNAM-Facultad de Medicina (tesis para obtener el título de médico cirujano y partero), 1938.

Barba Rubio, José, "Tratamiento experimental de la lepra por los derivados de las diamino-difenil-sulfonas", en *Memoria del V Congreso Internacional de la Lepra*, Habana, 1948, p. 144-149.

Barba Rubio, José, *Congreso Panamericano de la Lepra. Río de Janeiro, Brasil. Octubre de 1946*, Guadalajara, Patronato de Lucha contra la Lepra, 1946.

Bazant, Jan, "Las reformas sociales. 1920-1940", *Breve historia de México. De Hidalgo a Cárdenas (1805-1940)*, México, La Red de Jonás, 1984, p. 141-168.

Bernal Astorga, Yaminel, *La construcción del sujeto leproso*, Zamora, El Colegio de Michoacán (tesis para obtener el grado de doctora en Ciencias Sociales en el área de Estudios Rurales), 2008.

Birn, Anne-Emanuelle, "Revolución nada más. La campaña de la Fundación Rockefeller contra la uncinariasis en México durante la década de los años veinte", en Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, p. 257-286.

Birn, Anne-Emannuelle, "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. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, v. XXV, 2005, p. 279-311.

Birn, Anne-Emannuelle, "Las unidades sanitarias: la fundación Rockefeller versus el modelo Cárdenas en México", en Marcos Cueto (ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, Perú, Instituto de Estudios Peruanos-Organización Panamericana de la Salud, 1996, p. 203-233.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, "Epidemiología y control de la lepra", n. 8, agosto de 1938, p. 695-702.

Bustamante, Miguel E., "Hechos sobresalientes en la historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia", *Salud Pública de México*, v. XXV, n. 5, septiembre-octubre de 1983, p. 465-482.

Bustamante, Miguel E., Carlos Viesca Treviño, Federico Villaseñor, Alfredo Vargas Flores, Roberto Castañón y Xóchitl Martínez, *La salud pública en México 1959-1982*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.

Bustamante, Miguel E., *La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México*, México, Imprenta del Departamento de Salubridad Pública, 1934.

Carrillo, Ana María, "Salud pública y poder en México durante el cardenismo, 1934-1940", *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, v. XXV, 2005, p. 145-178.

Carrillo, Ana María, "Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud", en Fajardo, Guillermo, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela, *Perspectiva histórica de la atención a la salud*, México, OPS / UNAM / Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002, p. 17-64.

Castañeda, Alfonso Manuel, "Bases para la campaña antileprosa en México", *Revista Médica de Yucatán*, v. XXI, n. 6, agosto de 1941, p. 135-138.

Castañeda, Alfonso Manuel, "Los diez primeros enfermos de lepra curados en el dispensario para leprosos Dr. Salvador Garcíadiego de Guadalajara, Jalisco, a los tres años de su fundación", *Salubridad*, v. V, n. 1, enero-marzo de 1934, p. 75-79.

Castañeda, Alfonso Manuel, "Profilaxis de la lepra.", *Medicina. Revista Mexicana*, v. XIII, n. 195, 10 de mayo de 1933, p. 205-210.

"Circular núm. I. De las Juntas Centrales y Municipales", AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 17, exp. 16, 139 fs., 1929-1930.

“Circular núm. II. De los censos”, AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 17, exp. 16, 139 fs., 1929-1930.

“Circular núm. III. De las Juntas Municipales”, AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 17, exp. 16, 139 fs., 1929-1930.

“Circular núm. X. Reglas fundamentales para el tratamiento de la lepra”, en González Urueña, Jesús, *La lepra en México*, Buenos Aires, El Ateneo, 1941, p. 547-548.

“Circular núm. XIII. Instrucciones generales para la práctica de visitas domiciliarias a leprosos y para el registro de sus familiares”, en González Urueña, Jesús, *La lepra en México*, Buenos Aires, El Ateneo, 1941, p. 534-539.

Clavreul, Jean, *El orden médico*, Barcelona, Argot, 1978.

Colinabarranco, Mario y Oscar Asseburg, “Semblanza del profesor emérito de la Facultad de Medicina, Dr. Fernando Latapí Contreras”, *Revista de la Facultad de Medicina*, v. III, n. 33, mayo-junio de 1990, p. 141-142.

Córdova, Arnaldo, “El nuevo orden rural”, *La política de masas del cardenismo*, México, Era, 1987, p. 93-122.

Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 1997.

“Cura de la lepra por la planta margarita”, *Secretaría de Relaciones Exteriores*, III-131-27, 6 fs., 1933.

Da Silva Cunha, Vívian, *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*, Río de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz-Casa de Oswaldo Cruz (tesis para obtener el grado de maestra en Historia de la ciencia y de la salud), 2005.

Da Silveira, America Xavier, *The preventorium in the fight against leprosy*, [sin ed.], 1941.

De Andrade da Fontana, Arselle, “Desvendando uma história de exclusão: a experiência do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital-Colônia Itapua”, en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Río de Janeiro, v. X, suplemento 1, 2003, p. 397-414.

De J. Lozano, Luis, “Accidentes ocasionados por el aceite de chaulmoogra y sus derivados en el tratamiento de la lepra”, *Salubridad*, v. V, n. 1, enero-marzo de 1934, p. 52-61.

De J. Lozano, Luis, "Tratamiento de la lepra", *Medicina. Revista Mexicana*, v. XI, n. 127, julio de 1930, p. 3-14.

De Jesús Castañeda, José, *Cómo resolver el problema de la lepra*, Departamento de Salubridad Pública. Oficina Técnica de Educación Higiénica, s.f.

De la Pascua, Ladislao, *Elefanciasis de los griegos*, México, Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México, 1844.

Delfina Molinari, Irene, *Los desheredados de la vida: el primer sanatorio-colonia para enfermos de lepra*, Buenos Aires, 2005 (en prensa).

De Souza Araujo, Heraclides Cesar, *A lepra: estudos realizados em 40 paizes*, Río de Janeiro, Instituto Oswaldo Cruz, 1929.

Departamento de Salubridad Pública-Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra, *Instrucciones para el tratamiento de la lepra en los dispensarios*, México, 1937.

Departamento de Salubridad Pública. Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra, *Primer censo quinquenal reglamentario de la lepra en la República Mexicana (1930-1934)*, México, Imprenta del Departamento de Salubridad Pública, 1935.

Departamento de Salubridad Pública, *Lepra*, México, Departamento de Salubridad Pública. Servicio de Propaganda y Educación Higiénica, 1930.

Departamento de Salubridad Pública, *Primer censo de la lepra*, México, Publicaciones del Departamento de Salud Pública, 1927.

Díaz de Kuri, Martha y Carlos Viesca Treviño, *Historia del Hospital General de México*, México, 1994.

Editorial, "El principio de precaución: implicaciones para la salud pública", *Gaceta Sanitaria*, v. XVI, n. 5, 2002, p. 371-373.

Editorial, "Anti-contagionism in leprosy, 1844-1897", *International Journal of Leprosy*, v. LXVI, n. 3, septiembre 1998, p. 374-384.

Edmond, Roy, *Leprosy and empire. A medical and cultural history*, Nueva York, Cambridge University Press, 2006.

Faget, G. H. y R. C. Pogge, "Treatment of leprosy with Diasone", *Reprinted of Medical and Surgical Journal*, v. XCVIII, n. 4, octubre de 1945, p. 1-17.

Foucault, Michel, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, México, Siglo XXI, 2001.

García Luna Ortega, Margarita, *Viajeros extranjeros en el Estado de México*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México-Instituto Mexiquense de Cultura, 1999.

Garciadiego, Javier, "La revolución", en Pablo Escalante Gonzalbo, *et al*, *Nueva historia mínima de México*, México, El Colegio de México, 2004, p. 225-261.

Garrido, Luis Javier, *El partido de la revolución institucionalizada. La formación del nuevo estado en México (1928-1945)*, México, Siglo XXI, 1991.

Garzon, Rafael, "Tratamiento de las enfermas del Lazareto del Perpetuo Socorro (Córdoba, R.A.). Resultado obtenidos con el empleo de las sulfonas", en *Memoria del V Congreso Internacional de la Lepra*, Habana, 1948, p. 150-156.

Goffman, Erving, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

Goffman, Erving, *Estigma, la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970.

González Ancira, Erasmo, "Tratamiento de la lepra por el toxoide diftérico", *Pasteur*, v. I, n. 1, enero de 1943, p. 4-5.

González Compeán, Miguel y Leonardo Lomelí (coords.), *El partido de la Revolución. Institución y conflicto (1929-1999)*, México, FCE, 2000.

González, José de Jesús, *Contribución al estudio en México de la lepra*, Escuela Nacional de Medicina de México (tesis inaugural), 1897.

González Urueña, Jesús, *Memorias*, México, [sin ed.], 1947.

González Urueña, Jesús, "Mi actuación en la obra sanitaria", *Suplemento de Medicina. Revista Mexicana*, v. XXIII, n. 435, mayo de 1943, p. 98-101.

González Urueña, Jesús, "Obras complementarias del asilo Dr. Pedro López", *Asistencia*, mayo-junio de 1943, p. 59-65.

González Urueña, Jesús, *La lepra en México*, Buenos Aires, El Ateneo, 1941.

González Urueña, Jesús y Luis de J. Lozano, *El tratamiento de la lepra por el azul de metileno*, México, Departamento de Salubridad Pública, 1936.

González Urueña, Jesús, *El primer año de profilaxis de la lepra en la República Mexicana*, México, Departamento de Salubridad Pública, 1932.

González Urueña, Jesús, "Servicio de Profilaxis de la Lepra. Informe del tercer y cuarto trimestre de 1932", *Salubridad*, v. III, n 3-4, julio-diciembre de 1932, p. 553-562.

González Urueña, Jesús, "Oficina de Profilaxis de la Lepra. Informe del segundo trimestre de 1930", *Salubridad*, v. I, n. 2, abril-junio de 1930 (a), p. 404-408.

González Urueña, Jesús, "Oficina de Profilaxis de la Lepra. Informe del cuarto trimestre de 1930", *Salubridad*, v. I, n. 4, octubre-diciembre de 1930 (b), p. 1266-1269.

González Urueña, Jesús, "Un caso de contagio de la lepra", *Gaceta Médica de México*, v. IX, n. 7-12, diciembre de 1915, p. 452-455.

González Villarreal, Ignacio, "Entrevista a la doctora Obdulia Rodríguez Rodríguez, realizada los días 22 y 23 de febrero de 2007, en el Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, México D. F.

Gould, Tony, *A disease apart. Leprosy in the modern world*, Nueva York, Saint Martin's, 2005.

Hernández Llamas, Héctor, "Algunas consideraciones sobre la historia del campo mexicano", en Héctor Hernández Llamas (coord.), *La atención médica rural en México. 1930-1980*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982, p. 15-19 (Colección Salud y Seguridad Social).

Hurtado, Francisco, "Herencia de la lepra", *Gaceta Médica de México*, v. II, n. 6, junio de 1907, p. 203-214.

Instituciones de asistencia privada del Distrito Federal, México, Editorial Cultura, 1943.

Kisch, Egon Erwing, *Descubrimientos en México*, México, Grijalbo, 1959.

La Prensa Médica Mexicana, "Curso de leprología para médicos", n. 2, febrero de 1942, p. 27-30.

Lamadrid Caballero, Alfredo, *Lepra: breve estudio. Guasave Sinaloa*, México, UNAM-Facultad de Medicina (tesis para obtener el título de médico cirujano), 1947.

Latapí, Fernando, Amado Saúl, Mario Salazar Mallén, Jorge Vega Núñez, Pedro Lavallo, Leonardo Zamudio, *Lepra. Actualidades médicas y quirúrgicas. XII Jornadas Médicas Nacionales*, México, Academia Nacional de Medicina, 1970.

Latapí, Fernando, "Veinticinco años de la Sociedad Mexicana de Dermatología", en *Memorias del Primer Congreso Mexicano de Dermatología*, México, Sociedad Mexicana de Dermatología, 1963, p. 75-85.

Latapí, Fernando, "Veinticinco años del Centro Dermatológico Pascua," *Dermatología. Revista Mexicana*, v. VI, n. 3-4, diciembre de 1962, p. 237-245.

Latapí Fernando, *Lepra. Resumen de las lecciones dictadas en el curso de Dermatología tropical ofrecido por la Sociedad Mexicana de Dermatología en agosto de 1945*, Reimpreso de La Prensa Médica Mexicana, v. XI, enero-febrero de 1946, p. 3-14.

Latapí, Fernando, "Dr. don Jesús González Urueña en el 50º aniversario de su recepción profesional", *Suplemento de Medicina. Revista Mexicana*, v. XXIII, n. 435, 10 de mayo de 1943, p. 88-91.

Latapí, Fernando, "Lepra y acción sanitaria", *Gaceta Médica de México*, v. LXXI, n. 6, diciembre de 1941, p. 730-741.

Latapí, Fernando, "El diagnóstico temprano de la lepra", *Gaceta Médica de México*, v. LXIX, n. 6, diciembre de 1939, p. 450-464.

"Lectura y discusión del Proyecto de Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra", AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 9, exp. 9, 232 fs., 1927-1928.

Lerner de Sheinbaum, Berta y Susana Ralsky de Cimet, *El poder de los presidentes. Alcances y perspectivas (1910-1975)*, México, Instituto Mexicano de Estudios Políticos, 1976.

López Valdivia, Obdulio, *Lepra. Nuevos conceptos clínico-terápicos*, México, UNAM-Facultad de Medicina (tesis para obtener el título de médico cirujano), 1947.

Lucio, Rafael e Ignacio Alavarado, *Opúsculo sobre el mal de san Lázaro o elefantiasis de los griegos*, México, Imprenta de M. Muguía y Compañía, 1852.

Martínez, Antonio D., *Breves apuntes sobre la historia y la etiología de la lepra*, Facultad de Medicina de México (tesis para obtener el título de Medicina, Cirugía y Obstetricia), 1891.

Martínez Barbosa, Xóchitl, Fernando Martínez Cortés, Octavio Rivero Serrano, *El Consejo de Salubridad General 1935-2000*, México, SmithKline Beecham, 2000.

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

Martínez Navarro, J. Ferran, “De la información a la acción: la vigilancia de la salud pública”, *Revista Española de Salud Pública*, n. 74, 2000, p. 81-85.

Medin, Tzvi, *El minimato presidencial: historia política del maximato. 1928-1935*, México, Era, 1991.

Medina Peña, Luis, “Disciplina política y familia revolucionaria”, *Hacia el nuevo Estado. México, 1920-1994*, México, FCE, 1995, p. 50-83.

Meyer. Lorenzo, “La institucionalización del nuevo régimen”, en *Historia general de México*, México, El Colegio de México, 2000, p. 823-879.

Miranda, Marisa y Gustavo Vallejo, “Formas de aislamiento físico y simbólico: la lepra, sus espacios de reclusión y el discurso médico-legal en Argentina”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Madrid, v. LX, n. 2, julio-diciembre de 2008, p. 19-42.

Muriel, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*, México, Jus, 1956.

Nava Nava, Carmen, *Ideología del partido de la Revolución Mexicana*, México, Centro de Estudios de la Revolución Mexicana, 1984.

Nogueira Monteiro, Yara, “Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen’s disease patients in Sao Paulo”, en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. X, suplemento 1, 2003, p. 95-121.

Núñez Andrade, Roberto, “Causas más frecuentes de mortalidad en la lepra”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, v. II, n. 5, 1939, p. 283-287.

Obregón, Diana, “The State, physicians, and leprosy in modern Colombia”, en Diego Armus (ed.), *Disease in the history of modern Latin American. From malaria to AIDS*, Durham/London, Duke University Press, 2003, p. 130- 157.

Obregón Torres, Diana, *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y ciencia en Colombia*, Medellín, Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.

Obregón Torres, Diana, “De árbol maldito a enfermedad curable. Los médicos y la construcción de la lepra en Colombia, 1884-1939”, en Marcos Cueto (ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 1996.

Ortiz, Mauricio, *En los sesenta años de la Secretaría de Salud. Una crónica de su fundación*, México, Secretaría de Salud, 2003.

Otero, Miguel, "Apuntes para la descripción y clasificación de las distintas formas clínicas de la lepra", *Gaceta Médica de México*, v. X, n. 5-8, mayo-agosto de 1915, p. 113-124.

Perches Franco, José, "Legislación y asistencia en la lepra", en *Memorias del II Congreso Mexicano de Medicina*, México, Hospital General, 1948, p. 477-484.

Peyri, A., "La lepra en Monterrey. Datos y comentarios. La diaminodifenil-sulfona en cinco casos", *Sugestiones*, n. 142, junio de 1947, p. 22-41.

"Programa de labores para 1937", AHSSA, *Salud Pública*, Servicio Jurídico, caja 46, exp. 3, 6 fs., 1936.

"Proyecto de Reglamento Nacional de Profilaxis de la Lepra presentado por el Dr. Jesús González Urueña", AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 9, exp. 9, 232 fs., 1927-1928.

Quiñonez, Mario, "El Dr. González Urueña recibe la Medalla Eduardo Liceaga", *Suplemento de Medicina. Revista Mexicana*, v. XXIII, n. 435, mayo de 1943, p. 96-98.

Ramírez Pliego, María Dolores, "Breves impresiones de Zoquiapan", *Suplemento de Medicina. Revista Mexicana*, v. XXI, n. 387, mayo de 1941, p. 63.

"Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra", AHSSA, *Salubridad Pública*, Servicio Jurídico, caja 17, exp. 16, 139 fs., 1929-1930.

Report of the Subcommittee on Epidemiology and Control, "The epidemiology and control of leprosy", *Monthly Bulletin of the Bureau of Health*, v. XVIII, n. 8, agosto de 1938, p. 369-387.

Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, "El Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales", *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, v. I, n. 1, noviembre de 1939, p. 5-17.

Reyes, Agustín, "Estudio sobre la lepra", *Gaceta Médica de México*, v. XIII, n. 17, junio de 1878, p. 325-334.

Ruiz, Luis E, "Memoria sobre la lepra", *Gaceta Médica de México*, v. II, n. 8, agosto de 1907, p. 261-290.

Rodríguez de Romo, Ana Cecilia y Martha Eugenia Rodríguez Pérez, "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX", *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, v. II, julio-octubre 1998, p. 293-310.

Rodríguez, Obdulia, "La lucha contra la lepra en México", *Revista de la Facultad de Medicina*, v. XLVI, n. 3, mayo-junio de 2003, p. 109-113.

Rodríguez Rodríguez Obdulia, "Clasificación de la lepra", *Dermatología. Revista Mexicana*, v. XVI, n. 1, abril de 1972, p. 73-81.

Rodríguez Rodríguez Obdulia, "Tratamiento moderno de la lepra", *La Prensa Médica Mexicana*, n. 10 y 11, octubre y noviembre de 1950, p. 247-259.

Rodríguez Rodríguez, Obdulia, *La lepra y los niños*, México, UNAM-Facultad de Medicina, 1949.

Romo, Alejandro, "El primer dispensario para leprosos en México, lo que ha hecho y lo que puede hacer", *Pasteur*, v. I, n. 2, febrero de 1932, p. 76-80.

Ruiz Montiel, J., "¿Es de resultados prácticos la propaganda escrita del Departamento de Salubridad?", *Salubridad*, v. I, n. 4, octubre-diciembre de 1930, p. 1116-1117.

San Martín, Hernán, *Salud y enfermedad. Ecología humana. Medicina preventiva y social*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1975.

Sánchez Uriarte, María del Carmen, *Entre la reclusión y la caridad: la lepra y el hospital de San Lázaro de la ciudad de México durante la segunda mitad del siglo XVIII y principios del siglo XIX*, México, UNAM-Facultad de Filosofía y Letras (tesis para obtener el grado de maestro en Historia), 2009.

Saúl, Amado, "Tratamiento actual", *Boletín Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social*, v. III, n. 3, marzo de 1961, p. 65-68.

Scholes, France V. y Eleanor B. Adams, *Ordenanzas del Hospital de San Lázaro de México. Año de 1582*, México, José Porrúa e Hijos, 1956.

Secretaría de la Asistencia Pública, *Reglamento de la leprosería doctor Pedro López*, México, Secretaría de la Asistencia Pública, 1942.

Secretaría de la Asistencia Pública, *La asistencia social en México. Sexenio 1934-1940*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1940.

Svarch Guerchicoff, Alejandro, "Aplicación de la Medicina preventiva en la salud y la enfermedad", *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*, v. X, n. 55, 2002, p. 15-16.

Urías Horcasitas, Beatriz, *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*, México, Tusquets, 2007.

Vela, Carlos M., "Necesidad de la segregación de los leprosos", *Pasteur*, v. I, n. 1, enero de 1942, p. 186-190.

Viesca Treviño, Carlos, “El primer renacimiento científico (1924-1936)”, en Díaz de Kuri, Martha y Carlos Viesca Treviño, *Historia del Hospital General de México*, México, 1994, p. 145-177.

Vigarello, Georges, “De la higiene ambiental a la higiene mental”, en *Lo sano y lo malsano. Historias de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*, Madrid, Abada, 2006, p. 325-369.

Villalobos, Samuel, “Tratamiento de la lepra por el mercurocromo soluble, 220”, *Hospital General. Revista Mexicana de Ciencias Médicas*, v. I, n. 3, julio-septiembre de 1926.

Whetten, Nathan L., “Salud y mortalidad en el México rural”, en Héctor Hernández Llamas (coord.), *La atención médica rural en México. 1930-1980*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982, p. 147-79.