



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Filosofía y Letras**

**División de Estudios de Posgrado**

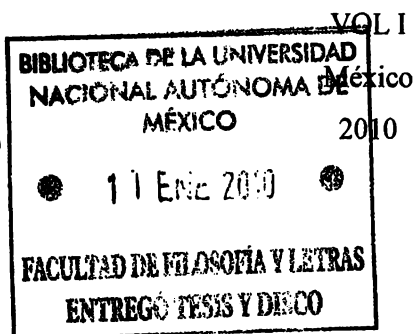
# **Epidemias, saber médico y salud pública en el porfiriato**

XLI  
2014  
CAR

**Tesis que para optar por el grado de doctora en Historia presenta**

**Ana María Carrillo Farga**

Director de tesis: Dr. Juan José Saldaña



**MAESTRIA Y DOCTORADO  
EN HISTORIA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**Para mi hijo Santiago**

## Índice

### Vol. I

**Agradecimientos..... XV**

**Introducción. La medicalización de la vida: salud pública y control social..... XVII**

**Capítulo I. Búsqueda de una organización nacional de salud: el Consejo Superior de Salubridad..... 1**

Un camino difícil hacia la autodeterminación

Amplias responsabilidades... poder limitado

La reorganización de la sanidad: dictamen sobre higiene pública

Congreso Nacional de Higiene

La higiene, la bacteriología y la medicina preventiva

Eduardo Liceaga: nuevos aires para la salud pública

Extensión del poder del Consejo Superior de Salubridad

La información, el pánico y el control de las epidemias

De institución local a cuerpo ejecutivo de la salud pública nacional

**Capítulo II. Reglamentarismo en zonas estratégicas: la legislación sanitaria..... 29**

Modernización y sanidad

La necesidad de un código sanitario nacional

El primer Código Sanitario y su filosofía

El poder centralizador

Sanidad Marítima

Ley de Inmigración

Legislación y guerra a las enfermedades

**Capítulo III. Detener al enemigo: salubridad en territorios, puertos y fronteras..... 51**

Cuarentenas y autonomía local

Juntas de sanidad y delegados sanitarios en los puertos  
Clasificación de puertos desde el punto de vista sanitario  
Dificultades en la nueva organización sanitaria  
Salubridad en territorios y fronteras

**Capítulo IV. Autonomía local y coordinación nacional: autoridades sanitarias de los estados..... 67**

Falta de uniformidad entre las autoridades sanitarias del país  
La búsqueda de coordinación  
Organismos y códigos sanitarios en los estados  
Uniformidad: avances y límites

**Capítulo V. Diagnóstico de salud: la estratégica geografía médica..... 91**

La geografía médica mexicana y sus influencias  
Primeros pasos de la disciplina en México  
La Comisión Geográfica Exploradora  
La geografía médica de Orvañanos  
El Instituto Médico Nacional y la geografía médica  
La geografía médica y la estrategia militar  
Microbios y medio ambiente geográfico  
La institucionalización de una disciplina

**Capítulo VI. Los futuros obreros y soldados: la higiene escolar..... 109**

La niñez gana un espacio en la sociedad  
Congreso Higiénico-Pedagógico de 1882  
La profesión médica ingresa al ámbito escolar  
Instrucción obligatoria y normalización de colegios y escolares  
Intervención de la escuela en la higiene privada: pupilos, padres y maestros  
La escuela como espacio de promoción de la higiene pública  
¿Aislamiento o curación?  
La higiene escolar en los estados  
Mejoramiento de escuelas y “escuelas modelo”

Los trabajos antropométricos: homogeneidad y diferencia

¿Alimentos o agua fría?

Vigorizar a la niñez: la educación física

Inspección médica escolar: un balance

**Capítulo VII. “El precioso preservativo”: la campaña antivariolosa..... 167**

La vacuna y su introducción en México

La extensión del padecimiento en el porfiriato

Organismos encargados de la vacunación

Por voluntad...

... o por fuerza

Deficiencias del servicio de vacunación

Insuficiencia de linfa vacunal

Falta de propagadores de la vacuna y otras dificultades

Vacuna humanizada contra vacuna animal

Límites y alcances de la campaña antivariolosa

**Capítulo VIII. Centralización de las actividades sanitarias: la campaña contra la peste ..... 203**

La llegada de un extraño mal

Órdenes superiores de cercar y aniquilar a la enfermedad

La pandemia, las pulgas y las ratas

Legislación sanitaria y medidas emergentes de salubridad

Cañedo y el terror sanitario

Vacunar y desinfectar

Los intereses comerciales

Un modelo a seguir

**Capítulo IX. En defensa del comercio internacional: la campaña contra la fiebre amarilla ..... 237**

De cómo la fiebre amarilla urbana llegó y se quedó

La fiebre amarilla durante el porfiriato

La teoría de Carlos Finlay llega a México  
Lucha a muerte contra el “terror amarillo”  
Resistencia profesional y popular a la campaña  
Un mal que se fue y volvió

## **Vol. II**

### **Capítulo X. A favor de la riqueza individual y pública: la campaña contra el paludismo** ..... 271

Una enfermedad inmemorial  
La geografía del paludismo  
Los mosquitos: “esos enemigos mortales de la raza humana”  
Las acciones contra el padecimiento  
Hacendados y autoridades sanitarias contra la malaria  
Límites sociales de la campaña contra el paludismo

### **Capítulo XI. Metodizar la vida: la campaña antituberculosa..... 291**

Una enfermedad milenaria  
Nuevos métodos de diagnóstico  
Extensión de la peste blanca durante el porfiriato  
Desnutrición, exceso de trabajo y alcoholismo  
Combate mundial al bacilo de Koch  
Una campaña de alcances nacionales  
¿Perseguir al enemigo o fortalecer las trincheras?  
Fortalezas y debilidades de la campaña contra la tuberculosis

### **Capítulo XII. Control sexual para el control social: la campaña contra la sífilis** ..... 323

Mundialización de la sífilis  
Las enfermedades de transmisión sexual en cifras  
El inicio de la campaña: detractores y defensores

El sexo como mercancía: la reglamentación de la prostitución

Contra las soldaderas: vigilancia en el ejército

Las enfermedades venéreas y la responsabilidad penal

Vida privada *versus* bien común

Que el hospital cure y moralice

Educar en castidad: las sociedades contra los abusos de Venus

Sanidad y moralización

**Capítulo XIII. Contra las enfermedades de miseria: el combate al tifo..... 361**

Una enfermedad centenaria

Extensión de la “fiebre roja” durante el porfiriato

Los Congresos Médicos de la Capital y la transformación de la naturaleza

Ricos y pobres, profesionales y legos, igualados en la danza de la muerte

Enfermedad de los lugares de aglomeración

Pecadores contra los mandamientos de la higiene

La privacidad del hogar deja de ser sagrada

Aislamiento y desinfección

La persecución de los vecindarios

De la caridad a la higiene social: el temor como estrategia sanitaria

Los piojos y otros culpables

Medidas profilácticas

Del miedo a la enfermedad al miedo a los enfermos

**Capítulo XIV. Para frenar la degeneración de la raza: la lucha antialcohólica..... 401**

¿Un problema creciente?

Efectos físicos y mentales en el alcohólico y en su prole

¿Vicio o enfermedad?

Higiene pública contra un mal social

Entre la coerción y la educación

**Capítulo XV. La reglamentación sanitaria de la muerte..... 427**

El acto de morir



El discurso sobre la muerte: clase, género y generación  
 La clasificación y cuantificación de la vida y de la muerte  
 El transporte de los cadáveres  
 La higiene de los campos mortuorios  
 Panteones municipales *versus* panteones locales  
 ¿Inhumación o destrucción de los cuerpos por medio del fuego?  
 La intervención sobre la muerte

**Capítulo XVI. Imperialismo y sanidad: internacionalización de la salud pública..... 449**

Higiene pública vs cuarentenas  
 Conferencias Sanitarias Internacionales  
 Asociación Americana de Salud Pública  
 Congresos Médicos Panamericanos  
 Congresos Médicos Latinoamericanos y Congresos Científicos Latinoamericanos  
 Convenciones Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas  
 Oficina Internacional de Higiene Pública  
 Congresos internacionales, salud pública y Estados nacionales  
 Organismos sanitarios  
 Legislación sanitaria  
 Información epidemiológica internacional  
 Defensa contra las enfermedades epidémicas y comercio  
*Yellow Jack*: enemigo número uno  
 Las reuniones internacionales y la salud pública en México

**Recapitulación y consideraciones finales. La higiene: virtud privada y deber público..... 491**

**Anexos..... 501**

Anexo 1. Reglamentos relativos a la salubridad pública expedidos en el Distrito Federal durante el porfiriato.  
 Anexo 2. Primera clasificación internacional de las enfermedades.  
 Anexo 3. Reuniones de la Asociación Americana de Salubridad Pública.  
 Anexo 4. Presidentes de la Asociación Americana de Salubridad Pública.

Anexo 5. Congresos Médicos Panamericanos.

Anexo 6. Congresos Médicos Latinoamericanos.

Anexo 7. Congresos Científicos Latinoamericanos (\*Panamericanos).

Anexo 8. Convenciones Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas.

**Fuentes..... 521**

## Agradecimientos

Me tomó más de una década poner punto final a este trabajo, y –como es lógico– son muchas las personas e instituciones con las que he contraído una deuda de gratitud. Mi primer y mayor agradecimiento es para el doctor Juan José Saldaña, guía de mis estudios de maestría y doctorado. En el singular seminario que él anima en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México, mi interés por la historia de la medicina se amplió al tener la posibilidad de debatir con inteligentes condiscípulos dedicados a la historia de la botánica, la geografía, la ingeniería, la psicología, la física. Al doctor Saldaña debo, en gran medida, mi pasión por la historia social de las ciencias, así como mis primeros contactos con las Sociedades Mexicana, Latinoamericana e Internacional de Historia de las Ciencias y la Tecnología. Él fue director de mi investigación desde que ésta era sólo una idea, y sigue siendo para mí un guía inestimable.

Me han ayudado, de diferentes maneras, muchos otros colegas. La tesis le debe mucho a las pláticas que tuve –en Cuba, en México y por correspondencia– con el historiador cubano de la medicina José López Sánchez (†), mi maestro fuera de las aulas. El trabajo pionero de Marcos Cueto ha sido inspiración para mi investigación. Al cuestionar de manera inteligente las hipótesis centrales de mi tesis, Anne-Emanuelle Birn me ha ayudado como nadie a clarificarlas y desarrollarlas; por intermedio suyo recibí una invitación de la Universidad de Toronto, tanto para exponer mi trabajo como para consultar valiosos documentos. Gracias a una invitación de Emilio Quevedo, pude participar como profesora invitada en el doctorado de salud pública de la Universidad Nacional de Colombia, y discutir también ahí mis ideas.

De entre los historiadores mexicanos con los que me he reunido en seminarios y de los que recibido comentarios valiosos, quiero destacar los de mis colegas, amigas y amigos, Javier Dosil Mancilla, María Luisa Rodríguez-Sala, Nina Hinke (†), Fernanda Núñez, Cristina Sacristán, Claudia Agostoni, Pilar Gonzalbo Aizpuru, Milada Bazant, Ernesto Aréchiga y Antonio Santoyo.

Los doctores Luz Fernanda Azuela, Rosalina Estrada y Omar Moncada fungieron como sinodales del examen porfesional y el trabajo se benefició con sus críticas y sugerencias.

No podría haber realizado esta investigación sin la ayuda de todas las personas que laboran en las bibliotecas y archivos que he consultado, pero debo un agradecimiento muy especial a los sucesivos directores del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud: José Félix Alonso Gutiérrez del Olmo e Irma Betanzos Cervantes, así como a Rogelio Vargas Olvera, Margarito Crispín Castellanos,

Javier Morales Meneses (†), Patricia Olguín Alvarado, Patricia Guadalupe Alfaro Guerra, José Luis Nájera Juárez y Rosalba Tena Villeda, quienes durante todos estos años me hicieron sentir en el archivo como quien llega a su casa. Un reconocimiento particular debo también al señor Alejandro Moreno y al licenciado Andrés Pineda Cervantes, de la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina. Clara Guadalupe García y Ricardo Orozco me dieron acceso al fondo del Centro de Estudios Históricos del Porfiriato y, al hacerlo, me abrieron también las puertas de su casa. El Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM me permitió consultar el Fondo Reservado Antonio Alzate, que aún no estaba catalogado.

Durante un año y medio, disfruté de una beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que fue muy importante para la realización de mi trabajo; en esos 18 meses, el entonces estudiante de historia Francisco de la Cruz, me acompañó en mi búsqueda de fuentes primarias en los archivos.

Aunque siempre tuve en la mente el guión de mi tesis, ésta fue tan ambiciosa que sólo pude terminarla presentando varios de los diferentes temas que aborda en reuniones académicas, en México o en el extranjero; así como escribiendo artículos o capítulos para revistas y libros especializados, también nacionales o internacionales. Agradezco los atinados comentarios, que para mejorar dichos trabajos, recibí de los editores y de los revisores anónimos.

El Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM fue para mí un espacio de libertad para realizar esta tesis. En todos estos años, he contado con el apoyo de mis jefes, y mi trabajo se ha enriquecido gracias al diálogo entablado con mis compañeros en seminarios de investigación.

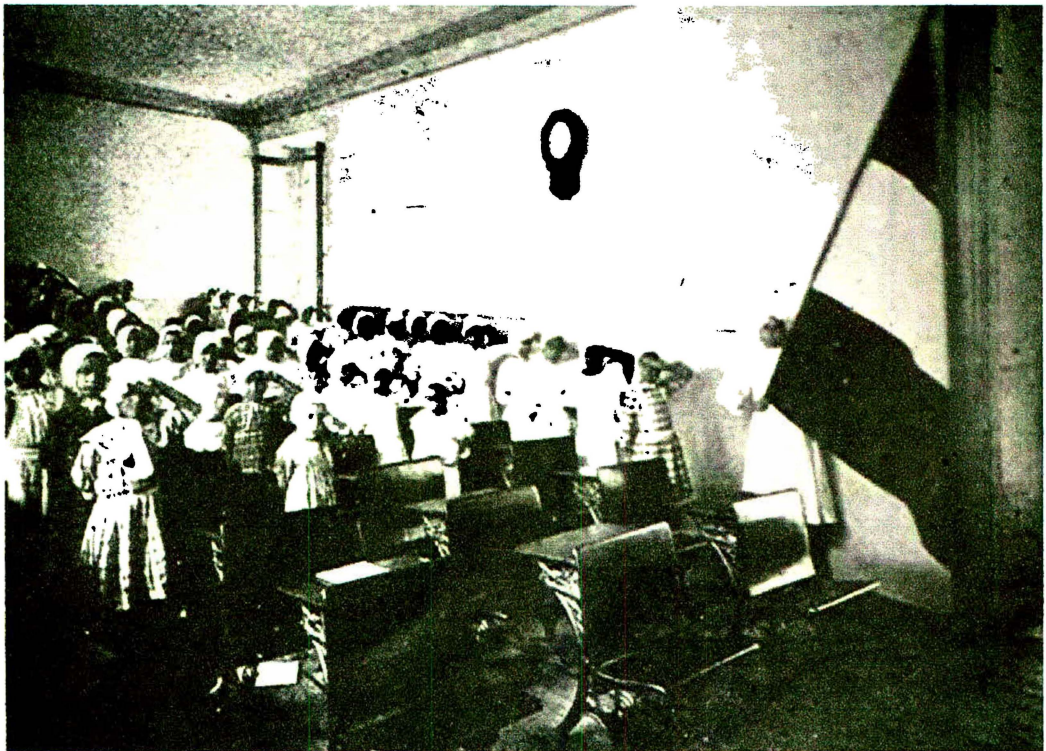
También, han sido un estímulo mis alumnos de varias generaciones de la materia de libre elección “historia de la salud pública en México”, de dicha facultad. Estoy, desde luego, muy agradecida con la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México y con sus extraordinarios maestros, así como con la UNAM misma.

Mis hermanos me ayudaron a resolver dudas en sus áreas de especialidad. Mi hijo, mis padres y Claudia Ayala Rosenblueth me impulsaron más que nadie para que pusiera punto final a la que parecía una tesis interminable. Claudia, además, me acompañó en la historia que está detrás la tesis. A todos los colegas y amigos que no he citado, pero que me han ayudado de una u otra forma, ¡muchas gracias!

Por supuesto, la responsabilidad de cualquier deficiencia de este trabajo es exclusivamente mía.

## **Introducción**

### **La medicalización de la vida: salud pública y control social**



**Salón de clases de la Escuela Doctor Balmis para Niños Enfermos de la Piel. Circa 1908.**

La medicina ha tenido siempre una gran influencia sobre la sociedad y, a su vez, ha recibido el impacto de factores sociales, económicos, culturales y políticos; por ello, la historia de un país no puede ser bien entendida sin saber lo que la salud, la enfermedad y la muerte han sido en y para él. La historia de la salud y la medicina arrojan luz sobre la historia política, al tiempo que son esclarecidas por ella, además de que pueden servir a la salud pública para “producir identidad, compromiso y comprensión tanto sobre el origen y evolución de los problemas que enfrenta, como sobre la complejidad de los procesos de negociación, fragmentación y discontinuidad que se producen en el fenómeno salud-enfermedad”.<sup>1</sup>

Esta investigación se ocupa de los problemas colectivos de salud, el saber médico y la salud pública<sup>2</sup> durante el régimen de Porfirio Díaz. La tesis de mi tesis es que el nacimiento de la salud pública moderna en México ocurrió durante las últimas décadas del siglo XIX y la primera del siglo XX.<sup>3</sup> Desde luego, en el actual territorio mexicano hubo acciones de higiene pública desde la época prehispánica,<sup>4</sup> y luego, en los periodos virreinal (1521-1821),<sup>5</sup> del México independiente (1821-1867)<sup>6</sup> y de la república restaurada (1867-1876).<sup>7</sup> Pero el paso del sanitarismo a la salud pública ocurrió durante el porfiriato, periodo que abarca los gobiernos de los generales Porfirio Díaz (1876-1880 y 1884-1910)<sup>8</sup> y Manuel González (1880-1884).

En mi opinión, dicha transición fue posible porque durante esos 34 años se unieron varios factores científicos, políticos y económicos, dentro de ellos:

–La incorporación de nuevos campos de conocimiento a la práctica de los salubristas mexicanos: la bacteriología, que identificó al agente causal de muchas enfermedades; la inmunología, que creó vacunas y sueros para prevenirlas y tratarlas; la medicina tropical, que

---

<sup>1</sup> HOCHMAN *et al.*, 2002: 11.

<sup>2</sup> Salud pública es la respuesta social organizada a los problemas colectivos de salud; es sobre todo preventiva, pero incluye acciones curativas (y actualmente, también de rehabilitación).

<sup>3</sup> He expuesto las tesis centrales de mi trabajo sobre la salud pública porfiriana en CARRILLO, Ana María (inédito). *Salud pública y control social en el México porfiriano*, que obtuvo mención honorífica en el Premio “Dr. Enrique Beltrán” de Historia de la Ciencia, otorgado por la Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y la Tecnología, en 1998. También en los trabajos CARRILLO, Ana María (1999b). “La salud pública en el Porfiriato”, *Haciendo Historia*, vol. I, núm. 2, marzo-abril, pp. 18-23, y CARRILLO, Ana María (2002b). “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, *História, Ciência, Saúde. Manguinhos*, vol. IX (suplemento), pp. 67-87.

<sup>4</sup> BUSTAMANTE, 1984. VIESCA TREVIÑO, 1984.

<sup>5</sup> LANNING, 1985. COOPER, 1980.

<sup>6</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960. MORENO CUETO *et al.*, 1982.

<sup>7</sup> FLORES, 1886-1888. MORENO CUETO *et al.*, 1982.

<sup>8</sup> Para la historiografía, el inicio del periodo está marcado por la rebelión de Tuxtepec, encabezada por Porfirio Díaz – quien entró triunfante a la ciudad de México el 9 de enero de 1877–, y su fin por el comienzo de la revolución –en noviembre de 1910–, si bien Díaz no renunció al poder hasta mayo de 1911. VALADÉS, 1987. Esta obra narra del primer al último día del porfiriato.

explicó el papel que desempeñan los vectores<sup>9</sup> en la transmisión de algunos padecimientos; y la epidemiología, que estudió la frecuencia y distribución de las enfermedades.

—El proceso de concentración creciente del poder del Estado en asuntos sanitarios, el cual fue paralelo a su concentración de poder político disciplinador, y permitió poner los nuevos conocimientos al servicio de la prevención de los problemas colectivos de salud.

—Y la necesidad de la élite porfiriana y el imperialismo europeo y estadounidense de combatir las epidemias y endemias<sup>10</sup> en áreas estratégicas para la economía: la ciudad de México, los puertos y las fronteras, las poblaciones cercanas a las líneas ferroviarias, las grandes haciendas, y las zonas mineras y petroleras.

A lo largo del trabajo abordó también otros factores ideológicos, culturales y sociales, entrelazados con la protección de la salud de la población. Busco, así, mostrar que el proceso de nacimiento de la salud pública se dio en el seno de una sociedad que, al mismo tiempo, atravesaba por profundas transformaciones ocupacionales, demográficas, sociales y culturales.

En el siglo XIX, no hubo década en que no se presentaran epidemias agravadas por los conflictos armados y por el hambre, también epidémica.<sup>11</sup> Dichas epidemias tuvieron terribles efectos: cadáveres de atacados por la difteria “enterrados” en el mar, panteones y hospitales creados sólo para enfermos de cólera, soldados que desertaban por temor al paludismo, déficit de sanos para cuidar a los enfermos o para trasladar y enterrar a los fallecidos por peste, insurrecciones de presos que trataban de salir de una cárcel infestada de viruela, barcos detenidos con sus pasajeros y mercancías a causa del tracoma, falta de féretros y de tela para amortajar a los fallecidos por influenza, sacerdotes que no se daban abasto con los moribundos por sarampión, escuelas vacías debido a la tos ferina, poblaciones doblegadas al tifo, comercio paralizado por fiebre amarilla. Las epidemias sembraban el luto en familias y pueblos enteros, y era frecuente que una se retirara sólo para dar paso a otra.

El México porfiriano no estuvo exento de esta situación epidemiológica. En diferentes años y entidades de la república, la población sufrió epidemias recurrentes y graves de tifo exantemático,

---

<sup>9</sup> Como piojos, pulgas, mosquitos, agua.

<sup>10</sup> “Endemia” es la presencia habitual de una enfermedad en una determinada zona geográfica o un grupo de población, a diferencia de “epidemia”, que es la aparición en una comunidad o región definida de casos de una enfermedad, con una frecuencia que claramente rebasa la incidencia (número de casos de una enfermedad que aparecen) normal prevista. Al parecer, los términos epidémico y endémico derivaron de *epidemeion* y *endemeion*, empleados por Hipócrates hace 2,400 años, como medio de incorporar una perspectiva comunitaria a la comprensión de las enfermedades. La finalidad de esos términos era diferenciar las enfermedades que visitan a la comunidad (*epidemeion* significa “visitar”) de las que residen en ella. TERRIS, 1987.

<sup>11</sup> Véanse, entre otros, BUSTAMANTE, 1958. ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960. BUSTAMANTE, 1982b. VARGAS OLVERA, 1993b. CUENYA *et al.*, 1992. MÁRQUEZ MORFÍN, 1994.



viruela, fiebre amarilla, sarampión, escarlatina, peste, cólera e influenza; y endemias como el paludismo, la fiebre amarilla y el tifo exantemático, localizados en regiones específicas, además de diarrea, enteritis, tos ferina, neumonía, bronquitis y alcoholismo, que se presentaban en todo el país.<sup>12</sup>

El Estado se preocupó por conocer la distribución e impacto de las enfermedades, pero a partir de los informes médicos, resulta difícil identificar cuál era el padecimiento que más afectaba a la población. Para Jesús E. Monjarás, ninguna enfermedad causaba más males que la tuberculosis.<sup>13</sup> Él mismo aseguró en otro texto que ninguna hacía más víctimas que el paludismo.<sup>14</sup> De acuerdo con Joaquín Huici, de todas las epidemias que habían afligido al país, la viruela era siempre la que mayores estragos provocaba.<sup>15</sup> En opinión de Manuel Septién y Llata, la sífilis y la embriaguez eran los azotes más grandes de la sociedad y del individuo.<sup>16</sup> También para Jesús González Urueña, Francisco Bulman y Aristeo Calderón, el alcoholismo y la sífilis, además de la tuberculosis, eran los principales flagelos de la humanidad.<sup>17</sup> Y el tifo, de acuerdo con Domingo Orvañanos, era el mal que causaba mayor mortalidad en la república, y el que había originado el mayor número de epidemias.<sup>18</sup>

En realidad, cuando no había epidemias las enfermedades dominantes eran las intestinales y las respiratorias,<sup>19</sup> y éstas iban casi siempre acompañadas del hambre, pues la subalimentación tiene un efecto real sobre la resistencia del organismo a las mismas.<sup>20</sup> Sin embargo, el combate prioritario para el Estado porfiriano fue el que se dio contra la fiebre amarilla, y es que las enfermedades eran

---

<sup>12</sup> PESET y PESET (1972) sugieren que cuando las muertes son colectivas y numerosas, es probable que sean significativas para los estudios históricos, y que es tarea de los historiadores seguir los itinerarios de las epidemias, buscar sus causas y analizar sus consecuencias.

<sup>13</sup> MONJARÁS, 1905.

<sup>14</sup> Escribió: "Ninguna enfermedad contagiosa ha hecho tantas víctimas como el impaludismo [*sic*]: la peste bubónica, el cólera, la fiebre amarilla, no son comparables a este punto de vista [*sic*], porque todas estas afecciones son agudas y localizadas, su repartición geográfica es limitada. El impaludismo es crónico y universal: todos los países del mundo han tenido que sufrirlo". MONJARÁS, 1906: 130.

<sup>15</sup> Huici citado por OROPEZA, 1921-1922.

<sup>16</sup> SEPTIÉN Y LLATA, 1880.

<sup>17</sup> GONZÁLEZ URUEÑA *et al.*, 1908.

<sup>18</sup> ORVAÑANOS, 1889. Ya GONZÁLEZ NAVARRO (1970) señaló que esta afirmación no coincidía con las estadísticas. El trabajo de este historiador incluye datos de mortalidad por enfermedades seleccionadas.

<sup>19</sup> Como ejemplos, véanse *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 8 de octubre de 1885, p. 2. SORIANO, 1881. *Jalisco Libre. Diario del Pueblo*, Guadalajara, 21 de mayo de 1908, p. 3. *La Sombra de Arteaga. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro*, Querétaro, 25 de julio y 30 de octubre de 1882, y 19 de julio de 1884; p. 227, 321 y 115. La prensa radical aseguraba que, de acuerdo con las estadísticas del Consejo, "el mayor número de difuntos que se difuntean son [*sic*] por enfermedades del estómago [diarreas y enteritis]", y responsabilizaba de ello a los "gachupines", que monopolizaban comestibles y bebestibles. *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 18 de junio de 1899, p. 391.

<sup>20</sup> SIGERIST, 1987. Sobre el hambre en la historia de México, véase BUSTAMANTE, 1975.

importantes no sólo por el número de defunciones que causaban sino también por su significación social. La decisión de dirigir la mayor parte de los esfuerzos sanitarios contra la fiebre amarilla y no contra otras enfermedades –algunas de mayor extensión o responsables de un porcentaje mayor de la morbilidad y mortalidad en el país–, tuvo que ver con los intereses comerciales de los Estados Unidos.

Pagaban tributo a las enfermedades los pobres y los ricos, los presos y los guardianes, los médicos y los legos, las amas de casa y los trabajadores asalariados, los militares y los civiles, los religiosos y los seculares, los niños y los viejos. Puede decirse que las epidemias eran asunto de todos, aunque, sin duda, había regiones, sectores de población, grupos de edad y clases sociales más castigados.<sup>21</sup> Las epidemias atacaban con mayor fuerza a quienes vivían congregados o hacinados: presos, internos, militares y estudiantes; y en general, a los pobres y a los infantes y niños. La agudización de los problemas de salud llegó a coincidir con crisis económicas y políticas.<sup>22</sup>

A inicios del periodo, la esperanza de vida era muy baja –alrededor de 25 años–, y la mortalidad infantil, es decir, la de menores de un año, altísima. En la capital del país, de un total de 10,223 muertes ocurridas en 1879, 3,047 correspondieron a ellos, y las defunciones de menores de 12 años representaron 50.37% de la mortalidad general.<sup>23</sup> En opinión de Daniel Cosío Villegas, la mortalidad infantil, lo mismo que el alcoholismo y la prostitución se atribuían en la época “no a causas generales recónditas, como la naturaleza o la sociedad, sino al individuo sucio, imprevisor y vicioso”.<sup>24</sup> Yo sostengo que si bien muchos médicos y miembros de la burocracia sanitaria porfiriana trataban de explicar los problemas colectivos de salud con esos argumentos, otros entendieron que las enfermedades son fenómenos sociales, y señalaron como sus causas a las malas

---

<sup>21</sup> TIMIO (1981: 27) sostiene que la enfermedad es expresión de una triple situación etiológica: física, social y cultural, pero ha tendido a privilegiarse, tanto en su definición como en su análisis, el aspecto físico-biológico, “esencialmente porque no se ha tomado en consideración al hombre enfermo como sujeto de funciones socioculturales, o sea como una persona integral cuya condición biológica es sólo uno de sus componentes”. Véanse también LAURELL, 1975 y LAURELL, 1978, para la discusión sobre el carácter colectivo e histórico del que ella define como binomio salud-enfermedad.

<sup>22</sup> MENÉNDEZ (1981) ha mostrado lo anterior para el Yucatán del siglo XIX.

<sup>23</sup> Información proporcionada por la Comisión de Estadística del Consejo Superior de Salubridad, que por entonces construía modelos para estudiar con más facilidad los datos estadísticos. INFORME RENDIDO A LA SECRETARÍA..., 1880. También en los Estados Unidos, casi la mitad (40 por ciento) de los muertos eran niños que no habían cumplido cinco años. Por ello, preguntaba Albert Gihon en una reunión de sanitaristas de América del Norte: “¿Habéis cumplido con vuestro deber [...] para con vosotros mismos y vuestros hijos [...] con el fin de prevenir estas muertes prematuras?”. GIHON, 1885: 6. (En todos los casos, la traducción de los textos en inglés es mía.)

<sup>24</sup> COSÍO VILLEGAS, 1970b: XVIII-XIX.

condiciones de la habitación popular, la escasez o adulteración de alimentos, y el trabajo infantil o insalubre, y plantearon la necesidad de cambiar éstos, para poder prevenir aquéllas.<sup>25</sup>

Pero prevención de las enfermedades fue un concepto al que los médicos de finales del siglo XIX y principios del XX dieron nuevos significados, que rompieron con la herencia médica virreinal; los nuevos discursos fueron elaborados bajo la influencia europea,<sup>26</sup> si bien no se trató de la simple transferencia de conocimiento entre centros y periferias, sino de un proceso social complejo.<sup>27</sup> Con el desarrollo de la bacteriología y su recepción en México, con la comprensión y aceptación del papel de los vectores en la trasmisión de algunas enfermedades, y con el desarrollo de vacunas y sueros se dio un cambio en la medicina, tanto en las doctrinas y teorías diagnósticas, como en la terapéutica y en la profilaxis, antes mencionada. La teoría hasta entonces dominante, de acuerdo con la cual las enfermedades tenían un carácter miasmático,<sup>28</sup> fue sustituida por la concepción de que las enfermedades son transmitidas por seres vivos, lo que, en opinión de algunos, dio a la higiene el carácter de ciencia.<sup>29</sup>

Bruno Latour ha sostenido, para el caso de Francia, que no hubo –como muchos historiadores han pensado–, un antagonismo entre los higienistas, que hasta entonces habían defendido la teoría miasmática, y los bacteriólogos, que proponían la nueva ciencia de los microbios, sino una “traducción” recíproca y ventajosa para las metas que unos y otros perseguían.<sup>30</sup> Y lo mismo aplica para México. Los nuevos conocimientos se pusieron al servicio de la salud pública, y se lograron así los primeros éxitos verdaderos en el combate contra las epidemias.<sup>31</sup> La

---

<sup>25</sup> Gonzalo Castañeda, Manuel Septién y Llata y Eduardo Liceaga citados por CARRILLO, 2000c.

<sup>26</sup> MOLINA ALAMILLA, 1991.

<sup>27</sup> SALDAÑA, 2001b. Como afirma Elías TRABULSE (1989, 1992b), en el México de finales del siglo XIX y principios del XX, existió desarrollo científico propio y original, si bien apoyado en avances europeos y enmarcado por ellos.

<sup>28</sup> Para esta teoría, los miasmas eran efluvios o emanaciones que pasaban de los enfermos, los cadáveres de personas o animales, y las materias en descomposición, al aire circundante, y eran luego inhalados por otros a través de los pulmones. LÓPEZ SÁNCHEZ, 1987.

<sup>29</sup> LICEAGA, 1910a.

<sup>30</sup> LATOUR, 1993. Los salubristas reconocieron tempranamente las contribuciones de la bacteriología a la higiene, y las relaciones de la nueva ciencia con el movimiento en pro de la salud pública. Como ejemplo, véase LACHAPPELLE, 1898.

<sup>31</sup> Si bien incluso antes de conocer la verdadera causa o mecanismo de trasmisión de diferentes padecimientos, como éstos se relacionaron con frecuencia con la falta de higiene, los intentos de exterminarlos habían desempeñado un papel fundamental en el saneamiento de los puertos y de algunas ciudades del país.

medicina en general y la bacteriología en particular dieron a la profesión médica y al público confianza en la futura extinción de las enfermedades.<sup>32</sup>

La salud pública se concibió como un asunto que competía al Estado, el cual favoreció la medicalización de todos los espacios y áreas de la vida. En el México del siglo XIX – particularmente hacia el fin de la centuria– pasaron a ser preocupación de la profesión médica, asuntos de los que hasta entonces se habían encargado autoridades políticas y militares, empresarios, madres de familia, maestros, ingenieros y abogados: la aglomeración en cuarteles, cárceles y asilos; la ventilación de templos, mercados y rastros; la higiene de hospitales, mesones y vecindades; la seguridad de teatros, circos y cinematógrafos; el horario y mobiliario de las escuelas; el transporte de los cadáveres y el examen de los terrenos donde habrían de construirse los panteones; la sanidad en barcos y ferrocarriles; la reglamentación del trabajo fabril y la vigilancia de los establecimientos peligrosos; el análisis de medicamentos, comestibles y bebidas; la limpieza de canales, ríos y lagos; la desecación de pantanos y lagunas; la disposición de desechos de hombres y animales; la preservación de jardines, parques y bosques; así como el control del ejercicio de la prostitución y la determinación de los culpables en cierto tipo de delitos.

A lo largo de mi investigación trato de mostrar que carecen de fundamento afirmaciones como la aparecida en una publicación oficial del Consejo de Salubridad General, de acuerdo con la cual: “El tránsito del siglo XIX al XX transcurrió sin mayores avances sanitarios ni transformaciones notables en su aplicación”.<sup>33</sup> lo mismo que la tesis sostenida por el historiador Armando Solorzano, quien asegura que el sistema moderno de salud en México nació hacia 1920 por influencia de la Fundación Rockefeller,<sup>34</sup> la cual favoreció la creación de los organismos sobre los cuales se organizarían más tarde los servicios de salud, y que harían posible la centralización de las actividades sanitarias por el Departamento de Salubridad Pública. Pretendo mostrar, igualmente, que el proyecto de la burocracia sanitaria durante el régimen de Díaz, no se centró en la ciudad de México ni se limitó a configurar un ideal higiénico, como sostiene Claudia Agostoni,<sup>35</sup> sino que fue un proyecto de dimensión nacional e internacional, que tuvo grandes logros.

---

<sup>32</sup> LAFUENTE Y SARAIVA (2001) han señalado que la ciencia ejerce un enorme poder de seducción y tiene una gran habilidad para alentar esperanzas. Y, de acuerdo con ROSEN (1985a), ya en el XVIII existía la concepción de que el hombre estaba destinado a ser feliz en el mundo, y que la ciencia le ayudaría a lograr ese objetivo.

<sup>33</sup> CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, 1994: 5.

<sup>34</sup> SOLORZANO RAMOS, 1992. SOLORZANO RAMOS, 1994.

<sup>35</sup> AGOSTONI, 2003.

Debido tanto a mis posiciones políticas como a la historia oficial, no me acerqué al porfiriato con simpatía: pero en todos estos años he aprendido a verlo con respeto.<sup>36</sup> Intenté discernir, sin preconcepciones, qué significó salud pública en el periodo que estudio, consciente sin embargo de que –como dice Adam Schaff– toda construcción histórica es selectiva,<sup>37</sup> y que la historia se escribe a partir de posiciones y preocupaciones de nuestros días.<sup>38</sup> La tesis pretendió resolver los siguientes problemas:

¿Puede datarse el nacimiento de la salud pública moderna en México durante el régimen de Porfirio Díaz? ¿Qué se entendía en esa época por salud pública? ¿Cómo se dio el proceso a través del cual el Estado porfiriano –rector en asuntos económicos y políticos– llegó a ser también rector en asuntos sanitarios? ¿Cuánto de aquello sobre lo que se legisló se llevó a cabo? ¿Qué liga hubo entre el impulso dado por el Estado a las campañas sanitarias, y los intereses comerciales de la burguesía mexicana, así como de las burguesías de Estados Unidos y Europa?; en otras palabras, ¿qué relación existió entre la mundialización de los mercados, y la internacionalización de la salud pública? ¿Hasta dónde se extendió la medicalización de la vida en el porfiriato? ¿Aceptó la población mexicana dicha medicalización de manera pasiva o presentó resistencias a ella? ¿Qué contradicciones hubo entre todos los implicados en este proceso?

Para entablar un diálogo entre el pasado y el presente, en el trabajo utilicé el método de investigación y análisis históricos, con la intención de construir una descripción y explicación de los diversos componentes de la salud pública en la estructura social, durante los 34 años del régimen porfiriano en todo el territorio mexicano. En esta reconstrucción explicativa de la salud pública porfiriana, intenté definir los factores sociales implicados, y descubrir sus interacciones y sus relaciones de fuerza; también, analizar las contradicciones sociales que aquélla generó, sus razones profundas y las consecuencias que se derivaron de ella.<sup>39</sup>

Me apoyo en las tendencias actuales de historia de las ciencias que buscan analizar tanto los aspectos internos de la actividad científica, como los aspectos sociales, económicos, políticos, psicológicos e ideológicos –externos a ella– con los que ésta se entreteje.<sup>40</sup> Esta historia social de la

---

<sup>36</sup> Véase sobre el asunto simpatía-respeto lo que dice VILAR, 2001.

<sup>37</sup> SCHAFF, 1974. VILAR (2001) habla de la exigencia de objetividad, y la evidencia de subjetividad.

<sup>38</sup> John Dewey citado por SCHAFF, 1974.

<sup>39</sup> Sobre los métodos de la historia Véanse entre otros, SOTO y ÁLVAREZ, 1998. VILAR, 2001. BRAUDEL, 2002.

<sup>40</sup> Sobre la crítica al enfoque internalista de la historia de la ciencia, que concibe a ésta como autónoma y autosuficiente, y presta poca o ninguna atención al contexto institucional o socioeconómico dentro del cual se ha desarrollado las ciencias, Véanse KUHN, 1989a. KUHN, 1989b. Para MIKULINSKY (1989), tanto el internalismo –concepción de acuerdo con la cual el desarrollo de la ciencia se rige por sus propias reglas inherentes, y la ciencia no puede explicarse más que a través de sí misma–, como el externalismo –que considera a la ciencia como un mero epifenómeno de las

ciencia, de ninguna manera desdeña los aspectos intelectuales de la misma; pero, a diferencia de la corriente internalista, presta atención a otros aspectos generales de la sociedad y de la geografía regionales (orden social, cultura y recursos naturales, entre otros), que son responsables de las actitudes grupales hacia la ciencia, y que le imponen un estilo peculiar. “Se trata de una historia local en la que aparecen accidentes geográficos, individuos y grupos de individuos, instituciones, ideologías, conceptos y teorías científicas interactuando entre sí en un contexto social y cultural definido”.<sup>41</sup>

Basé mi trabajo, sobre todo, en fuentes primarias: documentos de archivos tanto de la capital como de los estados; así como diarios oficiales de la federación y de los estados, prensa política, memorias personales y de gobierno, códigos y reglamentos sanitarios, instrucciones de las autoridades sanitarias dirigidas a la población, memorias de congresos médicos o de concursos científicos, y publicaciones periódicas de las sociedades médicas, la burocracia sanitaria y el Cuerpo Médico Militar. Procuré no olvidar que se trata, casi siempre, de una versión oficial, y que hay que desconfiar de los discursos celebratorios y de propaganda,<sup>42</sup> y situar las cosas detrás de las palabras.

Privilegié la política de salud pública desde el Estado, pero creo no haberme desentendido de las reacciones populares. Es decir, traté –como sugería Braudel– de buscar a los hombres al evocar los fenómenos humanos de masas;<sup>43</sup> y entender la sensación de los enfermos, como hace ya dos décadas pedía Peset.<sup>44</sup> Para ello, recurrí a otro tipo de testimonios, y busqué en los discursos médicos o políticos, hasta donde me fue posible, las voces de los enfermos o los pobladores en general, así como las reacciones despertadas por las acciones sanitarias en grupos e instituciones. Las fuentes incluyen también a la prensa de oposición, algunas novelas, iconografía y bibliografía contemporánea tanto de historiadores mexicanos como extranjeros. En ocasiones, comparo la situación de México con casos análogos, aunque sin ninguna pretensión de ser exhaustiva.<sup>45</sup> En otras, rebato a mis colegas, tratando de recurrir siempre a la referencia precisa y la cita textual, y de debatir de manera respetuosa.

---

condiciones económicas y sociales de una época dada–, son construcciones teóricas limitadas y equivocadas, y por tanto su síntesis no podría ser productiva. Para él, por tanto, la controversia internalismo-externalismo es un falso problema, pues los factores interiores o puramente lógicos de la ciencia, y los exteriores a ella están estrechamente entrelazados.

<sup>41</sup> SALDAÑA, 1996b: 7. Para una crítica de la historia internalista de la medicina en América Latina, y el surgimiento de una nueva historia, Véanse CUETO, 2005. ARMUS, 2005.

<sup>42</sup> GONZÁLEZ Y GONZÁLEZ, 2004.

<sup>43</sup> BRAUDEL, 2002.

<sup>44</sup> PESET, 1987.

<sup>45</sup> SAPAG-ILAGAR (1999), por ejemplo, sostiene que en el Chile del último cuarto del siglo XIX y primeros años del XX, la ciencia y la sanidad fueron los protagonistas de un notable cambio sociopolítico. Lo mismo puede afirmarse para el México de ese mismo periodo.

Desde el punto de vista teórico, el trabajo tiene deudas y filiaciones: Henry Sigerist, George Rosen, Michel Foucault, Rafael Huertas, Dorothy Porter, Francisco Flores y Juan José Saldaña. Sigerist fue uno de los pioneros en mostrar que la historia de la medicina es parte de la historia integral de la sociedad humana.<sup>46</sup> Él nos volvió conscientes –dice Alan Gregg– de que la medicina es el estudio y la aplicación de la biología en una estructura histórica, social, económica, política y cultural.<sup>47</sup> Siguiendo esa tradición, su discípulo Rosen planteó que la salud pública refleja el desarrollo de la ciencia médica y de la técnica; pero depende, en su aplicación eficaz, de elementos económicos, políticos, sociales y culturales ajenos a la medicina. En sus estudios, mostró que la protección y la promoción de la salud fueron funciones importantes del Estado moderno, y que, de hecho, apuntalaron a los emergentes Estados nacionales encargados de prevenir y combatir las enfermedades e impulsar una moral laica y nacionalista.<sup>48</sup> En los trabajos de Rosen, prevaleció un tono de optimismo, y lo mismo puede decirse de los de Laín Entralgo, para quien la medicina científica parecía haber eliminado prácticamente la amenaza de las epidemias.<sup>49</sup>

Para Foucault, en cambio, la salud pública fue altamente represiva, y recurrió a recursos normalizadores y dispositivos de poder constitutivos de la modernidad –intrusión en espacios privados y públicos, vigilancia, realización de exámenes, catalogación de individuos, medicalización ilimitada, promulgación de leyes, persecución y castigo–, impulsados, por igual, por autoridades políticas, administrativas, carcelarias, policíacas y médicas, para la investigación y el control de los individuos y sus cuerpos.<sup>50</sup> Su interés fundamental fue la experiencia de los sujetos en la modernidad, y sostuvo que toda experiencia sumerge a los sujetos en órdenes implícitos de saber, y en tipos y funcionamientos de poder. Entendió “por órdenes de saber no sólo lo que dicen la ciencia o la filosofía, sino también la literatura, las leyes y los reglamentos, los saberes no escritos, la religión, la moral [...]; y por órdenes de poder [...] la forma en que son controlados los sujetos, la

---

<sup>46</sup> SIGERIST, 1974. SIGERIST, 1984. SIGERIST, 1987.

<sup>47</sup> Gregg citado por TERRIS, 1987.

<sup>48</sup> ROSEN, 1958. ROSEN, 1972a. ROSEN, 1985b. Muestra este autor que desde el siglo XVIII el Estado comprendió que el empleo eficaz de la población demandaba atención a la salud de los pobladores, y estableció su derecho de interferencia en esa área. Dentro de los historiadores de la medicina de habla hispana, José Luis y Mariano Peset llamaron tempranamente a poner de relieve la conexión entre las grandes epidemias y la historia política y social. Véase PESET y PESET, 1972.

<sup>49</sup> LAÍN ENTRALGO; 1982.

<sup>50</sup> FOUCAULT, 1978. FOUCAULT, 1982.

manera en que son sujetados a un orden y no sólo a la ley".<sup>51</sup> Buscó las relaciones que entrecruzan a la sociedad, y a ésta la vio como "una red de relaciones de poder".<sup>52</sup>

Aunque la historiografía del control social sigue estando vigente, estudios específicos posteriores encontraron que el acercamiento metodológico debía ser obligatoriamente distinto al de décadas atrás, e incorporaron a la reflexión sobre estos temas, elementos como el de la efectividad de las estrategias de control, o como el de la mayor o menor importancia otorgada a los agentes sociales que intervienen (poniendo en marcha o sufriendo) dichos mecanismos de control, así como las resistencias de las "víctimas" y los procesos de negociación.<sup>53</sup>

Para Porter, la historia de la salud pública se sitúa dentro de la historia social y cultural, y demanda, por ello, conocer las condiciones de vida de la población, la orientación de las decisiones políticas, la lucha de la profesión médica por obtener su reconocimiento o la dimensión simbólica de la enfermedad, entre otros aspectos; y no puede ser vista como una marcha monolítica ni al progreso ni a la represión totalitaria.<sup>54</sup>

Si bien la historia de la medicina en México, de Flores<sup>55</sup> sólo abarca once años del periodo de 34 que me propuse estudiar, es una obra monumental y, en mi opinión, no ha sido superada a pesar de que se censura al autor por no haber citado sus fuentes. Además de toda la información que reúne, muy útil cuando se desea buscar antecedentes de tal o cual institución o hecho histórico-médico, su trabajo tiene el gran mérito de relacionar el saber y la práctica médica con la situación política y social del país: también el de expresar, con énfasis en la medicina, los ideales intelectuales de toda una época.<sup>56</sup>

Desde hace dos décadas, Saldaña se ha ocupado del papel estructurante que tuvo el Estado mexicano respecto de la ciencia desde la fundación del Estado nacional. Ha mostrado que en la

---

<sup>51</sup> GARCÍA CANAL (2005: 24). De acuerdo con esta autora, es imposible pensar hoy el mundo occidental, sin las contribuciones de Foucault "sin esa otra mirada desde un no-lugar que supo construir". *Ibid*: 22. Agradezco a María Inés García Canal el haberme proporcionado un ejemplar de sus libros, generalmente agotados.

<sup>52</sup> *Ibid*: 25.

<sup>53</sup> HUERTAS, 2006.

<sup>54</sup> PORTER, 1994b.

<sup>55</sup> FLORES, 1886-1888. En realidad, algunas veces el autor cita a sus fuentes en el texto, además de que la obra está basada en fuentes primarias, que él tuvo antes que organizar. El prefacio y la introducción del primer volumen, y la totalidad del tercero fueron los más útiles para mi investigación: el primero por hacer explícita la concepción que subyace a toda la obra, y el último por la información del periodo particular y de sus antecedentes inmediatos. Para el análisis de este volumen, véase SOMOLINOS PALENCIA, 1992.

<sup>56</sup> Igualmente, la obra *Historia de la salubridad y de la asistencia en México* (ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960), me fue de utilidad porque proporciona información sobre las principales epidemias y acciones de salubridad que tuvieron lugar en el territorio mexicano durante el extenso periodo que abarca, lo que hace más fácil la búsqueda de información en periódicos y otras fuentes; una limitación importante de la obra es que tampoco tiene aparato crítico, y lo mismo ocurre con varios trabajos de Francisco Fernández del Castillo.



organización y promoción de la actividad científica, la política estatal fue definitiva, y que, al mismo tiempo, la ciencia fue un factor de legitimación del Estado nacional, y que a la figura del Estado-soberano, se unió la del Estado científico.<sup>57</sup> Sus estudios aclaran, sin embargo, que esta política no cristalizó de manera inmediata, sino precisamente en el periodo aquí estudiado.<sup>58</sup> Yo he tratado de aplicar esta tesis a la salud pública del régimen de Díaz, aunque el análisis de las políticas sanitarias en su relación con el proceso de formación y consolidación del Estado mexicano tiene antecedentes, de los que esta tesis se ha beneficiado.<sup>59</sup>

El carácter de originalidad de mi investigación está dado, en primer lugar, porque analiza temas tratados por primera vez por mí, como las primeras campañas contra la tuberculosis, el paludismo o el alcoholismo, la reglamentación sanitaria de la muerte o la participación de México en los Congresos Médicos Panamericanos y la Asociación Americana de Salud Pública; en segundo término, porque explora nuevos temas dentro de asuntos antes historiados, como las políticas de convencimiento-coerción a las que el Estado recurrió en su lucha contra las epidemias y endemias, la reglamentación de la prostitución en el ejército, o el papel de México en la promoción de las políticas de salud pública internacional; también, porque aborda temas desde nuevas perspectivas, tales como la búsqueda de centralización de las actividades sanitarias por parte del Consejo Superior de Salubridad, la incorporación de las entonces emergentes ciencias médicas a las campañas sanitarias, o las contradicciones entre las autoridades políticas, la burocracia sanitaria, la profesión médica y los pobladores en la aplicación de las políticas de salud pública. Mi investigación es original, asimismo, por muchas de las fuentes empleadas en ella. Pero su carácter de novedad radica, fundamentalmente, en el análisis global de todos los elementos que influyeron en el nacimiento de la salud pública moderna en el país.

Hasta la fecha, no había un estudio que ligara todos los aspectos que yo me propuse analizar: burocracia sanitaria federal y de los estados, legislación sanitaria, salubridad en puertos y fronteras, geografía médica, higiene escolar, campañas contra la viruela, la peste, la fiebre amarilla, el paludismo, la tuberculosis, la sífilis, el tifo y el alcoholismo, medidas sanitarias relativas a la muerte

---

<sup>57</sup> De acuerdo con este autor, hay vínculos estrechos entre ciencia y contexto, ciencia y Estado, filosofía y práctica científica. SALDAÑA, 1989b. Sobre diferentes aspectos de la incorporación de las ciencias como un asunto de interés público por parte del Estado y de la sociedad nacional, lo mismo que sobre el papel desempeñado por las comunidades científicas –entres ellas, la de los médicos– en los proyectos de modernización del Estado nacional, Véanse también SALDAÑA, 1988b. SALDAÑA, 2001b. SALDAÑA y AZUELA, 1996.

<sup>58</sup> Dice este autor: “El empleo de la ciencia y la técnica para fines sociales y políticos, que se concibió desde la Independencia [...] empezó a realizarse hacia la segunda mitad del siglo bajo el signo del “progreso”. SALDAÑA, 1996b: 11.

<sup>59</sup> Véanse VARGAS DE LA MORA, 1980. MORENO CUETO *et al.*, 1982.

y políticas de salud pública internacional, temas todos que he tratado de analizar desde la historia social. Aunque analizo lo relativo a las reuniones sanitarias internacionales en el último capítulo, éstas dictaron pautas para mucho de lo realizado en México en materia de salubridad.

Considero haber obtenido un panorama general de la salud pública durante el México porfiriano, y tener elementos para afirmar que si bien ésta tuvo límites –unos económicos, otros de voluntad política, otros de rechazo de una parte de la profesión médica a las nuevas ciencias, unos más de oposición de la población a las medidas de la burocracia sanitaria–, fue en esos años una política continua, con objetivos claros, alcance nacional y proyección internacional.

Podemos decir de los estudios de la historia de la salud pública, lo que Juan José Saldaña dijera de los de la historia de la ciencia: “Permiten comprender su dimensión cultural, y volverla manejable para los propios protagonistas del cambio, y ello significa aportar el grano de realismo que están necesitando los proyectos de desarrollo actuales”.<sup>60</sup>

Los enfoques sanitarios pasados sobre determinadas enfermedades son antecedentes importantes para la lucha actual contra las mismas.<sup>61</sup> Ojalá que las interrogantes que me he planteado sobre la política sanitaria porfiriana correspondan –como sugería Croce– a nuestras preocupaciones de hoy:<sup>62</sup> para que este trabajo pueda –así sea en pequeña medida– iluminar la salud pública de nuestros días, al tiempo que nos enseña sobre la sociedad y el régimen que la realizó. Ojalá, también, que contribuya –como quería Lain Entralgo– a proporcionarnos claridad, libertad y dignidad.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> SALDAÑA, 1996b: 12.

<sup>61</sup> Si bien, como dice BRANDT (1996) la historia no alberga verdades simples, por lo que las respuestas a las epidemias actuales deben estar configuradas por la ciencia, la política y la cultura contemporáneas.

<sup>62</sup> CROCE, 1960.

<sup>63</sup> Para Pedro Lain Entralgo (citado por PESEI, 1987: 90), la historia de la medicina debe dar al profesional estos “tres destinos [...] por medio del análisis epistemológico logrará claridad, del contextualizador libertad y del crítico dignidad”.

## **Capítulo I**

# **Búsqueda de una organización nacional de salud: el Consejo Superior de Salubridad**



**Doctor Eduardo Liceaga. principal artífice del nacimiento de la salud pública moderna en México.**

## Un camino difícil hacia la autodeterminación<sup>1</sup>

Dice el historiador de la ciencia Juan José Saldaña que desde “el momento auroral de la vida independiente [de las naciones americanas] entre ciencia y política, entre saber y poder, había nacido un vínculo que sería duradero y decisivo para ambas esferas”. Se trataba –comenta– de “un proceso histórico de doble cara: la cientifización de la sociedad por un lado y la politización de la ciencia por el otro”.<sup>2</sup>

En México, desde los inicios del siglo XIX los gobiernos depositaron en la ciencia “la esperanza de lograr una nueva educación, la transformación material de la sociedad y la obtención del bien común”.<sup>3</sup> Pero durante el régimen de Porfirio Díaz, la ciencia recibió un apoyo extraordinario, y el desarrollo científico estuvo en el centro del discurso político.<sup>4</sup> En el caso de la medicina, las escuelas fueron fortalecidas<sup>5</sup> y muchos médicos obtuvieron becas del Estado para estudiar en instituciones extranjeras; fueron creados institutos nacionales de investigación;<sup>6</sup> se multiplicaron las sociedades y las publicaciones médicas;<sup>7</sup> se realizaron cuatro congresos médicos nacionales, y México fue sede de cuatro reuniones sanitarias internacionales.<sup>8</sup>

Desde el 5 de mayo de 1877, en que el general Díaz<sup>9</sup> fue nombrado presidente constitucional, se inició una política de centralización en todos los órdenes, y la sanidad no fue la excepción. En el Congreso Internacional de Higiene, reunido en París en 1878, Edwin Chadwich – presidente del Consejo General de Higiene de Inglaterra– propuso que cada país creara un organismo central de salud pública, dirigido por un ministerio de Estado. Los salubristas mexicanos estaban al tanto de esta propuesta y la apoyaban. Creían que del mismo modo que los estados tenían

---

<sup>1</sup> Una parte breve de este capítulo apareció en el trabajo CARRILLO, Ana María y Carlos ZOLLA (1993). “Del Tribunal del Protomedicato al Consejo de Salubridad General”, en *Boletín del Consejo de Salubridad General*, vol. III, núm. 4, México, julio-agosto, pp. 8-10. Gran parte de la información del capítulo y de algunos otros capítulos de la tesis aparecía en CARRILLO, Ana María. “Reglamentarismo y vida cotidiana: la salud pública en el Porfiriato”, aceptado en 1993 para ser publicado en Carlos Viesca Treviño (ed.) *Historia general de la Medicina en México. Siglo XIX*, Academia Nacional de Medicina / Universidad Nacional Autónoma de México. Aunque dicho trabajo no se publicó, sí circuló y ha sido citado.

<sup>2</sup> SALDAÑA, 1996c: 297.

<sup>3</sup> SALDAÑA, 1996b: 11.

<sup>4</sup> Sobre la medicina científica en el siglo XIX mexicano, véanse MARTÍNEZ CORTÉS, 1987. VIESCA TREVIÑO, 1993. Sobre la relación entre el poder y la ciencia, véase AZUELA, 1996.

<sup>5</sup> CARRILLO y SALDAÑA, 2005.

<sup>6</sup> SERVÍN MASSIEU, 2000. CARRILLO, 2001a.

<sup>7</sup> Sobre las publicaciones médicas del periodo, si bien no todas están incluidas, véanse FLORES, 1886-1888. LARA Y PARDO, 1904. BARBERENA BLÁSQUEZ y BLOCK ITURRIAGA, 1986.

<sup>8</sup> Véase el capítulo “Imperialismo y sanidad: internacionalización de la salud pública”.

<sup>9</sup> Quien se había puesto al frente del movimiento contra la reelección del presidente Sebastián Lerdo de Tejada, y entrado triunfante a la ciudad de México en noviembre del año anterior.

la obligación de mantener un cuerpo de policía y de sostener las oficinas del Registro Civil, por ley federal debían ser obligados a crear juntas de sanidad y de inspectores subalternos. Los encargados de la higiene de una localidad debían dictaminar antes de la construcción de hospitales, cárceles, cuarteles, escuelas y otros establecimientos de aglomeración; lo mismo que sobre la limpia de atarjeas y albañales, la canalización y distribución de las aguas públicas, y otros asuntos como la declaración de que una vivienda era inhabitable. Esta administración sanitaria local debía quedar sujeta a las disposiciones generales dictadas por los poderes representantes de la federación, en asuntos de interés general para toda la república.<sup>10</sup>

En este capítulo analizo el proceso por medio del cual, durante el porfiriato, el Consejo Superior de Salubridad pasó de funcionar como una autoridad local del Distrito Federal, a ser un cuerpo consultivo y técnico con facultades ejecutivas en prácticamente todo el país. Señalo que dicho proceso fue favorecido por la centralización creciente del poder del gobierno federal, y coincidió con la domicialización en México –para emplear la expresión de Saldaña– de la entonces recién nacida bacteriología y de otras ciencias médicas emergentes.

#### **Amplias responsabilidades... poder limitado**

El Consejo Superior de Salubridad era la máxima autoridad sanitaria en México, había sido creado el 4 de enero de 1841,<sup>11</sup> y era heredero del Protomedicato virreinal (creado en 1628 y vigente hasta 1831), de la Facultad Médica del Distrito Federal (que laboró de 1831 a 1833 y de 1834 a 1841) y del Establecimiento de Ciencias Médicas<sup>12</sup> (que a partir de 1833 sustituyó a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad, y al que se encargó también la salubridad entre ese año y 1834).<sup>13</sup>

Desde su nacimiento, al Consejo Superior de Salubridad se le confirieron responsabilidades muy amplias, que incluían vigilar los establecimientos de enseñanza médica, así como los hospitales, cárceles y casas de beneficencia; formar un código sanitario; conservar y propagar la vacuna antivariolosa, y tomar medidas en casos de epidemias.<sup>14</sup> A partir de los mil ochocientos sesenta, el presidente del Consejo fue un médico y no el gobernador del Departamento de México.<sup>15</sup>

Pero las tormentas políticas del siglo XIX iban a reflejarse en las nacientes instituciones. Algunas administraciones dieron autoridad al Consejo Superior de Salubridad y financiamiento al

---

<sup>10</sup> DICTAMEN DEL CONSEJO SUPERIOR..., 1882.

<sup>11</sup> ORDENAMIENTO DE ARREGLO..., 1841.

<sup>12</sup> Después denominado Escuela de Medicina y Escuela Nacional de Medicina.

<sup>13</sup> Sobre la historia de estos organismos, véase FLORES, 1886-1888.

<sup>14</sup> MEMORIAS SOBRE LA CREACIÓN..., 1879.

<sup>15</sup> MARTÍNEZ CORTÉS y MARTÍNEZ BARBOSA, 1997.

Establecimiento de Ciencias Médicas, mientras que otras se los negaron. Una reforma radical al Consejo fue hecha el 28 de mayo de 1872; por ella, disminuyeron sus atribuciones: se le despojó de su carácter de autoridad, y se le dejó sólo el científico, y sus fondos pasaron a ser de la Tesorería Municipal.<sup>16</sup>

Hasta el 23 de enero de 1877, tanto el Consejo Superior de Salubridad como la Dirección General de Beneficencia –creada por Benito Juárez en 1861 para centralizar los servicios hospitalarios expropiados al clero– dependieron de la Secretaría de Gobernación; pero ese día se dispuso que el Consejo quedaba bajo la dependencia de la Beneficencia, por lo que perdió jerarquía.<sup>17</sup> En esa época, era presidente del Consejo el doctor Agustín Reyes –quien había participado en el sitio de Querétaro, al lado de los conservadores, y posteriormente combatido en las filas de Porfirio Díaz–.<sup>18</sup> *La Reforma Médica* cuestionó la poca autoridad que con esta medida se daba a la corporación. Lamentó, además, que el Cabildo hubiese desechado las medidas de higiene propuestas por el Consejo, y que no se hubiera encargado a éste convocar y presidir el congreso.<sup>19</sup> Aseguró: “demuestra que no se le tiene el concepto debido ni se le juzga competente, cosas ambas que sentimos y deploramos”.<sup>20</sup>

Sin embargo, el 30 de junio de 1879, dos años y medio después del plan antirreeleccionista de Porfirio Díaz, se decretó que el Consejo Superior de Salubridad dejaba de depender de la Beneficencia Pública, y pasaba a hacerlo nuevamente de la Secretaría de Gobernación. La Beneficencia seguiría controlando los hospitales y hospicios, y el Consejo se ocuparía de la salubridad pública.<sup>21</sup> Comenzaba con esta medida un proceso de concentración creciente, en materia de salud, del poder del Estado. Una de las razones esgrimidas para que el Consejo de Salubridad dejara de depender de la Dirección de Beneficencia, era que podían presentarse contradicciones cuando el primero inspeccionara la higiene de los establecimientos que administraba la segunda, puesto que los directores de dichos establecimientos eran vocales de la Beneficencia; la otra, la fundamental, era que el organismo sanitario estaba llamado a desempeñar atribuciones de interés

---

<sup>16</sup> EL GOBIERNO DEL DISTRITO TRANSCRIBE..., 1872.

<sup>17</sup> FLORES, 1886-1888.

<sup>18</sup> *Gaceta Médica de México*, vol. XI, núm. 20, 15 de octubre de 1876, p. 395. El expediente del Consejo Superior de Salubridad del doctor Reyes no contiene prácticamente ninguna información. De acuerdo con alguna fuente, él ocupó la presidencia del organismo sólo durante cerca de un año.

<sup>19</sup> Supongo que se refería al II Congreso Médico de la Capital.

<sup>20</sup> *La Reforma Médica*, vol. II, núm. 12, 10 de mayo de 1878, p. 148.

<sup>21</sup> CIRCULAR QUE DISPONE QUE EL CONSEJO..., 1879.

federal, inconciliables con el carácter local que tenía la Junta de Beneficencia de la que hasta entonces dependía.<sup>22</sup>

La mayor independencia del Consejo fue una medida favorable para la salubridad. El Estado reconoció, al decidirla, que hasta entonces el Consejo había encontrado poco apoyo en las autoridades, por lo que sus trabajos no habían sido muy fructíferos.<sup>23</sup> Y declaró: “La dependencia que ha tenido el Consejo de la Junta de Beneficencia es inconveniente porque disminuye la respetabilidad de que debe disfrutar el primer cuerpo consultivo de la república [y hace] estériles algunos de sus trabajos en favor de la higiene y la salubridad”.<sup>24</sup>

De acuerdo con el Reglamento del Consejo de 14 de julio de 1879, este organismo tenía la capacidad de autodeterminación en casos urgentes bajo su responsabilidad. Sus tareas incluían: procurar la observancia del reglamento de vacuna contra la viruela y, en general, prevenir o combatir el desarrollo de enfermedades endémicas o epidémicas, así como de epizootias y enzootias capaces de afectar la salud del hombre; ocuparse de la higiene del agua potable, y el traslado de desechos humanos; llevar estadísticas, tanto climatológicas como de enfermedades transmisibles; proponer medidas higiénicas en establecimientos peligrosos, insalubres e incómodos, así como en hospitales, cuarteles, cementerios, escuelas y talleres; vigilar las farmacias y la higiene de los alimentos; resolver consultas médicas solicitadas por los jueces del ramo de lo criminal; establecer relaciones con instituciones extranjeras de salubridad para intercambiar información y proposiciones relativas a la higiene pública; y formular un proyecto de código sanitario que aún no había sido elaborado.<sup>25</sup>

En opinión de José Álvarez Amézquita y colaboradores, éste era un reglamento-programa de trabajo, que abarcaba aspectos normativos y ejecutivos de la salud pública en México; ampliaba el poder de la burocracia sanitaria, que podía pedir a cualquier oficina pública, por conducto del ministerio de Gobernación, las noticias e informes que necesitara, y podía, igualmente, solicitar a las Inspecciones de Policía el auxilio de sus agentes, cuando lo creyera necesario.<sup>26</sup> Pero, a pesar de las

---

<sup>22</sup> AHSSA, *salubridad pública*. inspección de la vacuna, caja 3, exp. 4, 16 f., 1879.

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> *Ibid.*: 2v.

<sup>25</sup> INFORME RENDIDO A LA SECRETARÍA..., 1880.

<sup>26</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA, *et al.*, 1960, I: 305.



ambiciosas tareas encomendadas al Consejo, éste tenía serias limitaciones: su presupuesto era prácticamente nulo,<sup>27</sup> y la corporación tenía trece comisiones y solamente seis miembros.<sup>28</sup>

### **La reorganización de la sanidad: dictamen sobre higiene pública**

El doctor Ildefonso Velasco –reputado como clínico y como higienista– sucedió a Reyes como presidente del Consejo Superior de Salubridad. En su periodo (1880-1884), hubo reuniones que discutieron la manera en que los trabajos sanitarios debían ser reestructurados en el nivel nacional.<sup>29</sup> En 1882, el Consejo elaboró un dictamen sobre la higiene pública en el país. En él, aseguró que varios de los estados de la república carecían de juntas de sanidad, y donde las había, éstas no funcionaban de manera regular, además de que no había solidaridad entre las diferentes regiones del país en materia de higiene pública, “punto acaso el más importante para la prosperidad de un pueblo”.<sup>30</sup> Desde el punto de vista político, todos los estados se regían por la Constitución federal de 1857, que servía de base a la particular de cada uno de ellos. En cambio, en el ramo de la higiene pública no sólo faltaban las bases generales, sino que no existía relación entre las diversas juntas de salubridad; de hecho, el Consejo Superior de Salubridad no tenía siquiera noticia precisa de los estados en los que había juntas de este tipo.<sup>31</sup>

En el dictamen, el organismo sanitario propuso la constitución de un consejo nacional de salubridad pública con facultades ejecutivas, el cual debería fungir como un cuerpo consultivo general en materia de higiene; formular un proyecto de policía sanitaria<sup>32</sup> marítima cuya observación fuera obligatoria en todos los puertos de la república, y vigilar y dirigir su cumplimiento; concentrar las estadísticas de morbilidad y mortalidad (y otras necesarias para conocer el estado sanitario de diversas poblaciones del país); cuidar la conservación y propagación de la vacuna, y distribuir la linfa vacunal en las poblaciones que carecieran de ella; proponer un proyecto relativo a las medidas que debían ponerse en práctica para prevenir y combatir la propagación de epidemias y epizootias; convocar a congresos nacionales de higiene (a los que los gobernadores de cada entidad enviaran

---

<sup>27</sup> LICEAGA, 1949. El valor de esta obra, publicada de manera póstuma, radica en estar relatada por uno de los principales protagonistas de los hechos que narra; pero quizá ése es al mismo tiempo su limitación, pues Liceaga trató siempre de justificar al régimen político en el que desarrolló su actividad.

<sup>28</sup> INFORME RENDIDO A LA SECRETARÍA..., 1880.

<sup>29</sup> El doctor Velasco falleció el 27 de noviembre de 1884. Durante el tiempo en que estuvo al frente del Consejo, presidió tanto el Congreso Nacional de Higiene, como el Congreso Higiénico-Pedagógico. REYES, 1884. Sobre este último, véase el capítulo “Los futuros obreros y soldados: la higiene escolar”.

<sup>30</sup> DICTAMEN DEL CONSEJO SUPERIOR..., 1882.

<sup>31</sup> *Ibidem*.

<sup>32</sup> Policía sanitaria o médica entendida como política sanitaria de Estado. Para una explicación del concepto de policía, consultar SALDAÑA, 1989c. Para el concepto de policía médica, Véase ROSEN, 1985a.

delegados), y formar. con la participación de todos los estados, la legislación sanitaria de la república.

Propuso, igualmente, que el Congreso de la Unión autorizara al Ejecutivo de la nación para dictar, en caso de epidemias graves en cualquier punto de la república, las medidas que debieran ponerse en práctica para prevenir su propagación, así como para modificarlas o suspenderlas, después de escuchar el parecer del Consejo Nacional de Salubridad Pública. Sugirió, también, la creación de Registro Civil en todos los estados –como establecía la Constitución–, el establecimiento de juntas de sanidad en los puertos –las cuales tendrían a su cargo el reconocimiento de patentes de sanidad, la visita de buques y la desinfección de éstos y de sus mercancías y pasajeros, y la higiene y conservación de lazaretos–, así como el nombramiento de los inspectores necesarios para vigilar la salud pública de las poblaciones.<sup>33</sup>

Aunque este dictamen no pudo ponerse en práctica de manera inmediata, fue fundamental. Por un lado, porque delineó la forma en que el Estado porfiriano se organizaría más tarde, estructural e ideológicamente, para enfrentar los problemas colectivos de salud. Por el otro, porque señaló la intención de la práctica médica de articularse con el proceso de producción económica: se aseguraba en él que ante la multiplicación de vías férreas y comunicaciones telegráficas, la inmigración, la empresa de grandes obras materiales, y el desarrollo de la agricultura y el comercio, era indispensable procurar el mejoramiento de las condiciones sanitarias y la solidaridad de todo el país en materia de higiene pública; con higiene pública –enfaticaba–, se lograría el aumento de la población, y el vigor y la aptitud para el trabajo.<sup>34</sup>

### **Congreso Nacional de Higiene**

Desde septiembre de 1883 y hasta agosto de 1884, se realizó en la capital del país el Congreso Nacional de Higiene, al que enviaron representantes los gobiernos de los estados y de los territorios, el Consejo Superior de Salubridad, la Escuela Nacional de Medicina, la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Pedro Escobedo.<sup>35</sup> Algún periodista criticó que se hubiese hablado en él de “las inundaciones del Nilo y el Ganges, las epidemias desde los tiempos babilónicos y la peste”.<sup>36</sup> Pero, en realidad en esa reunión se discutió la organización de los servicios sanitarios del país, sus atribuciones generales y las medidas legislativas que debían adoptarse para su perfeccionamiento.

---

<sup>33</sup> DICTAMEN DEL CONSEJO SUPERIOR..., 1882.

<sup>34</sup> *Ibidem*.

<sup>35</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 1, exp. 6, 75 f., 1883.

<sup>36</sup> “Juvenal”, *El Monitor Republicano*, México D.F., 1 de septiembre de 1883, p. 1.

Como en el dictamen del año 82, una de las comisiones propuso centralizar los servicios sanitarios y la creación de una secretaría de Estado que tuviera bajo su dependencia todos los trabajos de higiene del país. En ese momento, la propuesta fue desechada porque contradecía el espíritu de la Constitución Política que establecía la independencia, la libertad y la soberanía de los estados.<sup>37</sup>

Sin embargo, los asistentes al congreso sugirieron crear un consejo nacional de higiene, y un consejo superior de salubridad en la capital de cada estado –organizado conforme a las leyes del mismo–, y, de acuerdo con su mayor o menor importancia comercial o geográfica, instaurar una junta de sanidad o nombrar un inspector de sanidad en los puertos o poblaciones fronterizas. Propusieron también que el gobierno general nombrara agentes extraordinarios para cualquier punto de la república, siempre que las circunstancias lo exigieran. El consejo nacional de higiene extendería su influencia sobre los consejos, las juntas, los inspectores y los agentes; pero respetaría la soberanía de los estados, los cuales vigilarían, a su vez, a las juntas de sanidad de las cabeceras de distrito, y éstas a las de los municipios. Todos tendrían facultades ejecutivas y no sólo consultivas.<sup>38</sup>

Tal consejo nacional se ocuparía de lo que afectara al interés sanitario de toda la nación, y sus atribuciones serían establecidas en un código sanitario. Las juntas de sanidad de los puertos tendrían a su cargo el reconocimiento de patentes; la visita de buques, y la desinfección de éstos, los pasajeros, los animales, las mercancías y la correspondencia; así como la vigilancia sobre el reglamento de cuarentenas, el cuidado de la higiene y la conservación de los lazaretos. Las juntas de sanidad de las fronteras tendrían atribuciones similares sobre los trenes y otros medios de transporte.<sup>39</sup>

Seguían sentándose las bases de lo que sería la salud pública moderna en México. Como en otros lugares del mundo, ésta estuvo ligada a ciencias médicas entonces emergentes: la bacteriología, que identifica al agente infeccioso<sup>40</sup> de muchas enfermedades; la inmunología, que las previene y trata con vacunas y sueros; la medicina tropical, que explica el papel que desempeñan los vectores<sup>41</sup> en la transmisión de algunos padecimientos; y la epidemiología, que estudia la frecuencia

---

<sup>37</sup> Véase el capítulo “Reglamentarismo en zonas estratégicas: la legislación sanitaria”.

<sup>38</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 1, exp. 6, 75 f., 1883.

<sup>39</sup> *Ibidem*.

<sup>40</sup> Microorganismo (bacteria, virus, rickettsia, hongo, protozoo o helminto).

<sup>41</sup> Piojos, pulgas, mosquitos, agua.

y distribución de las enfermedades en distintas épocas y regiones,<sup>42</sup> así como la relación existente entre esas mismas enfermedades y las condiciones de vida de las poblaciones.<sup>43</sup>

### **La higiene, la bacteriología y la medicina preventiva**

Durante siglos, los médicos desconocieron las formas clínicas de las enfermedades, sus causas, y, con excepción de la vacuna antivariolosa, las adecuadas medidas de prevención.<sup>44</sup> El discurso de la medicina –dice Corbin– era “titubeante, polimorfo, amasado con ansiedades e incertidumbres”.<sup>45</sup> Se enfrentaban entonces las posiciones de contagionistas y anticontagionistas. Los primeros creían en el contagio directo (vehiculado por invisibles semillas, como había sugerido el médico renacentista Gerónimo Fracastoro) y, por tanto, en el aislamiento, las cuarentenas<sup>46</sup> y los cordones sanitarios, como medios para evitar la propagación de las enfermedades.

Los anticontagionistas, en cambio, sostenían que las enfermedades se propagaban por miasmas o efluvios. Por ello, se oponían a las cuarentenas, pues éstas –decían– no podían controlar lo que se difundía por el aire. Esta concepción se apoyaba en las epidemias de peste, tifo, fiebre amarilla y cólera, que pasaban de un lugar a otro a pesar de las medidas cuarentenarias. La alternativa para los anticontagionistas no era el aislamiento sino la higiene pública.<sup>47</sup> Consideraban ellos que las cuarentenas, además de inútiles, eran perjudiciales al comercio y, por tanto, perniciosas a la sociedad, pues implicaban la detención de los buques que venían de puertos infestados por alguna epidemia; el examen de los pasajeros, que debían llevar pasaportes sanitarios; así como la desinfección de equipajes y carga, medidas, todas ellas, lentas y costosas.<sup>48</sup> Por esto, abolir las

---

<sup>42</sup> Ya en *Aires, aguas y lugares*, Hipócrates se refirió a la distribución de la enfermedad en términos de tiempo, espacio y población afectada, lo que hoy en día constituye la base de las investigaciones epidemiológicas. Citado por TERRIS, 1987.

<sup>43</sup> Así la entendía Hirsch en el siglo XIX. Citado por TERRIS, 1987. El mexicano Luis E. RUIZ (1904a) definía a la epidemiología como la rama de la higiene que se ocupaba de las causas de las epidemias, las leyes de su desarrollo y los recursos para combatirlas.

<sup>44</sup> BUSTAMANTE, 1982b.

<sup>45</sup> CORBIN, 1987: 72. Aunque desde finales del siglo XVIII existía la vacuna contra la viruela, la explicación de su funcionamiento tuvo que esperar hasta el último cuarto de la siguiente centuria.

<sup>46</sup> Restricción de las actividades de las personas o animales sanos que hayan estado expuestos a un caso de enfermedad transmisible, a fin de evitar la transmisión de la enfermedad. Originalmente se imponía por tiempo indeterminado, y más tarde sólo durante el periodo de transmisibilidad (o contagio) de una infección.

<sup>47</sup> LÓPEZ SÁNCHEZ, 1987.

<sup>48</sup> Acerca de cuarentenas en general, véase BALAGUER PERIGÜEL y BALLESTER AÑÓN, 1976. Como ejemplo de crítica a las cuarentenas en México, consúltese REYES, 1883.

cuarentenas o al menos limitarlas, fue uno de los principales incentivos de la investigación médica en el siglo XIX.<sup>49</sup>

A lo largo de la mayor parte del ochocientos, el anticontagionismo fue dominante; pero a partir del último tercio de la centuria, la nueva ciencia de la microbiología revolucionó el pensamiento médico. Entre 1862 y 1878, Louis Pasteur descubrió la causa de las enfermedades de origen microbiano, explicó el modo de acción de la linfa antivariolosa, preparó otras vacunas para enfermedades como la rabia, y su obra fue seguida por descubrimientos que iban a transformar la curación y la prevención de las enfermedades.<sup>50</sup> Fue identificado el agente causal de muchas enfermedades infecciosas: la tuberculosis, el cólera “asiático”,<sup>51</sup> la difteria, la fiebre tifoidea y otras enfermedades. Esta explosión científica presagió la primera revolución epidemiológica del último cuarto del siglo XIX. William Henry Welch define a este periodo, como el más extraordinario en la historia de la medicina, y dice que es casi imposible imaginar hoy el entusiasmo y el espíritu de triunfo que se despertó, no solamente entre los médicos sino también entre el público, como resultado de esos descubrimientos.<sup>52</sup>

En sus memorias, el notable higienista Eduardo Liceaga escribió que en el Segundo Congreso Médico de la Capital inició el primer choque entre antiguas y nuevas doctrinas: “[...] palabras [...] como ‘miasma’, ‘emanaciones’, ‘efluvios’, que hacían suponer que las enfermedades eran transmitidas por los gases que se desprendían de los pantanos o que infectaban el aire, comenzaron a sustituirse por las que designaban que en la atmósfera había seres vivos que [...] podían ser la verdadera causa de las enfermedades transmisibles”.<sup>53</sup> Señaló también que estas nuevas ideas las había sostenido Ladislao Belina, médico polaco, instruido en los últimos progresos que la ciencia había hecho en Alemania, Inglaterra y Francia, y condecorado de los descubrimientos de Pasteur.

Este texto ha sido citado innumerables veces; desafortunadamente, Álvarez Amézquita y colaboradores escribieron en su importante obra sobre la historia de la salubridad y de la asistencia

---

<sup>49</sup> LÓPEZ SÁNCHEZ, 1987.

<sup>50</sup> BUSTAMANTE, 1982b.

<sup>51</sup> Actualmente llamado sólo cólera. En el siglo XX, dejó de aceptarse que la denominación de las enfermedades estuviera asociada a país o continente alguno. Sin embargo, en nuestros días ha vuelto esta antigua práctica, que considero incorrecta, tanto porque favorece la discriminación como porque, con frecuencia, da una falsa idea de su origen.

<sup>52</sup> Citado por TERRIS, 1987: 27.

<sup>53</sup> LICEAGA, 1949: 168. Enfermedades transmisibles son las causadas por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos.

en México, que esto ocurrió en el Primer Congreso Médico Nacional<sup>54</sup> y la confusión ha sido repetida por varios historiadores. El asunto no tendría gran importancia si no fuera porque el Primer Congreso Médico Nacional se reunió en 1892, también en la ciudad de México, mientras que el Segundo Congreso Médico de la Capital tuvo lugar en 1878, lo que indica que las primeras noticias sobre la entonces emergente ciencia de la bacteriología fueron tempranas.<sup>55</sup> De hecho, en los tres primeros congresos médicos nacionales (1892, 1894 y 1897) hubo una sección de higiene y bacteriología, mientras que en el cuarto (1910) hubo una sección de patología general y bacteriología. De inmediato se dio a conocer la nueva teoría de los gérmenes. Tanto la prensa médica como la política seguían los trabajos de Pasteur, Koch, Klebs y otros microbiólogos, así como el descubrimiento casi anual de algún organismo patógeno, y daban cuenta de estos avances a profesionales y legos que aún no perdían su capacidad de asombro.<sup>56</sup>

El camino de la domicialización de la teoría de los gérmenes no fue fácil,<sup>57</sup> pues transcurriría casi una década desde la reunión de 1879 hasta la incorporación de la bacteriología como materia obligatoria a los planes de estudio de las escuelas de medicina, en la capital primero, y en Puebla, Guadalajara, Campeche, Yucatán, San Luis Potosí y Nuevo León, después; pero la nueva teoría fue penetrando entre la profesión médica y aun entre el público.

Incluso la prensa de oposición hizo uso de ella en sus censuras; en 1893, por ejemplo, *El Hijo del Ahuizote* hizo un llamado: “Y ya que estamos aquí a merced de los microbios, bueno será que el Consejo Famoso nos ayude a rascarnos con nuestras uñas, nos preste las suyas de cuando en cuando, como para mandar limpiar la calle de Santo Domingo en que hay tales baches de agua estancada, que ya se hace necesario echarse a nado para transitar por ella”.<sup>58</sup> Una década y media después del Congreso de la Capital, la teoría de los gérmenes ya era dominante. Con el nacimiento de la bacteriología, se extendió la esperanza de una rápida extinción de las enfermedades

---

<sup>54</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960.

<sup>55</sup> El *Boletín del Consejo Superior de Salubridad* publicó en 1883 una traducción del trabajo de H. Napias y A. J. Martin, “L’Etude et les Progrés de l’Hygiène en France”, vol. III, núms. 7 y 8, 28 de febrero, pp. 109-110.

<sup>56</sup> Trabajos que han abordado los primeros pasos de la disciplina en México son SERVÍN MASSIEU, 2000. CARRILLO, 2001a. CARRILLO, 2001b. SALDAÑA y PRIEGO, 2005.

<sup>57</sup> En 1881, por ejemplo, la Comisión de Atarjeas del Consejo Superior de Salubridad solicitó que cuando se hiciera la limpia de las éstas, se pusiera a funcionar un hogar “para quemar las miasmas”. Citada por ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960, I: 307.

<sup>58</sup> *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 1 de enero de 1893, p. 7.

infecciosas; médicos de todo el mundo se consagraron a ella,<sup>59</sup> y casi de inmediato fue aplicada a la solución de los problemas de salud pública.<sup>60</sup>

Como Latour ha analizado, en ninguna otra innovación científica o tecnológica ha habido una ruta tan corta entre la investigación básica y su amplia aplicación. En su opinión, por más que se admire el genio de Pasteur, debe reconocerse que se necesitaron muchas personas para difundir los descubrimientos de la bacteriología; el científico francés creó la nueva medicina, la nueva biología, la nueva higiene; pero, “para convencer a alguien de que un experimento ha sido exitoso, de que una técnica es efectiva, de que una prueba es realmente decisiva, debe haber *más de un autor*”.<sup>61</sup>

El movimiento higienista anterior a Pasteur había logrado inclinar hacia su causa la atención de la sociedad y el Estado, al mostrar que la riqueza y el bienestar estaban amenazados por los problemas de salud. Los científicos pasteurianos de finales del siglo XIX “tradujeron” el movimiento higienista –que tenía entonces cien años de vida– a sus propios términos, adoptando sus proyectos y agregando un elemento que los fortalecía a ambos. Los higienistas, a su vez, se encargaron de traducir los nuevos conocimientos para el público, si bien hasta hace poco la historiografía de la medicina atribuyó a Pasteur lo que en realidad correspondía a aquel movimiento.<sup>62</sup>

En las reuniones de la Asociación Americana [luego también Canadiense, Mexicana y Cubana] de Salud Pública, en las que México participaba,<sup>63</sup> se decía a finales de los años ochenta que el principal objetivo de la investigación científica en la medicina preventiva de ese momento, era el estudio de los microorganismos asociados a las enfermedades infecciosas.<sup>64</sup> La bacteriología hacía, por entonces, importantes contribuciones a la salud pública, al desarrollar métodos de laboratorio para descubrir y diagnosticar la enfermedad, y para conocer los medios por los que las enfermedades se transmiten, incluyendo el papel desempeñado en dicha transmisión por el agua, la leche, el aire y los insectos.<sup>65</sup>

---

<sup>59</sup> LAÍN ENTRALGO, 1982.

<sup>60</sup> JORDAN, 1921.

<sup>61</sup> LATOUR, 1993: 15. El subrayado es suyo.

<sup>62</sup> *Ibidem*

<sup>63</sup> Véase el capítulo “Imperialismo y sanidad: internacionalización de la salud pública”.

<sup>64</sup> WALCOTT, 1887.

<sup>65</sup> GORHAM, 1921. DUFFY, 1992.

En México, bajo el nuevo paradigma<sup>66</sup> fue creado un Laboratorio de Bacteriología,<sup>67</sup> que se ocupaba de realizar el análisis de aguas potables, así como el servicio de diagnóstico bacteriológico de tuberculosis, difteria, fiebre tifoidea y paludismo.<sup>68</sup> Fue creado también, el Instituto Antirrábico de México –abierto al público el 23 de abril de 1888–. El Antirrábico dependía igualmente del Consejo, y hacía las inoculaciones preventivas de la rabia.<sup>69</sup> Hacia finales del periodo aquí estudiado, 11,177 personas habían sido inoculadas, con sólo 13 muertes; es decir con una mortalidad de 0.11%, cuando en el Instituto Pasteur ésta había sido de 0.40%.<sup>70</sup>

Pero, además de los institutos y laboratorios ligados a la burocracia sanitaria, se crearon otros institutos nacionales de investigación médica, cuya función primordial era realizar investigación básica sobre los problemas de salud que se consideraban prioritarios en México: la sección de Bacteriología del Museo Anatómico-Patológico y de su sucesor el Instituto Patológico Nacional y el Instituto Bacteriológico Nacional, los cuales también se pusieron al servicio de la salud pública.<sup>71</sup>

En la reunión de 1906 de la Asociación Americana de Salud Pública, el estadounidense Charles Chapin dividió a la sanidad moderna en dos periodos: uno que había ocupado la primera mitad del siglo XIX y en el que había dominado la teoría miasmática; y otro que iba de 1880 a la época en que escribía, y cuyos procedimientos habían sido influidos por el conocimiento de la naturaleza parasitaria y transmisible de las enfermedades infecciosas. La consigna del primer periodo era limpieza municipal; la del segundo, aislamiento. Y afirmaba: “Ahora estamos entrando a un tercer periodo, en que nuestra práctica no estará basada en generalizaciones. Estudiaremos con mayor cuidado el modo de transmisión de cada enfermedad, y nos esforzaremos para idear medidas apropiadas para cada una de ellas”.<sup>72</sup> Para Peter H. Bryce –uno de los representantes de Canadá ante la Asociación– el tiempo en que aún no había sido establecida la teoría del germen, había sido un periodo empírico y precientífico.<sup>73</sup>

Desde tiempos inmemoriales, la gente sabía, por experiencia, que para tener buena salud debía evitar comer en exceso, exponerse al frío o dormir poco, pero fue en el siglo XIX, con la resolución

---

<sup>66</sup> KUHN (1986: 13) define a los paradigmas como “realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”.

<sup>67</sup> Y organismos similares en los estados.

<sup>68</sup> MARTÍNEZ CORTÉS, 1993.

<sup>69</sup> RODRÍGUEZ DE ROMO, 1996.

<sup>70</sup> LICEAGA, 1888. LICEAGA, 1898b. LICEAGA, 1911c. REYES, 1889. REYES, 1898.

<sup>71</sup> CARRILLO, 2001a.

<sup>72</sup> CHAPIN, 1906: 245.

<sup>73</sup> BRYCE, 1918.



de la doctrina del contagio, que la higiene se convirtió en una ciencia. Esto hizo del decimonono el siglo de la medicina preventiva.<sup>74</sup> Los sanitaristas se preocupaban poco por la cura de las enfermedades; el problema que ellos buscaban solucionar era cómo podía prevenirse la enfermedad.<sup>75</sup>

A partir de 1894, en su calidad de profesor de higiene de la Escuela Nacional de Medicina, Luis E. Ruiz pasó a ser vocal del Consejo.<sup>76</sup> En la lección inaugural de su cátedra en 1908, este sanitarista definió a la higiene como: “[...] la ciencia y el arte científico de conservar la salud y aumentar el bienestar”.<sup>77</sup> Como ciencia, informaba que determinadas circunstancias del medio, modificaciones del organismo y cambio de relaciones entre éste y aquél, podían dar por resultado la pérdida de la salud; mientras que en tanto arte, indicaba el modo de sanear las ciudades, las condiciones que debían satisfacer los alimentos, y la naturaleza de los vestidos. Para Ruiz, la higiene personal era importante, pero insignificante si se le comparaba con los efectos de su influencia colectiva. Afirmaba: “[...] toda nación bien constituida tiene como principal interés la *salud pública* y de un modo general puede asegurarse que todas las grandes cuestiones administrativas o de economía política, van siempre aparejadas con una cuestión de higiene. En suma, puede con toda verdad asegurarse, que en la actualidad la higiene es la expresión genuina del perfeccionamiento social realizado por la fuerza del progreso científico”.<sup>78</sup>

### **Eduardo Liceaga: nuevos aires para el Consejo Superior de Salubridad**

Ildelfonso Velasco falleció en 1884, y al año siguiente Eduardo Liceaga lo sucedió en la presidencia del Consejo Superior de Salubridad, la cual ocupó hasta 1914. A partir de ese momento, centró su trabajo en la sanidad –aunque hasta entonces se había dedicado preferentemente a la cirugía–, y llegaría a ser, de manera indiscutible, el personaje más importante de la salud pública en el porfiriato.

Durante el gobierno de Manuel González, Liceaga había acompañado a Díaz a los Estados Unidos, y adquirido ahí conocimientos de saneamiento del medio, relativos a la construcción y reconstrucción de edificios, a la instalación e excusados, y a la disposición de conductos

---

<sup>74</sup> SINGERIST, 1984.

<sup>75</sup> DURGIN, 1894.

<sup>76</sup> Sobre los requisitos que debían llenar los vocales del Consejo y otros detalles de la organización del mismo, véase MARTÍNEZ CORTÉS y MARTÍNEZ BARBOSA, 1997.

<sup>77</sup> RUIZ, 1908: 250.

<sup>78</sup> *Ibid.*: 251. El subrayado es suyo.

desaguadores.<sup>79</sup> Poco después de ocupar la presidencia del Consejo, fue enviado a Europa para asistir al VI Congreso Internacional de Higiene y Demografía, en Viena, y regresó con estufas de desinfección para hospitales y lazaretos; con conocimientos de higiene práctica, como el aislamiento de enfermos infecciosos hospitalizados, aprendidos con Jansen en Bruselas; con el cerebro de un conejo inoculado de rabia, obtenido en el Instituto Pasteur de París, a partir del cual a su llegada a México desarrolló la vacuna antirrábica, y con la convicción de que la higiene pública era un arma capaz de reducir la mortalidad y favorecer el engrandecimiento de un pueblo.<sup>80</sup>

En más de una ocasión, Porfirio Díaz declaró la conveniencia de que el personal sanitario estuviese investido de facultades ejecutivas que hicieran su acción pronta y eficaz. Un obstáculo para lograr dicho objetivo hasta 1891, fue que el Consejo Superior de Salubridad no tenía autoridad en todo el país sino, como su nombre lo indica, sólo en el Distrito y los territorios federales. Pero, a partir de esa fecha, esa situación comenzó a cambiar.

Dicen Julio Frenk Mora y colaboradores que Liceaga consideraba al país como un todo que no podía someterse a centralismos.<sup>81</sup> Las evidencias indican lo contrario: en todo momento, este salubrista propuso la creación de una secretaría de Estado que tuviera bajo su dependencia todos los servicios sanitarios del país, y aseguró que era necesario federalizar, desde el punto de vista de la salubridad, tanto los puertos y ciudades fronterizas, como las vías terrestres y fluviales, además de extender la acción del Consejo de Salubridad a todos los estados de la república.<sup>82</sup>

Liceaga sugirió en el proyecto de código sanitario que los servicios sanitarios funcionaran como ruedas aisladas de la maquinaria administrativa en todo lo que se refería a la higiene de un municipio, un distrito o un estado; pero que se relacionaran y se engranaran entre sí, y se subordinaran al centro en los casos que atañían al interés de toda la nación. Razonaba que si los esfuerzos para llevar a la práctica la higiene pública no habían dado los frutos que de ellos se podía esperar era porque habían sido aislados y no habían obedecido a un plan determinado o unidad de acción. Propuso, para remediar esa situación, dar al personal sanitario una organización jerárquica.<sup>83</sup>

En las reuniones de la Asociación Americana de Salud Pública, los delegados mexicanos sugirieron en varias ocasiones que en todos los países integrantes de la agrupación se fundaran

---

<sup>79</sup> LICEAGA, 1949.

<sup>80</sup> "Comisión dada a Eduardo Liceaga para que viaje a Europa a estudiar algunos puntos sobre higiene pública", AHSSA, Presidencia, Secretaría, caja 6, exp. 6, 43 f., 1887.

<sup>81</sup> FRENK MORA *et al*, 1993.

<sup>82</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal. caja 42, exp. 2, f. 253-253b.

<sup>83</sup> LICEAGA, 1960.

ministerios de salubridad con carácter nacional,<sup>84</sup> dotados del poder necesario para cuidar que los individuos siguieran las reglas higiénicas, tanto en los lugares públicos como en sus hogares, y urgieron a los delegados para que solicitaran a sus gobiernos la creación de tales oficinas.<sup>85</sup>

En 1879, Domingo Orvañanos había dicho al Consejo Superior de Salubridad que no estaba claro hasta dónde llegaba su autoridad de inspector de sustancias alimenticias del organismo, pues no había un reglamento al que pudiera sujetarse en el desempeño de su trabajo; por ello, éste era poco fructuoso. El Consejo preguntó entonces a la Secretaría de Justicia si Orvañanos podía pedir auxilio de la policía; si, igualmente, estaba autorizado para decomisar sustancias adulteradas y, en caso afirmativo, qué destino debía dar a éstas.<sup>86</sup> En los documentos de archivo no aparece la respuesta; sin embargo, a partir de la sanción del Código Sanitario de 1891, se dio autorización a todos los vocales e inspectores del Consejo, para entrar a los establecimientos, mercantiles, fabriles e industriales, además de las habitaciones, para controlar la higiene.<sup>87</sup>

Como en otros países americanos, en México hubo desde entonces un desarrollo tanto de la medicina preventiva como de la medicina de Estado. Para el ejercicio de la administración sanitaria federal, en 1891 el presupuesto del Consejo Superior de Salubridad ascendió a 9'493,550 pesos.<sup>88</sup> Bajo su dependencia quedó –además de la administración sanitaria del Distrito Federal–, la de los territorios y la de orden federal (en puertos y fronteras), a pesar de la oposición de varios gobiernos locales que alegaban inconstitucionalidad en la intromisión del gobierno federal en los asuntos sanitarios de sus estados. De acuerdo con el doctor Liceaga, la organización definitiva del Consejo de Salubridad comenzó con la expedición del primer Código Sanitario.<sup>89</sup>

En calidad de vocales, pertenecían al Consejo Superior de Salubridad médicos higienistas civiles, un médico higienista militar, un abogado, un médico veterinario, un profesor farmacéutico y un ingeniero. Al militar lo nombraba la secretaria del ramo, el veterinario era elegido entre los inspectores de los rastros y los de las fronteras, el farmacéutico entre los químicos analizadores, y el ingeniero entre los de ciudad distinguidos en trabajos sanitarios.<sup>90</sup> Para el desempeño de sus funciones, el Consejo llegó a contar con 23 comisiones:

---

<sup>84</sup> SEPTIÉN Y LLATA, 1894.

<sup>85</sup> MONJARÁS, 1894. Véase el capítulo “Imperialismo y sanidad: internacionalización de la salud pública”.

<sup>86</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 53, exp. 13, f. 4, 1879.

<sup>87</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 1, exp. 9 [311 f.], octubre 1891-julio 1894.

<sup>88</sup> *Ibidem*.

<sup>89</sup> En 1882, el salón de sesiones del CSS estaba en Xicoténcatl. Desde 1893, quedó instalado en la ex aduana de Santo Domingo.

<sup>90</sup> CÓDIGO SANITARIO..., 1891. Los códigos reformados de 1894 y 1902 aumentaron el número de vocales.

La Comisión de Epidemiología<sup>91</sup> investigaba las causas de los padecimientos, y vigilaba las enfermedades transmisibles, excepto las venéreas (que estaban encargadas a la Inspección de Sanidad). La Comisión de Estadística elaboraba resúmenes de causas de mortalidad. La Comisión de Meteorología y Topografía Médica realizaba, en colaboración con el Observatorio Central, estudios para conocer la climatología del valle, y estudiar su posible influencia en el desarrollo de las enfermedades.

La Comisión de Fábricas y Establecimientos Industriales decidía qué establecimientos podían comenzar a trabajar, y vigilaba que los ya existentes no contaminaran la ciudad. La Comisión de Establecimientos de Aglomeración visitaba hospicios, hospitales, cuarteles y vecindades. La Comisión de Habitaciones resolvía las mejoras que debían realizar los propietarios en sus viviendas, de acuerdo, por un lado, con las leyes sanitarias; y, por el otro, con los informes proporcionados por los inspectores sanitarios de cuartel sobre la insalubridad encontrada al hacer las visitas domiciliarias.

La Comisión de Inspección de Sustancias Alimenticias hacía el análisis químico de la leche, el vino y otros alimentos y bebidas; buscaba “garantizar la salud del consumidor, sin atacar la libertad de comercio”. La Comisión de Vigilancia de Boticas juzgaba la correcta elaboración de las fórmulas prescritas por los facultativos en las farmacias y droguerías que había en la ciudad de México y en las principales poblaciones del Distrito Federal. La Comisión de Veterinaria inspeccionaba los rastros de la ciudad, y propuso la creación de un rastro general, que en 1896 efectivamente se construyó.

La Comisión de la Vacuna tenía la responsabilidad de la conservación y distribución del pus vacunal. La Comisión de Panteones dictaminaba sobre la conveniencia o no del establecimiento de un campo santo, para lo cual tomaba en cuenta, entre otros factores, la proximidad de las poblaciones. La Comisión de Acequias se ocupaba de la vigilancia de canales, ríos y lagos.

La Comisión de Asuntos Federales –integrada por Liceaga y el abogado José María Gamboa – se ocupaba de la sanidad internacional; es decir, su tarea era tratar de evitar la importación a la república de enfermedades epidémicas. A ella le reportaban la Comisión de Epidemiología, los inspectores de las ciudades fronterizas y los delegados de los puertos (estos últimos, en lo relativo a las visitas practicadas a las embarcaciones, las patentes de los mismos, la desinfección de buques,

---

<sup>91</sup> Creada por el Consejo en 1879. VARGAS OLVERA, 1991.

pasajeros y mercancías, y el régimen cuarentenario). A partir de estos informes, la comisión formaba un reporte general, que enviaba a la Secretaría de Gobernación.<sup>92</sup>

### **Extensión del poder del Consejo Superior de Salubridad**

El organismo fue cada vez más autónomo en sus decisiones ante los poderes regionales, fueran éstos políticos, empresariales, militares o médicos, como se ve en los siguientes ejemplos. En 1895, el médico cirujano Amador González –quien ejercía su profesión en Oaxaca– fue propuesto por el gobernador de ese estado para ocupar el puesto de delegado del Consejo Superior de Salubridad en Salina Cruz. Hasta entonces la visita sanitaria la hacía solamente el capitán del puerto, y como había en esa época una epidemia de fiebre amarilla en Centroamérica, el gobernador consideró que era necesario nombrar a un médico delegado que pudiese evitar su llegada. A pesar de esta recomendación, el Consejo decidió el nombramiento de otra persona.<sup>93</sup>

Del mismo modo, cuando en 1896 el comandante militar de Acapulco exigió al Consejo Superior de Salubridad que cambiara al delegado de ese organismo en el puerto, Gerardo Castellana, debido a que era español, el organismo lo destituyó del cargo. Sin embargo, no aceptó la sugerencia de que el médico de la Fortaleza de San Diego fuera nombrado delegado, sino que se asignó el derecho de hacer el nuevo nombramiento, que recayó en Octaviano González Fabela.<sup>94</sup> En partes oficiales, el Consejo Superior de Salubridad solicitaba a los gobernadores de los estados, informes sobre el principio, desarrollo y marcha de las epidemias que había en su territorio, lo mismo que del número de enfermos y de personas que sucumbían a determinada enfermedad.<sup>95</sup>

A principios de 1903, el Consejo solicitó a Gobernación permiso para mover a sus empleados, enviándolos fuera de su lugar de residencia, cuando en algún punto del país se registraran casos de cólera asiático, peste bubónica, fiebre amarilla u otra enfermedad grave, con el objeto de que implantaran las medidas de aislamiento, desinfección y demás que se consideraran necesarias para combatir con éxito esas enfermedades; los empleados recibirían por ello una gratificación, además de su sueldo. Cuatro días después, la Secretaría contestó afirmativamente.<sup>96</sup>

---

<sup>92</sup> LICEAGA, 1896a. CÓDIGO SANITARIO, 1902. “Organización del CSS”, *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3ª época, vol. VIII, núm. 3, 30 de septiembre de 1902, p. 131-143.

<sup>93</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 34, exp. 24, 4 f., 1895.

<sup>94</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 15, exp. 28, 6 f., 1895-1896.

<sup>95</sup> Véase, por ejemplo, una petición al gobernador de Hidalgo, durante una epidemia de viruela en 1880. *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 12 de abril de 1880, p. 3.

<sup>96</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, Secretaría, caja 6, exp. 17, 3 fs., 1903.

El 1 de julio de 1903 fue creado el Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal. Con esta medida, se incorporó la administración municipal en el seno de la federal. Los Ayuntamientos conservarían sus atribuciones políticas; pero en lo administrativo sus funciones serían sólo de consultores y vigilantes. Las antiguas funciones administrativas quedaron a cargo del Ejecutivo de la Unión, que pasó a administrar los intereses de los municipios de la capital y de las municipalidades del Distrito Federal,<sup>97</sup> por intermedio de tres funcionarios: el gobernador del Distrito, Guillermo de Landa y Escandón; el director de Obras Públicas, Roberto Gayol; y el presidente del Consejo Superior de Salubridad, Eduardo Liceaga. Sobre la misión de este último, afirmó el *Boletín del Consejo Superior de Gobierno*: “[...] adquiere más importancia mientras mejor se aprecian la salud y la vida humanas”.<sup>98</sup>

Se lee también ahí: “El Supremo Gobierno de la República se halla penetrado de toda la importancia que hoy acuerdan [*sic*] la civilización y la ciencia a la higiene pública, imparte todo su apoyo al Consejo Superior de Salubridad, y el presidente de la República, hábil y eficazmente secundado por el secretario de Gobernación, cuida con patriótico empeño de dotar a este alto Cuerpo de todos los elementos y autorizaciones indispensables, para que en su oportunidad puedan ser debidamente realizadas las medidas de higiene que reclamen la salubridad y el bienestar de las poblaciones todas de la Nación Mexicana”.<sup>99</sup>

En un reporte ante la Asociación Americana de Salud Pública, Liceaga informó que el Consejo Superior de Gobierno era una organización análoga a otra existente en el distrito de Columbia, EU, y que la presencia del presidente del Consejo Superior de Salubridad en aquél, tenía la intención de facilitar la imposición de las medidas que afectaban a la salud de los habitantes de la ciudad de México.<sup>100</sup>

Los tres miembros del Consejo Superior de Gobierno estaban autorizados para comunicarse directamente con los secretarios de Estado. Esto, obviamente, hizo aumentar el poder del Consejo Superior de Salubridad. Un ejemplo: el 9 de diciembre de 1903, el secretario de Gobernación

---

<sup>97</sup> Hasta ese momento, el Distrito Federal se dividía en: capital de la república, 6 distritos –Azcapotzalco, Guadalupe Hidalgo, Tacubaya, Coyoacán, Tlalpan y Xochimilco–, y 21 municipalidades. Por decreto del 26 de marzo de 1903, el Distrito Federal se dividió para su administración en 13 municipalidades: México, Guadalupe-Hidalgo, Azcapotzalco, Tacuba, Tacubaya, Mixcoac, Cuajimalpa, San Ángel, Coyoacán, Tlalpan, Xochimilco, Milpa Alta e Iztapalapan. Se suprimieron las de Iztacalco, Santa Fe, Hastahuacán, Tlalengo, Tulyehualco, Mixquic, Tláhuac, Atocpan, y Ostotepec, que –se decía– eran insignificantes. Para cada municipalidad foránea se nombró un prefecto político. “La nueva organización municipal”, *Boletín Oficial del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal*, vol. I, núm. 1, 3 de julio de 1903, pp. 1-3.

<sup>98</sup> *Ibid.*: 2.

<sup>99</sup> “Las demás comisiones del Consejo de Salubridad” *Boletín Oficial del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal*, vol. VII, núm. 48, 14 de diciembre de 1906, p. 768.

<sup>100</sup> LICEAGA, 1911a.

Ramón Corral informó a Liceaga que el prefecto político de la municipalidad de Coyoacán ofrecía dificultad para facilitar dos gendarmes destinados a auxiliar los trabajos del médico sanitario, por lo que le pidió que le diera la orden, no como presidente del Consejo de Salubridad, sino como miembro del Consejo Superior de Gobierno, al que el prefecto estaba obligado a obedecer.<sup>101</sup>

### **La información, el pánico y el control de las epidemias**

En el porfiriato, existió preocupación por el registro de las enfermedades.<sup>102</sup> En 1879, Orvañanos – en su calidad de vocal del Consejo– sugirió que para que éste pudiera responder prontamente y con fundamento en cualquier acción si había epidemia de alguna enfermedad, necesitaba estar al corriente de todos los casos de enfermedades contagiosas que se presentaran en la ciudad, como ocurría en casi toda Europa y en Estados Unidos. Así, podría este organismo tomar medidas para evitar su propagación: aislar a atacados, y trasladarlos a departamentos de hospitales para enfermos contagiosos, separados del resto de departamentos del hospital.<sup>103</sup>

Al año siguiente, el Ejecutivo aceptó el proyecto del Consejo Superior de Salubridad para obtener la estadística de las enfermedades infecciosas e infectocontagiosas en la ciudad de México. Hasta ese momento, la única información que el Consejo tenía de las enfermedades, era por la noticia de defunciones que le remitía mensualmente la Secretaría de Gobernación, quince o veinte días después de que habían ocurrido, cuando las enfermedades podían tener ya tal incremento, que no era posible detenerlas ni determinar su origen.<sup>104</sup>

El Consejo argumentaba que si una buena estadística de defunciones tenía un gran interés científico, el conocimiento inmediato de las enfermedades agudas, su distribución en los diferentes cuarteles, y la marcha de las epidemias cuando esas enfermedades revestían tal forma, eran más importantes desde un punto de vista práctico e inmediato. Señalaba que en otros países, los jefes de familia, los directores de establecimientos públicos, las parteras y los médicos tenían la obligación de dar cuenta a la autoridad sobre las enfermedades epidémicas.<sup>105</sup>

De acuerdo con el organismo sanitario, las enfermedades más comunes en la capital eran: tifo, viruela, sarampión, escarlatina, difteria, croup, tos ferina, fiebre puerperal e intermitentes simples. Aseguraba que aunque se desconocía tanto la etiología como la naturaleza de dichas

---

<sup>101</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1 2, 308 f., 1906-1920.

<sup>102</sup> CHÁZARO, 2000.

<sup>103</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 53, exp. 13, f. 4, 1879.

<sup>104</sup> RAMÍREZ DE ARELLANO, 1880.

<sup>105</sup> *Ibidem*. En Bruselas, por ejemplo, la Oficina de Higiene recibía los partes diarios rendidos por los médicos, y seguía en mapas, usando alfileres de colores, la distribución de las enfermedades contagiosas agudas.

enfermedades, se sabía que las medidas higiénicas tenían contra ellas una acción cierta; y si se llegaba a conocer su distribución en los ocho cuarteles mayores y 33 menores en que, desde 1782, estaba dividida la ciudad, podrían destruirse los focos que les daban origen, e impedir así su propagación entre los habitantes de la ciudad, por medio de aislamiento, desinfección, canalización y desecación de los terrenos y plantaciones, que impidieran “el desarrollo de miasmas mortíferos”.<sup>106</sup>

El organismo sanitario propuso repartir quincenalmente a los cerca de 200 médicos que ejercían en la capital un cuaderno impreso, en que debían anotar la enfermedad, el sexo y la edad de los pacientes que atendía. Luego, una comisión del Consejo organizaría los datos, y presentaría mensualmente un estado de la distribución de las enfermedades en los diferentes cuarteles de la ciudad.<sup>107</sup> *El Diario Oficial* de 5 de enero de 1881 publicó el proyecto del Consejo y la aprobación presidencial del mismo.

La Inspección de Policía de cada demarcación quedó responsabilizada de entregar y recoger los cuadernillos, pero sólo lograba recoger unos seis de cada medio centenar, pues los médicos alegaban falta de tiempo o alguna otra excusa. Esto sucedía con algunos médicos muy destacados, como Ramón Macías, entonces teniente coronel del Cuerpo Médico Militar, quien aseguraba que no tenía nada que anotar. Incluso profesores de la Escuela Nacional de Medicina y vocales del Consejo dejaban de entregarlos.<sup>108</sup> Liceaga reportaba que se arreglaría con el Consejo; Manuel Carmona y Valle, que no tenía el tiempo para llenarlos, y Rafael Lucio, que no tenía casos que anotar. En vista de que los médicos siguieron sin entregar los cuadernillos y fueron cada vez más groseros con los oficiales de policía, se suspendió el proyecto. Se decidió, en su lugar, que el Registro Civil remitiera al Consejo un parte diario de las defunciones registradas el día anterior.<sup>109</sup>

Una década después, el Código Sanitario obligó a los facultativos a notificar<sup>110</sup> las enfermedades infecto-contagiosas.<sup>111</sup> Leyes similares se generalizaron en casi todo el país,<sup>112</sup> por lo

---

<sup>106</sup> *Ibidem*.

<sup>107</sup> *Ibidem*.

<sup>108</sup> Rafael Lavista y Adolfo Schimidtleim, de la 1ª demarcación; Joaquín Huici, de la 2ª; José María Bandera, Manuel Carmona y Valle, Eduardo Liceaga, Rafael Lucio, Tobías Núñez y Porfirio Parra, de la 3ª; Silvino Riquelme, de la 4ª; Manuel Aveleyra, Fernando López, Domingo Orvañanos y Nicolás San Juan, de la 5ª; y Ángel Gaviño, de la 7ª. “Enfermedades infecciosas e infecto-contagiosas. Medidas para obtener su estadística en la ciudad de México”, AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 2, exp. 3, 206 f., diciembre de 1880-marzo de 1881.

<sup>109</sup> “Orden de la Secretaría de Gobernación para la suspensión del reparto de cuadernillos para asentamiento de datos estadísticos de enfermedades infecciosas e infecto-contagiosas por los médicos de la capital, encomendando esta tarea a los juzgados del Registro Civil”, AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 2, exp. 5, 12 f., enero-febrero de 1882.

<sup>110</sup> Notificación de una enfermedad es el comunicado oficial que informa a la autoridad competente sobre la aparición de una enfermedad transmisible o de otra naturaleza, en seres humanos o en animales.



que el asunto siguió siendo causa de antagonismo entre la profesión médica y el Estado; de hecho, los médicos dejaron de observarlas siempre que pudieron.<sup>113</sup> Pero si en esa época se obligó a los médicos a declarar ante las autoridades sanitarias los casos de enfermedades sujetas a cuarentena, durante la dirección de Eduardo Liceaga en el Consejo Superior de Salubridad la política del organismo fue informar, en reciprocidad, a la población acerca del momento en que en determinado lugar aparecía una enfermedad epidémica, así como del número exacto de enfermos y muertos. El presidente del Consejo combatió la convicción –que compartían muchas autoridades políticas y algunos médicos, y que él consideraba funesta–, de que era correcto ocultar las enfermedades para evitar la alarma general.<sup>114</sup>

Sostenía que la información no provocaba pánico, como se pensaba, y que, en cambio, la desinformación sí era causa de epidemias; no dar la alerta ante los primeros casos de una enfermedad epidémica –decía– era equivalente a no dar la alerta ante un incendio. De acuerdo con Liceaga, a eso se debía parte del prestigio del Consejo: “[...] hemos inculcado en nuestros subordinados la convicción de que debemos decir siempre la verdad al hacer la declaración de cualquier enfermedad sujeta a cuarentena, aunque esto pueda dañar nuestros intereses comerciales y la fácil comunicación entre los hombres”.<sup>115</sup> Esta política,<sup>116</sup> eso sí, tuvo que enfrentarse a los intereses de los hombres de negocios y de las autoridades locales, que temían ver interrumpidos el tránsito de pasajeros y las actividades comerciales, y que por este motivo, presionaban a los médicos para que ocultaran el diagnóstico de ciertas enfermedades, inutilizando así esa fuente de información de las autoridades sanitarias y de los pobladores.

Un ejemplo claro de ello fue la comunicación que, en 1898, se estableció entre el doctor Francisco Romero, delegado del Consejo Superior de Salubridad en Manzanillo, Colima, y el presidente del mismo en la ciudad de México. En octubre, Romero informó de casos fatales de fiebre amarilla, “siendo [*sic*] indispensable para el comercio y para la tranquilidad de este puerto, el secreto sobre el diagnóstico de ciertas enfermedades”. Liceaga le pidió que no ocultara a nadie los

---

<sup>111</sup> CÓDIGO SANITARIO..., 1891.

<sup>112</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>113</sup> Análisis cómo la cuestión del secreto en medicina se abordaba desde los puntos de vista del deber profesional, de las prescripciones legales y de la conciencia moral, en CARRILLO, 2002a.

<sup>114</sup> “Carta de Liceaga al secretario de Gobernación”, México, 10 de noviembre de 1905, AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 5, exp. 10, f. 5. También, LICEAGA, 1910d. Hay que considerar que por entonces –como señalan PESET y PESET (1972)–, las enfermedades catastróficas o epidemias expresaban la enfermedad con tonos más intensos que en la época actual.

<sup>115</sup> LICEAGA, 1911a: 407.

<sup>116</sup> Importante porque difiere tanto de la anterior como de la posterior a ese periodo.

casos de la enfermedad. De inmediato, Romero manifestó estar seguro de su diagnóstico de fiebre amarilla, pero insistió en que los comerciantes del puerto de Manzanillo y la ciudad de Colima estaban interesados en que no se supiera la verdad. Dijo que no informaría por el trastorno comercial que acarrearía su declaración, la cual, además de causar pánico, sería absolutamente inútil. Según él, para impedir que bajaran a tierra los pasajeros de tránsito, tenía la misma fuerza el decirles que existía en la población una fiebre tífica mal definida, que sembrar el pánico con la declaración de una fiebre cuyo nombre asustaba aun a los que habían pasado por ella.<sup>117</sup> Por su parte, el Consejo Superior de Salubridad insistió también en que si el delegado creía que la enfermedad reinante en Manzanillo era la fiebre amarilla, no debía ocultarlo, pues México había ofrecido a los Estados Unidos dar cuenta de la marcha del padecimiento en el país. Un día después, Romero comentó que al no haber ningún nuevo caso de la enfermedad había decidido callar, y de nueva cuenta el Consejo insistió en lo ya dicho, y le demandó que de no estar dispuesto a acatar la orden, renunciara a su cargo.

Por otro lado, el presidente del organismo sanitario pidió al gobernador de Colima que enviara un médico a Manzanillo, para averiguar si la enfermedad que padecían los habitantes era la fiebre amarilla; al mismo tiempo, solicitó que se anotaran, en la patente de los barcos, los casos que de esta enfermedad se hubieran presentado. El secretario de estado contestó al Consejo, que no había, al parecer, casos de fiebre amarilla sino de calenturas, que se atendían “como mejor se podía”, y confesó que temían sufrir pérdidas de erario y trastornos de comercio, si declaraban la enfermedad y expedían patente sucia a los buques –que indicaba a futuros puntos de su travesía que había tocado un puerto infestado.<sup>118</sup>

### **De institución local a cuerpo ejecutivo de la salud pública nacional**

El poder del Consejo Superior de Salubridad –que representaba al Estado en materia de higiene– fue creciente durante el porfiriato. A inicios del porfiriato, el organismo contaba con unos cuantos miembros; tres décadas después, trabajaban para él cerca de seis mil empleados, cien de ellos especialistas en diferentes ramos.<sup>119</sup> Había jefes del servicio de desinfección, agentes sanitarios, agentes de inspección de bebidas, mercados, rastros y restaurantes, delegados sanitarios, auxiliares de la vacuna, ingenieros auxiliares de salubridad, químicos, veterinarios, vigilantes, mozos de estufa y aseo, porteros encargados de la ropa desinfectada, escribientes, cocheros, fogoneros, bañeros,

---

<sup>117</sup> AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 3, exp. 5, 283 f. [s/nf.], 1898.

<sup>118</sup> *Ibidem*.

<sup>119</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 5, exp. 5, f. 51-71, noviembre 1902-octubre 1905.

bogas de las falúas y ayudantes de las casas de salud. El organismo contaba con amplios laboratorios dotados de útiles y personal técnico, más de veinte estufas de desinfección, oficinas para producir y conservar las vacunas, aparatos para desinfectar por el bicloruro de mercurio, por el azufre y por el ácido cianhídrico, y ambulancias para transportar a enfermos contagiosos y objetos contaminados.<sup>120</sup> Los gastos gubernamentales en salud, prácticamente nulos en 1876, llegaron a ser de 47'633,274.<sup>121</sup>

Si a inicios del periodo el Consejo carecía de autoridad para imponerse a la población, al final del mismo, en las entidades en que la corporación tenía jurisdicción, no había un solo espacio al que le estuviera prohibido penetrar o asunto sobre el que no pudiera legislar. Vigilaba la higiene privada y pública, lo que implicó una enorme extensión del campo y de los poderes médicos a todos los espacios de la vida; lo que Weber llamó la secularización<sup>122</sup> y Foucault la medicalización de la vida cotidiana.<sup>123</sup> Los resultados de la salud pública fueron notorios, y décadas después Ignacio Chávez se referiría a Eduardo Liceaga –el constructor de ese proyecto–, como el más grande salubrista que había tenido el país.<sup>124</sup>

Por medio de su *Boletín* así como de conferencias, folletos y otros medios impresos, el Consejo Superior de Salubridad intentaba educar al público en asuntos sanitarios, pues aspiraba a hacer de cada ciudadano un colaborador de la administración pública.<sup>125</sup> Instrucciones sencillas para precaverse de las enfermedades, eran fijadas en los parajes públicos y leídas en las iglesias al término de los oficios religiosos, inculcadas a los niños en las escuelas y repartidas profusamente por los comerciantes junto con los artículos que trataban de vender.<sup>126</sup> Para Liceaga, la higiene individual debía completar “la grandiosa obra emprendida por la administración pública”.<sup>127</sup> Y de acuerdo con Gamboa –quien participó en la elaboración del primer Código Sanitario–, los individuos, las familias, las ciudades y las naciones tenían la “necesidad indeclinable de seguir las reglas higiénicas, para no desmerecer de la cultura que la civilización moderna [había] conquistado”.<sup>128</sup>

---

120 MONJARÁS, 1904a.

121 Que incluía un empréstito de un millón de pesos que el gobierno federal acababa de autorizar para complemento de las obras sanitarias en el puerto de Tampico. AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 8, exp. 1, 199 f., 1907-1908.

122 Citado por HABERMAS, 1980.

123 FOUCAULT, 1980. CLAVREUL, 1983.

124 CHÁVEZ, 1987. Sobre la obra de Liceaga, véase también BUSTAMANTE, 1940.

125 LICEAGA, 1899a.

126 AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 5, exp. 10, 45 f., julio-diciembre de 1905. LICEAGA, 1911c.

127 LICEAGA, 1910a: 587.

128 GAMBOA, 1895: 1.

El presidente del Consejo de Salubridad hacía la distinción entre la responsabilidad de los miembros de una comunidad, la de los municipios y la del Estado. Si un hombre enfermaba por comer demasiado, él era responsable de su padecimiento. Si su mal se debía a que el agua que tomaba no era pura, el municipio debía precaverlo, proveyéndolo de agua potable y bacteriológicamente pura; era igualmente responsabilidad del municipio alojar desechos y recoger basuras. Pero si una comunidad se veía amenazada por una enfermedad transmisible, que hubiera invadido algún país con el que existieran comercio y comunicaciones, el gobierno federal era el único que podía y debía encargarse de su defensa.<sup>129</sup> De esta manera, el Estado reconocía su responsabilidad, pero también se adjudicaba el derecho exclusivo de participar en asuntos de policía sanitaria internacional.

La burocracia sanitaria adquirió en esta época una gran cuota de poder. Eduardo Liceaga, para poner el ejemplo más significativo, que era compadre de Porfirio Díaz,<sup>130</sup> fue presidente del Consejo Superior de Salubridad y director de la Escuela Nacional de Medicina durante la mayor parte del periodo; sería en dos ocasiones presidente de la Academia Nacional de Medicina; como presidente del Consejo pasó a formar parte desde 1903 del Consejo Superior de Gobierno, que tenía relación directa con todos los ministerios; formó parte también de la Junta Superior de Educación, desde donde reformó los planes de estudio de la Escuela Nacional de Medicina y trató de uniformar la enseñanza médica de todo el país; fue uno de los introductores de la Cruz Roja en México y diputado por su estado natal.<sup>131</sup>

Mientras que a inicios del periodo, el Consejo era una institución local del Distrito Federal con jurisdicción en los territorios, después de la promulgación del Código Sanitario, se transformó en un cuerpo técnico al que el ministro de Gobernación consultaba en asuntos de higiene pública, que tenía facultades ejecutivas, y era responsable del ejercicio de la administración sanitaria federal, del que dependían las juntas de sanidad de los puertos y poblaciones fronterizas, las autoridades y funcionarios del orden federal con residencia en los estados, y los agentes sanitarios especialmente nombrados para cualquier punto de la república.<sup>132</sup> Liceaga aseguraba al final del periodo: “Un gran progreso se ha registrado en la centralización de otras actividades sanitarias, y en la preparación para

---

<sup>129</sup> LICEAGA, 1911c.

<sup>130</sup> GUERRA (1991) ha mostrado para el porfirato, que las aparentemente autónomas comunidades científicas, se vinculaban con los círculos de poder a través de lazos de sangre y compadrazgos.

<sup>131</sup> CARRILLO, 1995.

<sup>132</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1891.

el establecimiento de una Secretaría de Salud que tendrá a su cargo la higiene pública de toda la nación”.<sup>133</sup>

Sin embargo, durante el porfiriato los médicos no verían hecha realidad su aspiración de construir una unidad normativa y ejecutiva nacional en higiene pública que reglamentara todos los aspectos particulares de la higiene. Al parecer, el ideal sanitario de la burocracia sanitaria porfiriana no pudo realizarse totalmente sino con el derrocamiento de la dictadura; del mismo modo que algunas de las propuestas de sanidad de la Ilustración empezaron a llevarse realmente a efecto en el México Independiente.<sup>134</sup>

El acelerado proceso de consolidación logrado por el Consejo Superior de Salubridad entre 1876 y 1911, se apoyó en reglamentos relativos a la salud pública y sobre todo en el Código Sanitario, el cual eran resultado de más de un siglo de lucha entre los poderes religioso y secular, regional y central, profano y académico, por el control de los servicios de atención a la salud.

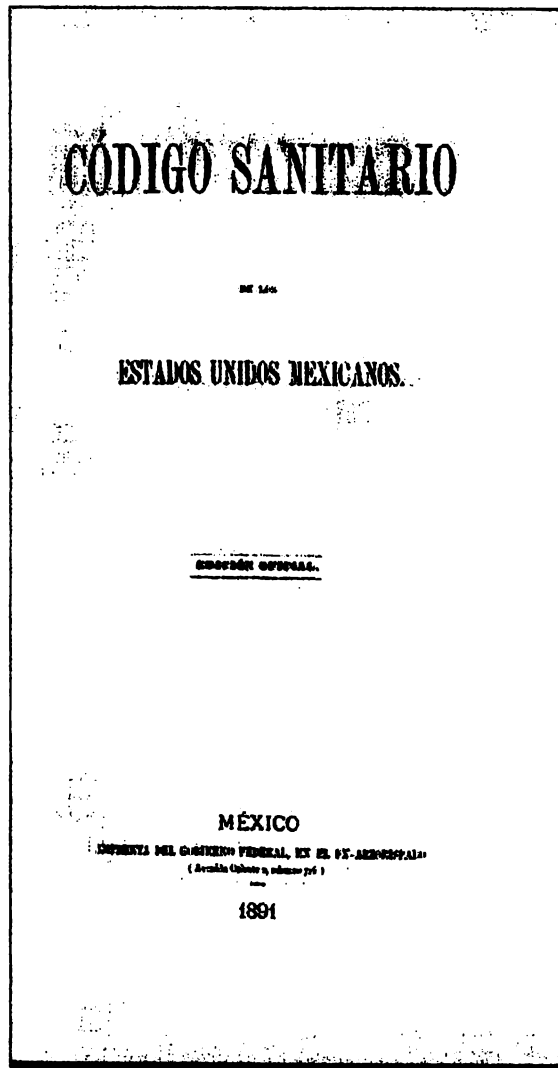
---

<sup>133</sup> LICEAGA, 1911a: 407.

<sup>134</sup> En el Congreso Constituyente de Querétaro, el médico y general José María Rodríguez propuso la existencia de dos organismos centralizadores y coordinadores en materia de salubridad e higiene: el Departamento de Salubridad Pública y el Consejo de Salubridad General, iniciativa que fue aprobada por abrumadora mayoría. Se determinó que estos organismos dependerían directamente del presidente de la república, y que sus disposiciones serían de observancia obligatoria en todo el país. En 1943, fueron fusionadas la Secretaría de Asistencia (creada en 1937) y el Departamento de Salubridad Pública, para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960.), denominada Secretaría de Salud a partir de 1985.

## Capítulo II

### Reglamentarismo en zonas estratégicas: la legislación sanitaria



**Portada del Primer Código Sanitario.**

## **Modernización y sanidad**

La transición al capitalismo en México se dio durante todo el siglo XIX, pero avanzó de manera notable con Porfirio Díaz, sobre todo a partir de 1888 cuando México, con el reinicio del pago de su deuda externa, volvió de lleno al orden internacional.<sup>1</sup> Sin embargo, la modernización se restringió a las zonas del país que eran proveedoras de productos agrícolas, y de metales preciosos y para la industria, en consonancia con el papel asignado a México en la división internacional del trabajo, durante la denominada segunda revolución industrial. Estas zonas fueron:

La ciudad de México –que a más de ser el centro político y económico de la región, se consolidó como la más importante aglomeración del país y el entronque de las vías de comunicación–; el golfo de México –cuyo desarrollo fue impulsado, primeramente, por el puerto de Veracruz, el de mayor tránsito en la república, por la agricultura tropical de exportación, y en menor medida por la industria–; los estados y el territorio de la península de Yucatán (Campeche, Yucatán y Quintana Roo) –que prosperaron en el porfiriato por el valor creciente que tuvo el henequén en el comercio internacional, el cual favoreció en la zona un proceso de modernización económica, profesionalización liberal y extensión urbana; también importantes fueron los puertos de Coatzacoalcos, Frontera y Progreso en el Golfo, y Acapulco, Salina Cruz, Guaymas y Mazatlán en el Pacífico; poblaciones como Mulegé en Baja California, y Cananea y Navajoa en Sonora, cuyo desarrollo fue favorecido por el resurgimiento de la minería; y ciudades del norte del país y de la región de istmo de Tehuantepec que se desarrollaron coincidiendo con los ramales ferroviarios.<sup>2</sup>

Los 19,360 kilómetros de rieles que se agregaron durante la dictadura porfiriana a los 640 dejados por los gobiernos anteriores, vincularon al centro con los puertos exportadores y con Estados Unidos. Este desarrollo de comunicaciones, unido al crecimiento de ciudades estratégicas en la prestación de servicios para áreas mineras o agrícolas de peso, y a la supresión de alcabalas en 1896, permitió la integración –si bien no total– de los mercados locales al de México, y de éste al mercado mundial.<sup>3</sup>

Durante el gobierno de Manuel González, Porfirio Díaz –entonces secretario de Fomento– fue a los Estados Unidos y obtuvo apoyo de los comerciantes y banqueros de Chicago y Nueva York para la construcción del ferrocarril de Salina Cruz a Coatzacoalcos, a través del istmo de Tehuantepec; la continuación de la obra del desagüe del valle de México; la protección de los

---

<sup>1</sup> Francia y Bélgica habían reconocido al gobierno de Díaz desde 1879, e Inglaterra lo había hecho en 1884. GONZÁLEZ Y GONZÁLEZ, 1977.

<sup>2</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970. MENÉNDEZ, 1981. VALADÉS, 1987. HERMOSILLO ADAMS, 1988.

<sup>3</sup> GONZÁLEZ Y GONZÁLEZ, 1977.



trabajos de higiene pública, especialmente de la capital; la instalación de una estación sanitaria en Veracruz, y arreglos a los puertos de Salina Cruz, Coatzacoalcos, Tampico y Manzanillo.<sup>4</sup> Como Díaz estaba interesado en hacer de Europa una contrafuerza a la influencia estadounidense, las relaciones con los países de ese continente fueron reanudadas. Poco después, franceses, ingleses y alemanes invirtieron capitales en el petróleo,<sup>5</sup> la minería y los ferrocarriles.<sup>6</sup> Precisamente por la importancia estratégica de todas esas regiones, en ellas se impusieron medidas de saneamiento.

En este capítulo abordó la expedición del Código Sanitario federal de 1891 –primero que tuvo el país–. Señalo que este código de prescripciones sanitarias fue modificado en 1894 y 1902, de acuerdo con los avances, entonces continuos, que tenían las ciencias médicas, y de acuerdo también con la centralización creciente del poder del Estado. Menciono los aspectos más significativos del Reglamento de Sanidad Marítima y de la Ley de Inmigración. Comento, finalmente, las contradicciones que la centralización en salud suscitó entre el gobierno federal y los gobiernos de los estados.

#### **La necesidad de un código sanitario nacional**

En 1882, desde Nueva York, a donde había sido enviado para estudiar la política de higiene pública de los Estados Unidos, el médico Ignacio Alvarado –médico de ideas liberales, que se batió en Churubusco contra los invasores del 47 cuando aún era estudiante–, escribió al Consejo Superior de Salubridad de México sobre las recomendaciones, reglamentos y disposiciones que las autoridades sanitarias de aquel país proponían para prevenir o contrarrestar los efectos de algunas epidemias, y que él, a su vez, recomendaba para México. Éstos incluían hacer inspecciones en los trenes que tocaran un punto infestado, para dar certificados de salud tanto al tren como a los pasajeros, sin admitir a quienes presentasen signos de enfermedad; limpiar y fumigar los carros y prohibir las alfombras en ellos; hacer la desinfección del equipaje; así como exigir certificados a los que salieran de un punto infestado por algún otro medio de transporte.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> LICEAGA, 1949.

<sup>5</sup> Las primeras concesiones petroleras a la London Oil Company se hicieron en 1889, y al año siguiente comenzó la explotación del petróleo por compañías extranjeras. GALEANA DE VALADÉS, 1991.

<sup>6</sup> CALDERÓN, 1972. VALADÉS, 1987. CECÉÑA (1976). Este autor analiza las 170 sociedades anónimas que operaban en México hacia 1910, precisando la importancia global del capital extranjero en ellas (cerca del 80%), su origen específico, y las diferentes ramas económicas que abarcaban. Sostiene que el gobierno porfiriano auspició los intereses extranjeros, que fueron dominantes en la minería, el petróleo, los ferrocarriles, la electricidad, los bancos, la industria y el gran comercio, y que altos funcionarios del gobierno, incluyendo miembros del gabinete de Díaz, tenían estrechas ligas con los inversionistas extranjeros.

<sup>7</sup> AHSSA, *salubridad pública, epidemiología*, caja 3, exp. 1, f. 1 y 5v-10v, 1882.

Los miembros de la Comisión de Epidemiología del Consejo Superior de Salubridad opinaron que esas medidas no se podían poner en práctica en México, pues los servicios de higiene pública aún no estaban bien organizados en todos los estados de la federación, o de plano no existían. Para implementarlas, tendría que haber en todos los puntos de partida de los ferrocarriles, médicos que inspeccionasen los trenes antes de su salida, y dirigiesen la desinfección de carros y equipajes; sería imprescindible, también, que existiesen leyes que los estados estuvieran obligados a cumplir. Por ello, propusieron elaborar una ley federal que hiciera obligatoria en los estados la creación de juntas locales de sanidad, las cuales deberían estar sujetas a una Junta Nacional de Sanidad. Sólo de esta manera, se podría disponer sobre asuntos relativos a las cuarentenas en puertos de mar, el examen de alimentos o drogas, y el control de las enfermedades fuera de la capital del país.

Por lo pronto, sugirieron que la Secretaría de Gobernación invitara a los estados a crear sus juntas de sanidad, las cuales deberían ponerse en contacto con el Consejo de la capital para que en todo el país rigieran disposiciones análogas en asuntos de salubridad pública. Pidieron, asimismo, que la Secretaría de Fomento estableciera en el Reglamento de Ferrocarriles que las compañías respectivas quedarían sujetas a las disposiciones que tales juntas juzgasen convenientes, particularmente durante las epidemias.<sup>8</sup>

Había entonces un Reglamento para el Buen Orden y Policía de los Puertos de Mar, que establecía que la sanidad estaba a cargo de las autoridades municipales respectivas: para la imposición de cuarentenas, los capitanes de puerto debían observar los reglamentos que aquéllas expedieran o lo que dispusieran las juntas o comisiones de sanidad. Esto provocaba que no hubiera disposiciones iguales para todo el país, lo que en opinión del Consejo de Salubridad debía cambiar.<sup>9</sup> El Congreso Nacional de Higiene de 1883 insistió en la necesidad de expedir el Código Sanitario de la república. Solicitó al Ejecutivo Federal que iniciara ante el congreso la siguiente adición constitucional:

Las disposiciones legales que se refieren a intereses generales sanitarios de la república, tendrán el carácter de federales; en los demás casos, cada estado dictará las disposiciones que estime convenientes, siempre que no se opongan a los preceptos generales, y sin otra obligación que establecer consejos de salubridad en sus capitales, y los agentes que fueren necesarios en las demás poblaciones.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> *Ibid.*: 2-3. Unos días después, el CSS envió la respuesta a Gobernación, como acuerdo de todo el organismo. *Ibid.*: 4.

<sup>9</sup> DICTAMEN DEL CONSEJO SUPERIOR..., 1882.

<sup>10</sup> "Resoluciones del Congreso Nacional de Higiene, 20 de septiembre de 1883", reproducidas por LICEAGA, 1949.

Un obstáculo para lograr tales objetivos era el principio de soberanía e independencia estatal que había quedado consagrado en la Constitución liberal de 1857, vigente en el porfiriato. En ella, no se consignaba precepto alguno que hablase de facultades del poder federal para ocuparse de las cuestiones higiénicas, ni del Congreso para legislar sobre asuntos sanitarios.<sup>11</sup> Relata Eduardo Liceaga en sus memorias, que en 1886 –cuando recorría Europa la cuarta pandemia de cólera– el Consejo Superior de Salubridad suplicó a las autoridades de Veracruz que cuando un buque procedente de Europa llevara enfermos de cólera o sospechosos de tener la enfermedad, enviaran a unos y otros a la isla de Sacrificios y que siguieran el plan propuesto por la corporación, que incluía la desinfección de buque y equipajes. Sin embargo, ese estado se negó apoyándose en su soberanía.<sup>12</sup>

Este es sólo uno de los muchos ejemplos de la resistencia de las autoridades sanitarias municipales y los poderes locales y regionales, a someterse al Consejo Superior de Salubridad y al poder federal. Liceaga hizo ver al presidente Díaz que cada uno de los estados de la república con puertos en el Golfo o en el Pacífico tenía su propia legislación sanitaria, la que no era uniforme. Mientras había autoridades que decidían cerrar sus puertos a los buques procedentes de puertos infestados, otras dejaban entrar a esas mismas embarcaciones. El presidente del Consejo propuso que el Poder Ejecutivo declarara que, en los asuntos que se referían a la policía sanitaria internacional, los puertos y ciudades fronterizas dependían absolutamente del Gobierno Federal. Con apoyo presidencial, el Consejo de Salubridad dictó desde entonces medidas en Veracruz, las cuales –en palabras de Liceaga– causaron un gran disgusto a las autoridades sanitarias municipales locales, por lo que se inició una lucha que duró tiempo entre esas autoridades y el Consejo de Salubridad.<sup>13</sup>

Acerca del poder creciente del Estado y en particular del Ejecutivo en materia de salud, es ilustrativo el discurso de Manuel González ante el Congreso de la Unión en abril de 1884. Dijo el general que el año anterior habían concluido las sesiones del Congreso Nacional de Higiene, y que sus trabajos pasarían pronto a la Secretaría de Gobernación, la cual en su oportunidad sometería al Congreso una iniciativa, cuyo objeto sería que se definieran ciertas bases generales en relación con

---

<sup>11</sup> GAMBOA, 1892.

<sup>12</sup> LICEAGA, 1949.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

la salubridad común, y se expidiera un Código Sanitario, que quizá era en ese momento una de las mayores necesidades.<sup>14</sup>

### **El primer Código Sanitario y su filosofía**

En el país hubo disposiciones y reglamentos de higiene desde la época colonial. Pero la codificación de estas leyes fue iniciada en la época en que Manuel Romero Rubio –quien falleció en 1895– estuvo al frente de la Secretaría de Gobernación.<sup>15</sup> En realidad, elaborar un código sanitario había sido una de las tareas encomendadas al Consejo Superior de Salubridad desde su creación en 1841. En la época de la presidencia de Ildefonso Velasco, el Consejo hizo un proyecto de código sanitario; pero a la llegada de Eduardo Liceaga a la dirección del organismo el proyecto volvió a discutirse. El doctor Liceaga consideraba que el código demandaba reformas que tomaran en consideración las leyes de otros países, y lo pusieran en consonancia con los progresos de la ciencia sanitaria, y la posibilidad de aplicarlos en México.<sup>16</sup>

En 1888, el Estado Mexicano informó que el código sanitario estaba concluido, pero se había retardado su adopción con el fin de reformarlo en algunos puntos conforme a las ideas llevadas por el doctor Liceaga de Europa a México hacía poco tiempo.<sup>17</sup> A la cabeza de los higienistas que habían concluido la redacción del código estaba el propio Liceaga; el abogado José María Gamboa se había ocupado del aspecto penal del mismo. El 30 de junio de 1889, Liceaga, a nombre del Consejo, sometió a la consideración de la Secretaría de Gobernación el proyecto de Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. Detrás de éste estaba la intención de la élite porfiriana de colocar la vida social y económica al servicio del poder político del Estado, buscando asegurar con la salud de los pobladores su capacidad para producir y, con ésta, el progreso de la nación.<sup>18</sup>

En el preámbulo al proyecto, el presidente del Consejo razonó que si se veía al hombre como hermano, su salud y su vida no tenían precio; pero que desde el punto de vista económico aquél era

---

<sup>14</sup> Díaz y González se apoyaron siempre en las leyes (GONZÁLEZ Y GONZÁLEZ, 1977), y emitieron una gran cantidad de ellas en materia de salubridad; Liceaga habla de 35 reglamentos expedidos sólo durante su gestión. Véase el anexo 1. Dichos reglamentos adquirieron existencia legal con la promulgación, en 1891, del primer Código Sanitario. Véase también GONZÁLEZ, 1884.

<sup>15</sup> Romero Rubio había sido secretario de Relaciones de Lerdo de Tejada; su incorporación al gabinete de Díaz fue parte de las alianzas entre porfiristas y lerdistas, establecidas casi desde el inicio del régimen, materializadas también en la boda de don Porfirio con su hija Carmen.

<sup>16</sup> LICEAGA (1960) mencionó en su “Preámbulo” al Código las de Inglaterra, Bélgica, Baviera, Suiza, Italia, Francia, Nueva York, Chile y Argentina, y aseguró que donde estas leyes se habían puesto en vigor, la mortalidad había descendido rápidamente.

<sup>17</sup> *Diario Oficial del Supremo Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos*, México D.F., 1 de abril de 1888, p. 1.

<sup>18</sup> Para un análisis de esta política en Europa, véase el trabajo clásico de ROSEN, 1985a.

un “fuerte valor de Estado”, y por ello se tenía la obligación de conservarle la salud, mejorar su condición física y prolongarle la vida.<sup>19</sup> Llamó la atención hacia los gastos que originaban la enfermedad y la muerte, además de los que resultaban de la pérdida de días de trabajo; analizó también a la salud como bien que una generación heredaba a la siguiente. Sobre la base de que desde el punto de vista de la patria cada ciudadano era parte de ella misma, propuso que el futuro código sanitario impusiera obligaciones a los individuos. Por otro lado, sustentando la idea de que cada palmo de terreno del país formaba parte integrante del territorio y que, por ello, la comunidad estaba obligada a defender tanto la tierra como los hombres que habitaban en ella, aseguró que la ley sanitaria tenía que incluir disposiciones referidas a la higiene pública, y extender el poder de la burocracia sanitaria a los estados.<sup>20</sup>

Con el proyecto de código, el Consejo Superior de Salubridad pretendía que los habitantes conocieran y practicaran las reglas de higiene privada, para abatir las enfermedades que provenían de la ignorancia respecto de aquélla; pero, al mismo tiempo, hacía ver la responsabilidad de la sociedad y del Estado para lograr la disminución de la mortalidad en un lugar dado. Reconocía, así, que había enfermedades provocadas por exceso de comida, pero también otras debidas a la adulteración de los alimentos o, sencillamente, a la falta de éstos; que había males que podían atribuirse al uso de bebidas alcohólicas en todas las edades, pero asimismo otros causados por la falta de agua pura; que el hombre enfermaba por abuso de placeres, pero también por exceso de trabajo y falta de descanso; que el desaseo personal era causante de padecimientos, pero, igualmente lo eran los vapores malsanos que se desprendían de las industrias, la existencia de desechos cerca de las habitaciones, y la aglomeración de los seres vivos en los talleres, los cuarteles o las escuelas.<sup>21</sup>

Sugirió proporcionar al hombre aire puro; construirle buenas habitaciones sobre un suelo seco y bien canalizado, y luego alumbrarlas; evitar que las fábricas e industrias se convirtieran en ocasiones de peligro, de insalubridad o molestia; aislar a los hombres o animales que hubiesen adquirido una enfermedad transmisible, para que no la comunicaran a los demás; cuidar la educación física de los niños, así como evitar que éstos empezaran a trabajar antes de terminar su desarrollo, o que el cultivo de su espíritu se hiciese con sacrificio de la salud de su cuerpo; y llamó, sobre todo, a combatir la invasión de enfermedades epidémicas y epizoóticas.<sup>22</sup> Para ello, era necesario que el Código rigiera en puertos y fronteras. En opinión del abogado Gamboa, en todos los asuntos que

---

<sup>19</sup> LICEAGA, 1960.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

<sup>21</sup> *Ibidem*.

<sup>22</sup> *Ibidem*.

tenían que ver con países extranjeros, debían desaparecer las entidades componentes de la federación, para que ésta pudiera representar a la soberanía nacional.<sup>23</sup>

Pero, un código sanitario que autorizaba al ejecutivo a intervenir en asuntos sanitarios que afectaban al Distrito y territorios federales, a los puertos marítimos y las fronteras, a las relaciones de la federación con el extranjero o con los estados, y a las relaciones de éstos entre sí, necesitaba la aprobación del Congreso de la Unión. El 18 de diciembre de 1890, éste expidió una ley autorizando al Ejecutivo a elaborar la legislación sanitaria. El Código fue enviado a las Cámaras el 31 de mayo de 1891, expedido el 15 de julio de ese año, y enviado para su estudio al Ejecutivo. Por fin, el 1 de agosto de 1891, comenzó a regir el primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

El Código distinguió la administración sanitaria local de la federal. En el Código de 1891, se decía que esta división obedecía a los funcionarios que la componían; en el de 1903, a si su objeto era el beneficio particular de un estado o de determinada localidad, o el interés general del país.<sup>24</sup> La administración sanitaria federal dependía del Ejecutivo Federal, y la ejercían: el ministro de Gobernación (jefe supremo del ramo), el Consejo Superior de Salubridad, las juntas de sanidad de los puertos y las poblaciones fronterizas, las autoridades y los funcionarios de orden federal con residencia en los estados y comisión especial comunicada por el secretario de Gobernación. Sus tareas eran la sanidad marítima (incluyendo lo relativo a la vigilancia en puertos y lazaretos) y la sanidad en territorios y en poblaciones fronterizas.

Pero el Código abarcaba a la organización de todos los servicios sanitarios de la república, ya que los médicos de todo el país estaban obligados a notificar a las autoridades sanitarias federales los casos de enfermedades epidémicas, a fin de que se dictasen medidas oportunas. Además, en los estados en que no había agentes sanitarios, se encargaba de ejercer la sanidad federal algún médico nombrado por el presidente de la república, o se aprovechaba, de acuerdo con la Secretaría de Guerra, los servicios profesionales del médico militar que aquella eligiera entre los que residían en el estado. En caso necesario, se nombraban agentes extraordinarios de sanidad para cualquier lugar de la república.<sup>25</sup>

Ejercían la administración sanitaria local: en los estados, los funcionarios y autoridades que determinaban las leyes particulares de cada entidad; en los territorios de la Baja California y de Tepic, los inspectores sanitarios que requirieran las necesidades, sujetos al Consejo Superior de Salubridad y a Gobernación, y subalternados respectivamente a los jefes políticos de La Paz, Todos

---

<sup>23</sup> GAMBOA, 1892.

<sup>24</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1891. CÓDIGO SANITARIO, 1902.

<sup>25</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1891.

Santos y Tepic. Dicha administración sanitaria local debía ocuparse de: servicios de aguas potables; sistemas de alcantarillado; pavimentos; limpia pública; parques y jardines; noticias sobre el movimiento de población (natalidad, mortalidad, nupcialidad); construcción de habitaciones y escuelas, desde el punto de vista de la sanidad; hospitales; control de la calidad de los alimentos; vigilancia de mercados, establos, rastros, cementerios, templos, teatros y otros lugares de reunión; leyes sobre establecimientos peligrosos, insalubres o incómodos, y medidas para proveer a la salubridad en el interior de las fábricas; disposiciones para regular la venta de las sustancias medicinales; reglamentos para impedir la propagación de las enfermedades transmisibles; vacunación; y medidas para el control de las epizootias.

El Código estableció penas monetarias o de privación de la libertad para los individuos que cometieran faltas contra la salud pública, así como procedimientos que facultaban a los funcionarios de sanidad a proceder a la detención preventiva de estas personas o a penetrar en las habitaciones, fábricas y establecimientos mercantiles.<sup>26</sup> Aunque los pobres no leyeran el *Diario Oficial*, veían pronto los efectos de las leyes sanitarias. Este nuevo poder médico profundizó los debates sobre los límites entre la sociedad civil y el Estado, particularmente entre el Estado y la familia, que se daban en México desde el triunfo de los liberales.<sup>27</sup> Cuando el Código llevaba ocho meses de vigencia, hubo un decreto gubernamental que concedió indulto a las penas en que los pobladores habían incurrido por infracción al Código Sanitario, desde el 1 de agosto de 1891 hasta el 31 de marzo de 1892. Es decir, una cosa eran las leyes, y otra lo factible, lo práctico, lo hacedero.

Sin embargo, esta situación cambió paulatinamente. A partir de varias fuentes, pero sobre todo de las actas de sesiones del Consejo Superior de Salubridad, creo poder afirmar que los reglamentos eran severos, y que, en general y de manera creciente, lo fue también su aplicación.<sup>28</sup> Una de las excusas que empezaron a presentar muchos comerciantes cuando se les imponía una multa como castigo a las infracciones cometidas contra la legislación sanitaria (por ejemplo, la adulteración de la leche), fue la de culpar de la adulteración a los dependientes. Pero las autoridades sanitarias decidieron que en las lecherías, carnicerías, pulquerías, expendios de legumbres y de todo género de comestibles y bebestibles, habría un solo responsable: el propietario.<sup>29</sup>

Varios particulares interponían demandas de amparo contra actos del Consejo, como la imposición de dichas multas. La Suprema Corte de Justicia de la Nación pedía entonces informes al

---

<sup>26</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1891.

<sup>27</sup> SPECKMAN GUERRA, 2002.

<sup>28</sup> Aquí me distancio de la tesis de AGOSTONI (2003), en el sentido de que el Código Sanitario raramente se aplicaba.

<sup>29</sup> "Las infracciones al Código Sanitario", *Boletín Oficial del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal*, México D.F., vol. XIV, núm. 22, 18 de marzo de 1910, pp. 337.

Consejo Superior de Salubridad, el cual especificaba los artículos del Código Sanitario que habían sido violados en cada caso particular, así como las penas estipuladas en dicha ley, después de lo cual la Corte solía confirmar la pena. No era raro que los particulares solicitaran una disminución de la misma (que no siempre era concedida) o que desistieran de su juicio de amparo.<sup>30</sup>

### **El poder centralizador**

En su Preámbulo al Código Sanitario, Liceaga se había referido a las codificaciones sanitarias de las repúblicas de Chile y Argentina, como modelos de leyes que habían investido a las autoridades encargadas de la salud de facultades ejecutivas.<sup>31</sup> El Código de 91 trató de conciliar los intereses sanitarios de la nación con las leyes y disposiciones de los estados y, sobre todo, con la Constitución de 1857. Pero aun para imponerlo en los puertos y fronteras, el Consejo tuvo que vencer la resistencia de los gobernantes, y de los médicos y pobladores de los estados, como se ve en los siguientes ejemplos:

En 1892, el vapor *Orizaba* partió hacia el puerto de Campeche en un momento en que se había reportado que en la estación sanitaria de Nueva York había varios barcos con casos de cólera. A pesar de que el *Orizaba* no había estado en comunicación con ningún buque infestado ni se habían reportado casos de cólera en la ciudad de Nueva York, la Junta de Sanidad de Campeche resolvió que el *Orizaba* no entrara a su puerto porque así se lo suplicaron el cuerpo de magistrados y un gran número de ciudadanos. Como Domingo Orvañanos reportó en una reunión internacional, este rechazo se oponía al Código Sanitario mexicano de 1891, de acuerdo con el cual era el presidente de la República y no las autoridades sanitarias de los estados, quien tenía poder de decisión sobre las cuarentenas (y el presidente actuaba siempre de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Superior de Salubridad).<sup>32</sup>

También un año después de haberse expedido el Código, el delegado del Consejo en el puerto de Veracruz comunicó al organismo que no era posible ni aproximar el número de enfermos, porque eran muchos los que se curaban sin facultativo, y porque los médicos se negaban a dar datos de su consulta privada. “No me creo facultado –decía– para exigir el cumplimiento de los artículos del Código Sanitario, por estar sólo vigente en la jurisdicción de la federación, y no en la del estado,

---

<sup>30</sup> Véase, por ejemplo, DE LA SUPREMA CORTE..., 1901.

<sup>31</sup> LICEAGA, 1960.

<sup>32</sup> ORVAÑANOS, 1894.



que no la ha aceptado". Pidió, eso sí, tarjetas postales para los médicos que desearan declarar las enfermedades.<sup>33</sup>

Lo que ocurría, es que aunque el Código Sanitario hubiese sido puesto en vigor, y decretado que el gobierno federal tenía poder para intervenir en puertos y fronteras, la Constitución Política del país estipulaba –como antes he señalado– el derecho de cada estado para decidir sobre sus asuntos sanitarios, y la Constitución Política tenía, lógicamente, más jerarquía que el Código Sanitario.

Las contradicciones aumentaron con el tiempo, pues el Consejo Superior de Salubridad buscaba ampliar su jurisdicción a todo el país. Desde el primer Código Sanitario, se estableció que los servicios sanitarios de la república Mexicana dependerían del Ejecutivo Federal, el cual tenía poder para nombrar y remover libremente a los funcionarios y agentes sanitarios federales o locales del Distrito Federal y los territorios. Se dio a los jefes de puerto y a los celadores de las aduanas en los puertos de cabotaje, el papel de auxiliares de la administración sanitaria federal, y al Gobierno del Distrito, las prefecturas de los distritos foráneos y las jefaturas políticas de los territorios, el mismo papel en el orden local.<sup>34</sup>

Pero si en este código aún había una gran descentralización, poco a poco fue avanzando en todo el país la intervención del gobierno federal. Liceaga consideraba que las leyes sanitarias debían ser aplicadas en cada ciudad y pueblo, grande o pequeño, y tanto a ricos como a pobres. Estaba seguro de que los beneficios de la higiene serían extraordinarios cuando pudieran extenderse a todos. Sostenía, por ello, que sus reglas debían ser establecidas de manera clara y razonable, además de ser de fácil ejecución y poco costosas.<sup>35</sup>

Que el gobierno central asumiera responsabilidades en materia sanitaria que anteriormente tocaban a los municipios, no fue aceptado de inmediato ni sin contratiempos. La actividad sanitaria emanada del gobierno central era cuestionada, y muchas veces las leyes que la sostenían no se cumplían. Durante mucho tiempo, los municipios y las prefecturas siguieron realizando la mayor parte de las acciones sanitarias porque tenían el control directo de la población.<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 3, exp. 3, f. 18v-19, 1892.

<sup>34</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1891.

<sup>35</sup> LICEAGA, 1894a.

<sup>36</sup> En general, las reformas liberales de la segunda mitad del siglo XIX habían implicado el desconocimiento de la personalidad jurídica de las comunidades rurales y de los municipios; también, la abolición de las alcabalas y, por tanto, de los ingresos más sólidos de éstos. Hubo, por ello, violentos enfrentamientos entre el poder local y regional de caudillos y caciques, y el gobierno federal, el cual buscaba la integración nacional. MORENO CUETO *et al.*, 1982.

Un nuevo código comenzó a regir el 15 de octubre de 1894, y estuvo en vigor hasta el 14 de enero de 1903;<sup>37</sup> y otro estuvo en vigor de esa fecha hasta finales del porfiriato (de hecho, hasta 1926).<sup>38</sup> Las reformas del Código de 1894 tuvieron que ver en primer lugar con la supresión de artículos cuyos preceptos, por caber dentro de las facultades ordinarias del Ejecutivo, se amoldaban mejor –a decir del propio presidente– a disposiciones reglamentarias mudables a medida que cambiaban las prescripciones de la higiene; y en segundo lugar, al establecimiento en puertos y fronteras de delegados sanitarios independientes de la autoridad local y sujetos exclusivamente al Consejo Superior de Salubridad y, en última instancia, a la Secretaría de Gobernación.<sup>39</sup>

En realidad, aunque aún no se les llamaba delegados, ya el primer Código Sanitario había establecido que en los puertos, las juntas de sanidad se compondrían de un médico, nombrado por el Ministerio de Gobernación a propuesta del Consejo, que fungiría como presidente de las mismas, el capitán del puerto y otras personas nombradas por ayuntamientos, gobernadores o jefes políticos. La diferencia radicó en que los nuevos delegados eran independientes de estas juntas; pero, al mismo tiempo, no tenían derecho a interferir en ellas ni en los asuntos sanitarios de las poblaciones.<sup>40</sup>

Liceaga hacía ver en foros internacionales que México tenía una política nacional e internacional en salud, pues además del Código Sanitario, había un Reglamento de Sanidad Marítima y una Ley de Inmigración que tenían aplicación en todo el país, y había firmado la Convención Sanitaria Internacional de Washington.<sup>41</sup>

### **Sanidad marítima**

En las conferencias sanitarias europeas se mencionaba a las disposiciones de sanidad marítima como progresos científicos, cuya finalidad era conciliar las facilidades del tráfico con la protección de las naciones frente a las enfermedades epidémicas. En el país, el Reglamento de Sanidad Marítima fue expedido el 14 de septiembre de 1894, y se le consideró complemento del Código Sanitario.<sup>42</sup> Dicho reglamento se ocupaba de las medidas de seguridad de la tripulación y el pasaje de los barcos, desde la potabilidad del agua hasta la calidad de los alimentos.<sup>43</sup> Los principios que sirvieron de base a la

---

<sup>37</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1894. Que tuvo reformas menores en marzo de 1902.

<sup>38</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1902. Este último código fue publicado en partes en el *Diario Oficial*, a finales de 1902, pero a veces se le encuentra como Código Sanitario de 1903, porque a partir de ese año que fue puesto en vigor.

<sup>39</sup> DÍAZ, 1894. CÓDIGO SANITARIO, 1894.

<sup>40</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1891.

<sup>41</sup> Respecto de esta última, véase el capítulo “Imperialismo y sanidad: internacionalización de la salud pública”.

<sup>42</sup> DÍAZ, 1894.

<sup>43</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960.

elaboración del Reglamento de Sanidad Marítima, fueron los recursos de los higienistas para prevenir la invasión y la propagación de las enfermedades infecciosas: aislamiento de los enfermos en hospitales especiales, desinfección para destruir los gérmenes de las enfermedades infecciosas, y cuarentena como medio de aislar a los pasajeros y buques contaminados. El avance, frente a las cuarentenas del pasado, era que los días de aislamiento disminuían al mínimo necesario.<sup>44</sup>

Este Reglamento –que al disminuir los días de cuarentena, facilitaba el libre paso de las personas y de las mercancías– había sido adaptado de las resoluciones de la Convención Sanitaria Internacional, reunida en Venecia en 1892 y aceptada por México siete meses más tarde.<sup>45</sup> Con las resoluciones adoptadas en esta conferencia, en abril de 1893 se firmó una Convención<sup>46</sup> en Dresden. Las autoridades mexicanas se dedicaron a ajustar sus leyes a las resoluciones de la conferencia, para ponerse en consonancia con las naciones europeas con las que México mantenía relaciones comerciales, y para lograr uniformar su reglamento de sanidad marítima con el de otras naciones. Los reportes tenían la forma de certificados, e incluían información respecto del estado de los buques, la tripulación y los pasajeros.<sup>47</sup> De acuerdo con José María Gamboa, la Convención de Dresden fue convertida en ley en México antes que en ningún otro país del mundo.<sup>48</sup>

Todo buque que llegaba a un puerto mexicano debía ser visitado y reconocido, sin cuyo requisito no se les daba libre plática (paso), ni se les permitía dejar en tierra persona alguna ni parte del cargamento. La visita se hacía inmediatamente, incluso a los buques de guerra, de sol a sol, y aun de noche en los casos urgentes como naufragios o arribadas forzosas. Los barcos que salían de México al extranjero llevaban un médico legalmente titulado que era responsable de la sanidad del buque, y que tenía como tarea tomar todas las medidas higiénicas necesarias a fin de que al llegar a su punto de destino su patente pudiera considerarse limpia.

Las cuarentenas marítimas eran de oportunidad cuando se trataba de cólera asiático, de fiebre amarilla o de otra enfermedad calificada de alarmante por el Ejecutivo, previo informe del Consejo. De acuerdo con la inminencia del peligro, podían ser “de rigor” o “de simple observación”. Las primeras se purgaban en los puertos en que había lazaretos, a donde se llevaba a pasajeros y tripulantes, y se descargaban y desinfectaban mercancías y equipajes. En las segundas, se impedía la

---

<sup>44</sup> LICEAGA, 1894c.

<sup>45</sup> Por una circular de 1 de septiembre, en que el país se comprometía a respetar esas medidas.

<sup>46</sup> En esa época, se daba el nombre de Convención Sanitaria, tanto a las reuniones en que diversos países discutían acerca de medidas de salud pública internacional, como a las resoluciones que éstos signaban.

<sup>47</sup> LICEAGA, 1894c.

<sup>48</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 5, exp. 5, 176 f., 1904.

libre comunicación por un lapso que duraba lo mismo que el periodo de incubación de la enfermedad,<sup>49</sup> y se hacía desinfección si era necesario.<sup>50</sup>

### **Ley de Inmigración**

Durante el porfiriato, se promovió la colonización del territorio; el Estado porfiriano pensó en poblar con extranjeros. José G. Lobato –médico militar que estuvo siempre al servicio del Partido Liberal y de la república, y fue catedrático de higiene de la Escuela Nacional de Medicina–, expuso en 1874 la necesidad de estudiar la climatología médica, con miras a la colonización del país (al que consideraba virgen, fértil, rico y despoblado).<sup>51</sup>

A partir de ideas racistas, como que la “raza” blanca era más civilizada, y las “razas” indígenas tenían una propensión natural a la extinción o, en todo caso, necesitaban ser mejoradas,<sup>52</sup> el Estado mexicano favoreció la inmigración europea para la colonización de determinadas regiones del territorio mexicano, y trató de limitar la asiática, que a pesar de ello fue la mayoritaria.<sup>53</sup> Aunque en general se tuvo cuidado en que los inmigrantes no introdujesen al país enfermedades contagiosas, hubo una mayor discriminación contra los chinos, sirios y asiáticos en general, quienes también eran considerados inferiores. Las autoridades sanitarias mexicanas enviaron incluso un representante a Hong Kong para inspeccionar a los japoneses y chinos que se embarcaban con destino a México.<sup>54</sup> En todo caso, exigían a las compañías que los trasportaban que los inmigrantes llegaran sanos.<sup>55</sup>

A principios de los años ochenta, la Secretaría de Gobernación buscaba limitar el desarrollo de la viruela entre los inmigrantes; por ello, impulsó medidas de vacunación cuando no estaban vacunados, y de control de los buques en que éstos llegaban, de modo que respetaran el Reglamento de Sanidad Marítima. Se esperaba que esto ayudara también a evitar la propagación de otras enfermedades.<sup>56</sup> Con no poca frecuencia, familias de inmigrantes europeos llegaban enfermas de algún padecimiento transmisible; las autoridades sanitarias mexicanas las aislaban y trataban hasta su

---

<sup>49</sup> Intervalo que transcurre entre la exposición o el contacto inicial con un agente infeccioso, y la aparición de síntomas de la enfermedad que éste causa.

<sup>50</sup> LICEAGA, 1894c. Una mayor discusión de este tema aparece en el capítulo “Detener al enemigo: salubridad en puertos y fronteras”.

<sup>51</sup> Citado por MEINERS HUEBNER, 1990.

<sup>52</sup> GAYÓN, 1891.

<sup>53</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>54</sup> Véase el capítulo “Detener al enemigo: salubridad en territorios, puertos y fronteras”.

<sup>55</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 8, exp. 1, 5 f., 1907-1908.

<sup>56</sup> AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 2, exp. 9, 9 f., 1882.

curación. luego de lo cual les permitían establecerse en el país.<sup>57</sup> Por ejemplo, cuando en 1882 llegaron al país 1,500 colonos italianos entre los que se había desarrollado una epidemia de sarampión. con muchos casos graves y algunos fallecidos en la travesía, las autoridades sanitarias federales separaron a enfermos de sanos, promovieron la higiene entre ellos, desinfectaron sus ropas y equipajes, y los colocaron en departamentos espaciosos y bien aireados, donde les proporcionaron buena alimentación y vigilancia médica.<sup>58</sup> En cambio, obligaron a reembarcarse a cientos de chinos siempre que éstos llegaron enfermos de tracoma (enfermedad que afecta a los ojos) u otras enfermedades transmisibles. La inspección de los ojos de los inmigrantes se hacía de manera especialmente cuidadosa en el puerto de Salina Cruz, Oaxaca, por donde los inmigrantes chinos solían llegar, a pesar de que los casos de tracoma se observaban tanto en europeos, como en americanos o asiáticos, y lo mismo entre criollos que en indígenas “de raza pura”.<sup>59</sup>

El 22 de diciembre de 1908, se expidió en México una Ley de Inmigración, que también se aplicaba a los extranjeros que visitaban el país de manera temporal. Por esta ley, se prohibió a los inmigrantes ingresar a México, excepto por puertos de altura y por puestos fronterizos habilitados para el comercio internacional, es decir con aduana fronteriza, donde eran sometidos a un reconocimiento para determinar si podían ser admitidos. En cada uno de estos lugares se estableció un Consejo de inmigración.

No se permitía el ingreso a los extranjeros que estaban enfermos de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, meningitis cerebro-espinal, fiebre tifoidea, tifo exantemático, erisipela, sarampión, escarlatina, viruela, difteria u otra enfermedad aguda que se considerara trasmisible en virtud de declaración del Ejecutivo [*sic*]. En caso de que se aceptara su desembarco porque había lazareto en el que podían ser atendidos, los inmigrantes o las compañías que los habían conducido debían depositar una cantidad para gastos de asistencia y curación, generalmente un peso por cada día de acuerdo con la siguiente tabla: cólera y fiebre amarilla, 10 días; difteria, erisipela, meningitis y sarampión, 15 días; fiebre tifoidea, tifo exantemático y viruela, 21 días; peste bubónica, 30 días; escarlatina, 40 días.

En caso de mexicanos insolventes, los gastos corrían a cargo de la administración pública. Se prohibió la entrada de inmigrantes con enfermedades crónicas como tuberculosis, lepra, beri-beri, tracoma, sarna “egipcia”, o cualquier otra enfermedad crónica considerada trasmisible. Asimismo,

---

<sup>57</sup> AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 2, exp. 12, 10 f., 1882.

<sup>58</sup> COMISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, 1882c.

<sup>59</sup> RAMOS, 1908. En Italia, por ejemplo, el tracoma era endémico. CUETO, 2004. Véase el capítulo: “Detener al enemigo: salubridad en territorios, puertos y fronteras”.

se prohibió la entrada de “epilépticos, enajenados mentales, ancianos, raquíticos, deformes, cojos, mancos, jorobados, paralíticos, ciegos o de otro modo lisiados o con cualquier defecto físico o mental que pudiera ser carga para la sociedad”. Tanto en el caso de los enfermos crónicos como en el de las personas viejas o lisiadas era posible que el Ejecutivo les permitiera entrar y permanecer en el país, si demostraban que podían vivir a sus expensas sin representar una carga para la sociedad. Las prostitutas también tenían vedada la entrada al país. Había restricciones, no ligadas a la higiene, para los anarquistas o los menores de 16 años que no venían acompañados de sus padres.

Cuando un buque llegaba con pasajeros que habían de desembarcar en la república, el comandante del mismo presentaba al inspector de migración una lista de todos los pasajeros, que especificaba su sexo, edad, estado civil, nacionalidad, raza, ocupación y grado de instrucción. En esa misma lista, se anotaba qué pasajeros venían enfermos y cuál era su enfermedad. Después de esto, todos los pasajeros eran sometidos a un reconocimiento médico, para averiguar si entre ellos había enfermos o personas con defectos físicos “que motivaran su expulsión”.

Las compañías navieras y de inmigración eran responsables de las violaciones a esa ley, cometidas por sus empleados o agentes. Los comandantes o médicos de buques que dejaban de hacer constar el verdadero estado de algún pasajero, eran castigados con una pena de 100 a 500 pesos de multa. Si los extranjeros no llenaban los requisitos para ser admitidos en el país, se les reembarcaba en el mismo buque en el que habían llegado, o si éste había ya salido, en el buque de la misma empresa cuya salida estuviese más próxima. Antes de ser reembarcados, debían permanecer bajo custodia en la estación sanitaria o en otro lugar designado por el inspector de inmigración, por cuenta de la empresa que los había transportado a la república. En los casos en que el comandante de un buque se negaba a cumplir una orden para el reembarque de pasajeros, su buque no era despachado, además de que se le imponía una multa.

Se consideraba inmigrantes-trabajadores a los que llegaban al país para realizar un trabajo corporal, y a sus familias. Las empresas navieras cuyos buques llevaran a México a más de diez inmigrantes-trabajadores en cada uno de sus viajes, estaban obligadas a dotar a sus buques de aparatos para su desinfección; llevar siempre un médico a bordo; tener en los puertos hacia los que conducían a trabajadores –si el gobierno no tenía establecimientos sanitarios con capacidad suficiente– estaciones destinadas al aislamiento y observación de aquéllos, así como a la asistencia de los que resultaran enfermos; atender y mantener por su cuenta a los inmigrantes que habían transportado; conducir de regreso en sus buques y por su cuenta a los inmigrantes que no eran

admitidos. Estos inmigrantes sólo podían llegar por Tampico y Veracruz, en el golfo de México, y por Guaymas, Manzanillo, Mazatlán y Salina Cruz, en el Pacífico.<sup>60</sup>

Si un buque llevaba más inmigrantes de los que podía contener la estación sanitaria del gobierno o de la empresa, sólo se autorizaba el desembarque de los que cabían en éstas; los demás sufrían su reconocimiento y, en su caso, el periodo de observación o curación a bordo del buque. Cuando algún buque traía cantidades considerables de inmigrantes-trabajadores contratados para el servicio de empresas mineras, industriales o agrícolas, se llegaba a permitir el desembarco de éstos en puertos no autorizados para la entrada ordinaria de inmigrantes. Los inmigrantes-trabajadores podían ser sometidos a un periodo de observación de hasta diez días, cuando había entre ellos individuos enfermos o sospechosos de alguna enfermedad trasmisible, o los había habido durante la travesía. Los inmigrantes que no estaban vacunados, lo eran en la estación sanitaria. Las estaciones sanitarias de las empresas de inmigración así como el personal que servía en ellas, estaban a las órdenes y bajo la vigilancia del delegado sanitario del puerto.

La entrada de pasajeros por vía terrestre quedó sujeta también a leyes. Agentes sanitarios hacían el reconocimiento de los pasajeros a bordo de los trenes de ferrocarril. Los trenes que llevaban exclusivamente inmigrantes-trabajadores o más de treinta de éstos, eran detenidos a su entrada al territorio nacional, con el objeto de reconocerlos. Los extranjeros que padecían alguna enfermedad trasmisible eran excluidos, y los sospechosos, obligados a permanecer en un lugar de observación. Había horarios y lugares para la entrada de pasajeros que llegaban por otros medios de transporte. Se imponían multas y arresto a los conductores, maquinistas o cocheros que les permitían la entrada por otros lugares u horas. También se castigaba a los pasajeros.

Todo lo relativo a la inmigración dependía de la Secretaría de Gobernación, la cual contaba con inspectores agentes auxiliares y consejos de inmigración. En los lugares en que no había inspectores, los delegados sanitarios desempeñaban las funciones de aquéllos (admisión, exclusión y expulsión).<sup>61</sup> Se derogaron, a partir de la promulgación de esta ley, el artículo 49 del Código Sanitario y cualesquiera disposiciones que se oponían a ella. Comenzó a regir el primero de marzo de 1909.<sup>62</sup>

Álvarez Amézquita y colaboradores han señalado lo drástico que era impedir la entrada de inmigrantes discapacitados pero que podían vivir de su trabajo, y a otros con enfermedades

---

<sup>60</sup> LEY DE INMIGRACIÓN, 1910.

<sup>61</sup> REGLAMENTO DEL SERVICIO DE INSPECCIÓN..., 1910.

<sup>62</sup> LICEAGA y MONJARÁS, 1910a.

carenciales como el beri-beri, o con padecimientos susceptibles de curación.<sup>63</sup> Las leyes mexicanas preveían desde el momento en que los cónsules mexicanos en el extranjero tenían noticias de la aparición de una enfermedad hasta aquél en que un buque infestado se presentaba en puertos del país.

### **Legislación y guerra a las enfermedades**

Los códigos sanitarios, el Reglamento de Sanidad Marítima y la Ley de Inmigración puestos en vigor durante el gobierno de Díaz, fueron muestra del crecimiento del papel y del peso del Estado en todos los aspectos de la vida social. Si bien la máxima ley sanitaria no se aplicó en toda la república, su acción se extendió a los territorios, las fronteras y los puertos. Las zonas donde se impuso el Código eran las mismas en que los Estados Unidos y los países europeos habían invertido en obras de infraestructura, y para cuyo saneamiento hacían también préstamos.

En reuniones internacionales de la época, médicos, abogados y políticos se preguntaban hasta dónde podían los Estados controlar y ejercer coerción sobre sus ciudadanos.<sup>64</sup> El canadiense Peter H. Bryce reconocería en 1918 que el Código Sanitario mexicano había sido un estímulo para que el Comité de Legislación Nacional de la Asociación Americana de Salud Pública se hubiera manifestado fuertemente a favor de la instauración de un código sanitario en los Estados Unidos.<sup>65</sup>

Las reformas a la constitución de 1857 en materia de salubridad general de la república sustrajeron, como muchas otras, facultades a los individuos y a los estados para otorgárselas a la profesión médica y a la federación.<sup>66</sup> Quizá la más radical en este sentido haya sido la hecha al artículo 11 que estipulaba en su inciso primero: “Todo hombre tiene derecho a entrar y salir de la república, viajar por su territorio y mudar de residencia sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto u otro requisito semejante”. El 12 de noviembre de 1908, el Consejo Superior de Salubridad solicitó al Congreso de la Unión que se mantuviera con esa redacción, pero agregando el siguiente texto: “con las limitaciones y requisitos que fijarán las leyes de inmigración y salubridad pública”. Los diputados fueron más allá de lo que el organismo solicitaba, y sustituyeron la frase “salubridad pública” por la de “salubridad general de la república”, para dejar a los estados

---

<sup>63</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960.

<sup>64</sup> SLACK, 1992.

<sup>65</sup> BRYCE, 1918.

<sup>66</sup> Si bien los Códigos Sanitarios daban a los ayuntamientos que no estaban de acuerdo con las decisiones del Consejo de Salubridad, la posibilidad de acudir al ministro de Gobernación, quien debía resolver el asunto.



su facultad de legislar en lo que atañía a la salubridad local, pero autorizando al Ejecutivo Federal para expedir leyes concernientes a la salud pública nacional e internacional.<sup>67</sup>

La burocracia sanitaria porfiriana siguió sosteniendo hasta el final de la dictadura que debía existir subordinación al centro, en lo que atañía a toda la nación, y que cada individuo o estado debía sacrificar un poco de su propia libertad en beneficio de todos. Al tiempo que consagraba sus energías a crear un organismo de sanidad con autoridad en toda la república,<sup>68</sup> luchaba por la promulgación de una ley sanitaria de observancia obligatoria también en todo el país. Hubo oposición a esta política; pero durante el porfiriato habría de darse la consolidación del Estado, con preeminencia del poder Ejecutivo sobre el Legislativo, y del gobierno federal sobre los estatales;<sup>69</sup> lo que se reflejó también en la sanidad. De hecho, varios estados delegarían después voluntariamente su soberanía en el Ejecutivo Federal.<sup>70</sup>

Por otro lado, el reglamentarismo sanitario propició el surgimiento de un nuevo orden médico, y dio a los facultativos lo que, para el caso de los Estados Unidos, Starr describe como "privilegio social, poderío económico e influencia política".<sup>71</sup> En 1913, en plena revolución, una comisión nombrada por los médicos Eduardo Liceaga y Nicolás Ramírez de Arellano, el ingeniero Miguel A. Quevedo y el abogado Rafael Ortega, estudiaban modificaciones a la ley sanitaria, que dieran aún más poder a la profesión médica y al gobierno federal.<sup>72</sup> Al defender la necesidad del Código Sanitario más de veinte años antes, Liceaga había esgrimido el argumento de que los puertos y fronteras no pertenecían al estado en donde se encontraban sino a la federación, y si ésta respondía ante el ataque militar de un enemigo extranjero, con mayor razón debía hacerlo ante las epidemias, que eran calamidades permanentes y causaban más muertos que los conflictos bélicos.<sup>73</sup>

Quizá por eso, como sucedía en otros lugares del mundo y numerosos autores han señalado, las medidas de salud pública eran equiparadas con las acciones de guerra. En la primera reunión de la Asociación Americana de Salud Pública realizada en México, su presidente se refirió a la organización como "la avanzada de un ejército de sanitaristas".<sup>74</sup> En 1906, Manuel Godoy Álvarez

---

<sup>67</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960.

<sup>68</sup> Véase el capítulo "Búsqueda de una organización nacional de salud: el Consejo Superior de Salubridad".

<sup>69</sup> SAN JUAN VICTORIA y VELÁZQUEZ RAMÍREZ 1988.

<sup>70</sup> Véase el capítulo "Autonomía local y coordinación nacional: autoridades sanitarias de los estados".

<sup>71</sup> STARR, 1991: 19.

<sup>72</sup> LICEAGA, 1949. Lo cual no se realizó.

<sup>73</sup> LICEAGA, 1960.

<sup>74</sup> FORMENTO, 1894: 6.

habló de la necesidad de “reprimir” a la tuberculosis.<sup>75</sup> Ese mismo año, el órgano del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal describió a la enfermedad, como “terrible mal” que estaba generalizado, por más que las autoridades sanitarias le habían declarado “una guerra sin cuartel”.<sup>76</sup> Y ahí mismo se dijo en vísperas de la revolución que contra la tuberculosis seguía “emprendiendo el Consejo de Salubridad una verdadera batalla campal”.<sup>77</sup>

Ricardo E. Cicero describió a la sífilis como “enemigo terrible al que importa a toda costa sojuzgar”,<sup>78</sup> y propuso organizar la estadística relativa a este padecimiento, “que dé clara idea de las fuerzas con que cuenta el enemigo y [...] la cuantía en que merman sucumbiendo a los ataques que se les dirigen”.<sup>79</sup> Reconocía que la sífilis no era la única enfermedad venérea, pero sí la principal; a las otras había que tomarlas en cuenta, del mismo modo que en la guerra entre naciones se consideraba a los aliados del enemigo.<sup>80</sup> Por su parte, Jesús González Urueña incitó a la Academia Nacional de Medicina a “promover una cruzada” contra la sífilis.<sup>81</sup> También a una cruzada llamó Manuel Iglesias, pero contra la fiebre amarilla.<sup>82</sup> Decía el delegado del Consejo Superior de Salubridad en Manzanillo con respecto a su petición de construcción de un lazareto y de subsidio de 80 pesos mensuales para el saneamiento del puerto: “Insisto porque, ¿un soldado no ha de insistir [...] en que le den armas para combatir y defenderse cuando libra campaña?”<sup>83</sup>

La fiebre amarilla, la peste, el cólera... eran el enemigo, y a ese enemigo había que pararlo en primer lugar en puertos y fronteras.

---

<sup>75</sup> GODOY ÁLVAREZ, 1906: 290.

<sup>76</sup> *Boletín Oficial del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal*, México, 19 de enero de 1906, pp. 81-82.

<sup>77</sup> *Boletín Oficial del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal*, México D.F., vol. XIV, núm. 9, 1 de febrero de 1910, p. 129-130: 130.

<sup>78</sup> CICERO, 1908: 296.

<sup>79</sup> *Ibid.*: 307.

<sup>80</sup> *Ibidem.*

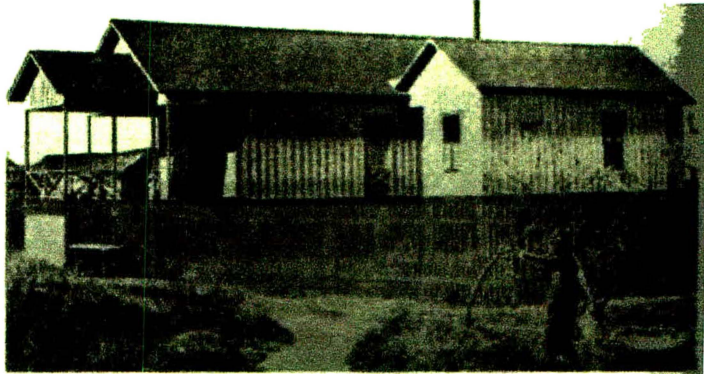
<sup>81</sup> GONZÁLEZ URUEÑA: 1908: 313.

<sup>82</sup> IGLESIAS, 1907.

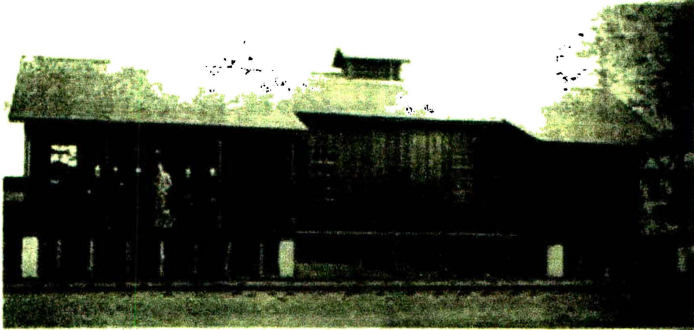
<sup>83</sup> “Carta de Francisco Romero a Eduardo Liceaga, Manzanillo, 19 de febrero de 1905” AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 6, exp. 3, f. 43v.

### Capítulo III

## Detener al enemigo: salubridad en territorios, puertos y fronteras



Edificio de la escuela de desinfección Ciudad Porfirio Díaz, Coahuila



Edificio de la escuela de desinfección Nogales, Sonora



Edificio de la escuela de desinfección Ciudad Juárez, Chihuahua

**Edificios de la estufa de desinfección en Ciudad Porfirio Díaz, Nogales y Ciudad Juárez.**

## **Cuarentenas y autonomía local**

En mayo de 1882, sufría cuarentena en Veracruz el vapor francés “Ville de Bordeaux”, que había llegado a ese puerto con pasajeros con viruela negra.<sup>1</sup> Dicha cuarentena no había sido decidida por el gobierno federal sino por el del estado, ya que antes de la promulgación del Código Sanitario, eran las autoridades sanitarias locales las que decidían cuándo y durante cuánto tiempo imponer una cuarentena.<sup>2</sup>

Al año siguiente, la Junta de Sanidad de Campeche acordó que las embarcaciones nacionales o extranjeras procedentes de puertos en los que había viruela y cuya travesía hubiera durado menos de quince días, debían quedar en observación hasta cumplir ese tiempo. De encontrarse una persona atacada de dicha enfermedad, se le sometería a rigurosa observación, hasta que la Junta de Sanidad determinase lo conveniente.<sup>3</sup>

En ocasiones, la decisión se tomaba con base en los temores populares. Este fue el caso del bergantín goleta austrohúngaro “Rivers”, al que la Junta Superior de Sanidad de Campeche no permitió desembarcar, debido a la alarma de los ciudadanos. La embarcación había llegado procedente de Marsella con patente sucia, pues en el puerto había entonces cólera asiático.<sup>4</sup> Con frecuencia, era la prensa política la que levantaba la voz para solicitar la imposición de cuarentenas a los buques que llegaban a puertos mexicanos con enfermos o procedentes de países donde se desarrollaba en ese momento determinada epidemia.<sup>5</sup>

Algunos puertos contaban con reglamentos de policía interior. El de Isla del Carmen establecía que toda embarcación que fondeara en el puerto recibiría una visita de sanidad. Todo capitán extranjero o nacional informaría al práctico si había motivo de cuarentena. Si lo había, los interesados pagarían la manutención del práctico y su gente durante el tiempo de ésta. Los buques puestos en cuarentena serían estrictamente custodiados, a fin de que no la quebrantasen, y tendrían la obligación de tener la bandera de su nación izada, como señal de que nadie debía tener comunicación con esa embarcación, bajo la multa de cinco a cien pesos.<sup>6</sup>

El reglamento de policía interior del puerto de Alvarado mandaba que todo buque que llegara con patente sucia, se hiciera a la vela en el acto, y que el práctico lo llevara al lugar nombrado el Hospital, detrás de Punta Morena, donde permanecería con él hasta que cumpliera su observación o

---

<sup>1</sup> *La Unión Yucateca. Periódico del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 31 de mayo de 1882, p. 3.

<sup>2</sup> Véase el capítulo “Reglamentarismo en zonas estratégicas: la legislación sanitaria”.

<sup>3</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 13 de julio de 1883, p. 3.

<sup>4</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 18 de noviembre de 1884, p. 2.

<sup>5</sup> *La Unión Yucateca. Periódico del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 24 de marzo de 1882, p. 4.

<sup>6</sup> DUBLAN y LOZANO, 1886, XIV: 199-201.

cuarentena.<sup>7</sup> Pero, además de que esas leyes no eran uniformes en el país, no existían lazaretos en los cuales albergar a los tripulantes y pasajeros en cuarentena.

Al recibir la invitación para asistir a la V Conferencia Internacional Sanitaria, que se realizaría en Washington en 1881,<sup>8</sup> el gobierno mexicano envió al puerto de Veracruz al médico Ignacio Alvarado, y a Pedro G. Senties –ingeniero sanitario nombrado por el Ministerio de Fomento, Colonización, Industria y Comercio–, para elegir el lugar donde comenzaría a erigirse un lazareto, el cual –decían– era absolutamente indispensable para hacer efectivas las medidas sanitarias que habrían de tomarse a partir de dicha Conferencia.

Buscaban que el lazareto no resultara costoso, que no estuviera ni cerca ni lejos de la ciudad, y que tuviese capacidad para albergar a personas de hasta dos buques consecutivos: ochenta pasajeros de primera clase y ochenta de segunda, además de un número de enfermos incomunicados. Los pasajeros de primera clase tendrían dormitorios particulares y para familias, locutorio (donde podrían reunirse con otros pasajeros) y comedor, comunes, baños y cocinas; los de segunda dormirían en salones, y tendrían locutorio y comedor. En el caso de los enfermos incomunicados habría piezas aisladas para distinguidos, y salones suficientes para contener hasta veinte enfermos; unos salones se destinarían para los enfermos de fiebre amarilla, y otros para los atacados de cólera o difteria. También se necesitaría espacio para las mercancías y para un establo. Propusieron que, de aprobarse el proyecto –lo que más tarde Gobernación hizo–, se iniciara su construcción una vez que los delegados a la Conferencia de Washington hubieran visto los lazaretos de Nueva Orleans y Nueva York, para aprovechar los últimos adelantos en esa materia.<sup>9</sup>

En este capítulo describo el proceso de sanidad en zonas estratégicas para el comercio, que inició con ese proyecto de lazareto y llegó a abarcar a los principales puertos de la República Mexicana en ambos océanos, y también a los territorios y a las fronteras. Explico que en ellos se establecieron primero juntas de sanidad, y luego delegaciones sanitarias, dirigidas desde la capital de la república por el Consejo Superior de Salubridad. Analizo, por último, algunas de las contradicciones que hubo en este proceso de federalización de los servicios de salud.

---

<sup>7</sup> DUBLAN y LOZANO, 1886, XIV: 201-206.

<sup>8</sup> Véase el capítulo “Imperialismo y sanidad: internacionalización de la salud pública”.

<sup>9</sup> “Carta de Ignacio Alvarado a la Secretaría de Gobernación de 17 de septiembre de 1880”, AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 1, exp. 1, f. 33-37.

### **Juntas de sanidad y delegados sanitarios en los puertos**

Para el servicio de sanidad de los principales puertos, el Código Sanitario de 1891 estipuló el establecimiento en ellos de juntas de sanidad. A la cabeza de las mismas estaba –en calidad de presidente– un médico nombrado por el Ministerio de Gobernación a propuesta del Consejo; las integraban también el capitán del puerto y los delegados del municipio de la localidad –en cuyos nombramientos intervenían el Ayuntamiento de la localidad, el gobernador del estado y el jefe político del territorio–. En las poblaciones fronterizas, las juntas de sanidad se componían de la misma manera, exceptuando al capitán de puerto.

Unas y otras funcionaban como juntas de sanidad en todo el estado en que las mismas residían, y si había más de una en el estado, el Ejecutivo determinaba cuál de ellas debía ejercer en circunstancias específicas.<sup>10</sup> En estas juntas compartían el poder la burocracia sanitaria federal y los poderes locales, pero en última instancia la capacidad de decisión estaba en manos de la primera, por lo que había contradicciones en el seno de las juntas.<sup>11</sup>

En 1894, cuando se reformó el Código Sanitario y la federación nombró delegados sanitarios en puertos y fronteras, envió a unos y otras los libros de patentes de sanidad y los documentos que aquéllos necesitaban para dar cumplimiento a las prevenciones del Código, así como a las del nuevo Reglamento de Sanidad Marítima.<sup>12</sup> También elaboró un Reglamento de Médicos Delegados del Consejo Superior de Salubridad en los puertos de la república, que fue aprobado el 14 de septiembre de 1894, y al que aquéllos debían sujetarse,<sup>13</sup> y se les responsabilizó en forma absoluta del servicio.<sup>14</sup> A veces, el delegado sanitario de un puerto enseñaba al recién nombrado de otro a hacer

---

<sup>10</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1891.

<sup>11</sup> MARTÍNEZ CORTÉS y MARTÍNEZ BARBOSA, 1997.

<sup>12</sup> Éste daba derecho a preguntar a todos los buques que llegaran a puertos mexicanos sobre la clase, nombre y nacionalidad del barco; su porte en toneladas de arqueo; los nombres del capitán y del médico; el número de tripulantes y de pasajeros en tránsito, así como de los que debían desembarcar en el puerto donde se hacía la inspección; la procedencia del buque y a quién iba consignado; la procedencia de los pasajeros; los días de navegación desde el primer puerto de salida, las escalas que había hecho y los días de navegación desde que se había tocado el último puerto. También, a inquirir si en el buque iban enfermos a bordo, si los habían tenido en la travesía, si habían recibido enfermos en algunos de los puntos que habían tocado o si alguien había muerto durante la travesía; y si había tenido comunicación con otros buques durante la misma. *Ibidem*. Véanse también, AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 5, 9 f., julio-agosto de 1894. AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 36, exp. 6, 25 f., 1908-1909. En este último expediente se encuentran modelos de cuestionarios para inspecciones.

<sup>13</sup> REGLAMENTO DE LOS MÉDICOS DELEGADOS..., 1894.

<sup>14</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 10, 15 f., noviembre-diciembre de 1894.

las visitas a los buques:<sup>15</sup> en otros casos, el nuevo delegado sanitario aprendía de su antecesor; en unas más, un médico adjunto pasaba a ser delegado.<sup>16</sup>

Los buques extranjeros debían llegar a puertos de altura, donde había delegados del Consejo Superior de Salubridad; mientras que los puertos de cabotaje eran para el comercio de mercancías nacionales. El 1 de junio de 1894, empezó a funcionar el Decreto para Derechos de Sanidad; es decir, para el pago de la inspección sanitaria. Los barcos extranjeros pagaban en el primer puerto nacional al que llegaban el derecho de dos centavos por tonelada (por tratarse de comercio entre puertos de dos países distintos), y un centavo más en los puertos de Veracruz, Tuxpam, Tampico y Campeche (por pasar de un puerto nacional a otro).<sup>17</sup>

Las embarcaciones extranjeras, además, debían traer una patente de sanidad. En ocasiones, las autoridades locales de otros países expedían dichas patentes, y de estar acordes con la realidad, los cónsules mexicanos en el extranjero las visaban. Otras veces, los cónsules mismos debían expedir la patente de sanidad a los buques destinados a la república. Con frecuencia, eran los diplomáticos los que alertaban a sus gobiernos acerca de las enfermedades epidémicas que había en los países en que prestaban sus servicios; en 1892, por ejemplo, México tomó medidas para tratar de defenderse del cólera, con base en las noticias recibidas de los agentes diplomáticos y cónsules mexicanos en París, Bruselas y Hamburgo. Para tener informes más precisos, los gobiernos llegaban a enviar médicos a los países con los que era mayor su comercio.<sup>18</sup>

Todos los vapores extranjeros que llegaban a un puerto mexicano recibían una visita. Las autoridades sanitarias investigaban las condiciones del puerto del que el barco venía, en los días anteriores a su salida.<sup>19</sup> Para la inspección, los buques se detenían en un lugar señalado con boyas amarillas. El delegado llegaba a bordo de una falúa<sup>20</sup> con la bandera amarilla izada; se detenía a un costado del buque, y entregaba al médico o capitán del mismo un ejemplar de interrogatorio, para saber si se declaraba al buque indemne (en el que no se hubieran presentado afecciones, aunque

---

<sup>15</sup> Véase el caso del Dr. Lamicoq, delegado recién nombrado en San Benito, Chis., en 1900, el cual aprendió a hacer las visitas acompañando al doctor Antonio García de Tornel, entonces delegado sanitario en Salina Cruz. AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 40, exp. 11, 116 f., 1900-1915.

<sup>16</sup> *Ibidem*. La correspondencia telegráfica y postal de los delegados sanitarios pasaba franca.

<sup>17</sup> Ese año, los agentes y consignatarios en puerto Progreso, de las líneas de vapores New York and Cuna Mail, West Indian and Pacific Mail, Harrison Line, Munssons SSS Line, Knotts Prince Line, Mala Imperial Alemana, y New York, Mobile and Mexican, protestaron contra los derechos que la aduana marítima imponía, pues quería cobrarles nuevamente el derecho de dos centavos por tonelaje en Progreso, cuando fueran de regreso hacia su país de origen, y no un centavo. La federación les dio la razón. AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 4, 7 f., 1894.

<sup>18</sup> DÍAZ, 1892. Véase el capítulo "Imperialismo y sanidad: internacionalización de la salud pública".

<sup>19</sup> IGLESIAS, 1901b.

<sup>20</sup> Embarcación menor con cabina.



viniera de puertos infectados), sospechoso (que había tenido algún caso de enfermedad epidémica a bordo, sin que se presentara ningún nuevo caso en los siete días anteriores) o infectado (con enfermos a bordo de algún padecimiento epidémico).<sup>21</sup>

Inmediatamente, se hacía la visita médica del buque; es decir, la inspección de la tripulación y los pasajeros, uno por uno. Al principio, a los pasajeros de primera clase no se les sometía a esos exámenes, pero después tampoco ellos quedaron exentos de una cuidadosa revisión.<sup>22</sup> Quienes viajaban de un país a otro, debían llevar pasaportes sanitarios. Un ejemplo de certificado internacional de sanidad es el siguiente:

Vapor \_\_\_\_\_

República de \_\_\_\_\_

Servicio de Sanidad Marítima

El que suscribe, médico de sanidad marítima, certifica que el señor \_\_\_\_\_ ha sido vacunado con éxito y no padece, en el día de la fecha, de ninguna enfermedad cuarentenable.<sup>23</sup>

Todos los buques eran desinfectados en su partida, durante el viaje y a su arribo al puerto de destino. En caso de que el buque estuviera infectado, se le hacía purgar cuarentena. Al salir de un puerto mexicano, el delegado del Consejo de Salubridad en el puerto de que se tratara hacía la visita de salida. De acuerdo con el artículo 57 del Reglamento de Sanidad Marítima, el delegado debía entregar patentes de sanidad a los capitanes, médicos o patronos de buques al término de la misma.<sup>24</sup>

En 1906, decía el delegado del Consejo Superior de Salubridad en Veracruz, Manuel Iglesias, que durante la última epidemia de fiebre amarilla en La Habana, se había aislado a todo niño menor de diez años que llegaba procedente de lugares infestados o sospechosos, y se le había sometido a cuarentena de observación. De hecho, consideraba a todo niño menor de esa edad como no inmune. Iglesias propuso que en el puerto de Veracruz se impusieran por la fuerza medidas draconianas que coartaran la libertad individual, como el aislamiento de los niños, incluso de los no enfermos, con el fin de hacer de Veracruz “una puerta de entrada digna del adelanto y progreso del resto de la república”,<sup>25</sup> lo que no se hizo en todos los casos cuando se trataba de niños sanos.

---

<sup>21</sup> GAMBOA, 1898.

<sup>22</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 8, exp. 1, f. 5, 1907-1908.

<sup>23</sup> Es decir, que ameritara aislamiento.

<sup>24</sup> LICEAGA y MONJARÁS, 1910b.

<sup>25</sup> IGLESIAS, 1907: 42.

En la reunión de de la Asociación Americana de Salud Pública realizada en la ciudad de México ese año, Lorenzo Chávez –médico especializado en enfermedades de los ojos– hizo un llamado a las autoridades sanitarias para vigilar a los inmigrantes asiáticos (especialmente a los sirios), a quienes creía portadores del tracoma. Al año siguiente, en una sesión de la Sociedad Oftalmológica, sostuvo que sus temores se habían hecho realidad, porque habían llegado muchos enfermos de tracoma de Siria. Ellos vivían en pésimas condiciones higiénicas y se dedicaban al comercio de medallas y rosarios de Tierra Santa; con sus manos, infectaban los objetos que vendían, y los compradores o curiosos que los tocaban quizá adquirirían el contagio.<sup>26</sup> También el médico Antonio F. Leal de Monterrey, aseguraba haber visto muchos casos de tracoma a partir de la llegada de sirios que, desechados en las fronteras de Estados Unidos, iban a esa población para hacerse tratar, y propiciaban el aumento de casos en ella.<sup>27</sup>

Varios oftalmólogos se manifestaban contra la aceptación de esos inmigrantes, pues, en su opinión, el contingente de trabajo que podían traer al país era “inferior como producto real a la suma de energías paralizadas por la ceguera en los que [tomaban] el contagio del inmigrante enfermo”.<sup>28</sup> Es decir, se perdía una gran cantidad de trabajo útil para la nación. Aunque a diferencia de Chávez, José Ramos –también oftalmólogo– sostenía que el tracoma no era frecuente en el país, propuso igualmente impedir la entrada de enfermos, sobre todo de chinos, sirios y asiáticos en general; lo mismo que de ciertos inmigrantes españoles pobres, que descuidaban el aseo y dormían sobre los mostradores de las tiendas.<sup>29</sup>

A inicios del siglo XX, los inmigrantes asiáticos que llegaban al país por fronteras o puertos eran cuidadosamente inspeccionados, y no se permitía la entrada al territorio a los que llegaban afectados de tracoma. Los que no tenían la enfermedad, eran alojados en barracas construidas con ese fin, en donde se les observaba durante diez días. Si el mal no aparecía al cabo de ese tiempo, los inmigrantes eran aceptados y podían internarse en el país. En caso contrario, eran “desechados” y no se les permitía la entrada a la república.<sup>30</sup>

En los primeros meses de 1907, llegó a Salina Cruz, Oaxaca, un vapor que traía quinientos inmigrantes chinos; entre éstos, el delegado del Consejo Superior de Salubridad en ese puerto

---

<sup>26</sup> Citado por RAMOS, 1908.

<sup>27</sup> Citado por URIBE Y TRONCOSO, 1908. Un excelente trabajo sobre la inspección sanitaria de inmigrantes a Estados Unidos es BIRN, 1997.

<sup>28</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1908: 144. Sostenía que en los países americanos que recibían muchos inmigrantes (como Brasil y Argentina), los casos de tracoma eran frecuentes.

<sup>29</sup> RAMOS, 1908.

<sup>30</sup> RAMOS, 1908.

encontró 120 enfermos de tracoma a los cuales no dejó desembarcar. Tuvo al resto de los pasajeros en observación por diez días más, y encontró otros cien enfermos. Se decía que el capitán del buque que los traía no se había preocupado porque no temía que en México fueran rechazados, como lo eran indefectiblemente en Estados Unidos, y debió reembarcarlos por cuenta de la compañía del buque de su mando. Por esa misma época, a Guaymas, Sonora, llegaron también 900 chinos y 200 rusos de Vladivostok, con quienes se actuó del mismo modo, en vista de que entre ellos se encontraban también varios enfermos de tracoma. Cuando llegó el Wolwich con 400 y tantos inmigrantes, había más de cien enfermos de tracoma que fueron regresados, lo que le costó a la compañía 50 mil pesos. Los delegados sanitarios en los puertos cobraban a los chinos desembarcados por pasaportes o certificados de sanidad.<sup>31</sup> Las autoridades sanitarias temían que, como los delegados sanitarios no eran “oftalmologistas”, se les escaparan algunos casos de tracoma; por eso, Liceaga pidió a los miembros de la sección del Oftalmología de la Academia Nacional de Medicina, que redactaran unas instrucciones para hacer rápidamente el diagnóstico de la enfermedad y evitar su propagación.<sup>32</sup>

El capitán, la tripulación, los comerciantes y los pasajeros de buques transatlánticos temían, sin duda, a las inspecciones, así como a la posibilidad de destrucción de mercancías, o a la de detención, aislamiento y separación de los familiares. Los inmigrantes, en particular, debieron de tener pavor a ser devueltos a los países que habían dejado atrás.<sup>33</sup> Lo más trágico era que muchos de ellos enfermaban durante la travesía, ya que el periodo de incubación era de sólo siete días, y el contagio se facilitaba por las malas condiciones en que viajaban (hacinamiento y falta de higiene). Sucedió también que se enviaba a inmigrantes de regreso a su país o se separaba a familias, porque se tomaba por tracoma lo que eran en realidad conjuntivitis simples, razón por la que la ley de exclusión no se aplicaba con justicia. Para evitarlo, Manuel Uribe y Troncoso –oftalmólogo, además de higienista escolar– sugería establecer hospitales en los puertos, en los que se pudiera detener a los enfermos dudosos y corroborar el diagnóstico.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 35, exps. 1, 2 y 3; 113, 220 y 167 f.; 1896-1900, 1900-1907 y 1907-1929.

<sup>32</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1908.

<sup>33</sup> Los médicos mexicanos encontraron que los enfermos de tracoma trataban de extraviar el diagnóstico en la inspección policial mediante el uso de soluciones de cocaína o de adrenalina, las cuales hacían desaparecer por media hora la inyección vascular característica de la enfermedad. AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 8, exp. 1, 5 f., 1907-1908.

<sup>34</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1908.

### **Clasificación de puertos desde el punto de vista sanitario**

En el México de principios del siglo XX, desde el punto de vista sanitario, los puertos estaban divididos en cuatro clases: de primera, que eran aquellos que tenían delegado del Consejo y en los que había aparato de desinfección y lazareto; de segunda, que eran los que tenían delegado y aparato de desinfección; de tercera, que eran aquéllos con delegado y donde se hacía la desinfección por algún otro medio; y de cuarta, donde estaban comprendidos los que carecían de delegado u aparato.

Aunque desde 1895 el Consejo había señalado a los gobernadores de los estados donde había puertos la conveniencia de establecer lazaretos destinados a los pasajeros que desembarcaran con enfermedades contagiosas,<sup>35</sup> para 1903 sólo Veracruz y Acapulco los tenían, y eran por lo tanto los únicos puertos de primera. Los lazaretos estaban en la isla de Sacrificios el de Veracruz, y en la isla de La Roqueta el de Acapulco. En el caso de los enfermos de fiebre amarilla, se les llevaba a un lazareto que había en la ciudad de Coatzacoalcos, pues ahí la enfermedad no era endémica.

En 1908, se construyó y puso en servicio un lazareto en Salina Cruz, en la costa del Pacífico, por donde en esa época llegaba el mayor número de inmigrantes asiáticos,<sup>36</sup> de modo que este puerto pasó a ser de primera desde el punto de vista sanitario. El lazareto tenía espacio para pasajeros de primera y tercera clase, pero también barracas con capacidad para 700 inmigrantes, donde éstos podían ser observados antes de que se les permitiese pasar al interior del país.<sup>37</sup>

Por otro lado, desde 1886 la Secretaría de Gobernación planteó la conveniencia de establecer estufas para “la desinfección facultativa y gratuita de las ropas y otros objetos que pudieran servir de vehículo para la transmisión de enfermedades contagiosas”, sobre todo del cólera, en los lazaretos de los puertos y en todos los centros poblados.<sup>38</sup> Para 1893,<sup>39</sup> contaban con ellas, además de Acapulco y Veracruz, Tampico, Progreso y Mazatlán, que eran, por tanto, puertos de segunda.<sup>40</sup>

En septiembre de 1905, había delegados del Consejo Superior de Salubridad en los siguientes puertos del golfo de México: Campeche y Laguna del Carmen, en Campeche;

---

<sup>35</sup> DÍAZ, 1895.

<sup>36</sup> DÍAZ, 1909.

<sup>37</sup> En 1911, las autoridades decidieron que Veracruz, Tampico y Progreso podrían recibir pasajeros y carga de países que habían sido invadidos por el cólera; mientras que Coatzacoalcos podría recibir sólo carga, para no obstaculizar el tráfico interoceánico por el istmo de Tehuantepec. LICEAGA, 1912b.

<sup>38</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 11 de febrero de 1886, p. 2.

<sup>39</sup> DÍAZ, 1893.

<sup>40</sup> REPORT OF THE MEXICAN..., 1902-1903. También algunos estados, como Guanajuato, Nuevo León y San Luis Potosí contaban con estufas de desinfección. AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 5, exp. 5, 176 f., 1904.

Coatzacoalcos, Tuxpam y Veracruz, en Veracruz; Frontera, en Tabasco; Progreso, en Yucatán; San Benito (Tapachula) y Tonalá, en Chiapas; y Tampico, en Tamaulipas; y en el Pacífico: Acapulco, en Guerrero; Ensenada, en Baja California Norte; Guaymas, en Sonora; Manzanillo, en Colima; Mazatlán, en Sinaloa; Puerto Ángel (Pochutla) y Salina Cruz, en Oaxaca; San Blas, en Tepic; y Santa Rosalía, en Baja California Sur.<sup>41</sup> En total 19 puertos, por lo que descontando a los de primera y segunda, había catorce puertos de tercera. En buena parte de los puertos de altura de la república, los médicos encargados del servicio sanitario federal trabajaron desde la promulgación del primer Código Sanitario.<sup>42</sup>

El resto de los puertos eran de cuarta, pero había jefes de puerto en: Altata, Sinaloa, y Bahía de Ascensión, Quintana Roo,<sup>43</sup> y los puertos de Veracruz y Manzanillo contaban con laboratorios en los que los respectivos delegados podían hacer oportunamente el diagnóstico de la fiebre amarilla y de las diversas formas de malaria, con el fin de dictar medidas contra su propagación.<sup>44</sup>

Hubo médicos del servicio especial contra la fiebre amarilla en muchas poblaciones.<sup>45</sup> En el cambio del siglo, el Consejo se propuso establecer estaciones sanitarias en algunos puertos para prevenir la propagación de la enfermedad.<sup>46</sup> Contaron con dichas estaciones –en las que se hacían los servicios de inspección de pasajeros y desinfección de equipajes–, los puertos de Veracruz,<sup>47</sup> Tampico,<sup>48</sup> Mazatlán<sup>49</sup> y Salina Cruz.<sup>50</sup> Un plano de la estación sanitaria de Mazatlán muestra que había en ella un despacho para el delegado, un departamento de azufre, un almacén de material sanitario, una sala para la estufa de desinfección con dos lados (el de los objetos infectados y el de los objetos desinfectados), dos salas de espera (una de primera y otra de segunda clase) y dos baños

---

<sup>41</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 305-306, 1905.

<sup>42</sup> DÍAZ, 1893. El 27 de agosto de 1900 embarcaron en el vapor Manzanillo, que iba de Salina Cruz a San Benito, 75 trabajadores contratados para labores agrícolas de Tapachula; eran de Tehuantepec. Como el delegado de Salina Cruz considerara que estaban muy sucios, procedió a fumigar sus ropas. AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 40, exp. 11, 116 f., 1900-1915.

<sup>43</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, fs. 305-306, 1905. Otros puertos de cierta importancia eran Matamoros, en Tamaulipas; Tamiahua, Tecolutla, Nautla y Alvarado, en Veracruz; Magdalena y La Paz, en Baja California; Soconusco, en Chiapas; Champotón, en Campeche; y Sisal, en Yucatán.

<sup>44</sup> DÍAZ, 1902.

<sup>45</sup> Véase el capítulo "En defensa del comercio internacional: la campaña contra la fiebre amarilla".

<sup>46</sup> LICEAGA, 1900c.

<sup>47</sup> REPORT OF THE MEXICAN..., 1902-1903.

<sup>48</sup> DÍAZ, 1902.

<sup>49</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 2, exp.10, 1 f., 1907.

<sup>50</sup> DÍAZ, 1909.

(también de primera y segunda clase).<sup>51</sup> El gobierno mexicano presupuestó 45 millones de pesos para mejoramiento de los puertos y saneamiento de las poblaciones.<sup>52</sup>

### **Dificultades en la nueva organización sanitaria**

En algunos puertos no había médicos delegados, y en otros, los que había llegaban a ausentarse. En 1895, se hizo la propuesta de que el capitán del puerto de San Blas, fuera nombrado suplente del delegado, en vista de la falta de médicos para desempeñar el cargo, ya que no había ningún otro facultativo en esa población.<sup>53</sup> Un caso similar se presentó en Coatzacoalcos, donde el capitán del puerto era el suplente (también denominado adjunto) del delegado de ese lugar. El capitán preguntaba si tenía derecho a sueldo cuando el delegado estuviese ausente. El Consejo de Salubridad opinó que debía pagársele, y pidió a la Secretaría de Gobernación que, de estar de acuerdo, la medida se aplicara a los adjuntos en las mismas circunstancias, lo que dicha Secretaría acordó de conformidad.<sup>54</sup>

No todos los jefes de puerto y resguardo marítimo estaban dispuestos a colaborar con las delegaciones sanitarias en la vigilancia de las disposiciones sanitarias. Por eso, en 1896, el Consejo tuvo que solicitar el apoyo de las secretarías de Gobernación, Guerra y Hacienda, las cuales aceptaron intervenir para lograr la colaboración de aquéllos.<sup>55</sup>

Sin embargo, el apoyo de éstos llegó a considerarse insuficiente. Al puerto de Topolobampo, Sonora, llegaban con frecuencia embarcaciones procedentes de Mazatlán, donde en 1903 existía peste bubónica, y el encargado de pasarles la visita sanitaria de ley era el jefe del puerto que carecía de conocimientos médicos. Como pensaba que esto podía ocasionar que se importara de allá esa enfermedad, Liceaga propuso que se nombrara a un médico delegado del Consejo Superior de Salubridad, lo que se autorizó.<sup>56</sup>

Una vez establecidas, las delegaciones sanitarias tuvieron que enfrentarse a diferentes problemas, y es que el Código Sanitario imponía al país nuevas necesidades, que no siempre se resolvían: plazas que eran indispensables para la vigilancia sanitaria, no habían sido aceptadas en el

---

<sup>51</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 2, exp.10, 1 f., 1907.

<sup>52</sup> “Informe presentado al gobierno de Costa Rica, por Juan J. Ulloa, representante a la Tercera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas”, AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 7, exp. 5, 22 f., enero de 1908.

<sup>53</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 12, 6 f., diciembre de 1894-marzo de 1895.

<sup>54</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 13, 6 f., 1895.

<sup>55</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 17, 16 f., 1896.

<sup>56</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 36, 2 f., 1903.

presupuesto de salubridad pública; tampoco había presupuesto para reparación de equipo o desinfección en los puertos, y la partida que tenía el Consejo Superior de Salubridad, apenas alcanzaba para el Distrito Federal.<sup>57</sup>

Por intermedio de su presidente, el Consejo solicitó a la Secretaría de Gobernación que decretara una partida especial de 10,500 pesos para el pago de empleados y otros gastos en las delegaciones; en concreto: auxiliares de delegación en Veracruz y Campeche; escribiente para las delegaciones de Veracruz, Progreso, Tampico, Frontera, Acapulco, Manzanillo, San Blas, Mazatlán y La Paz; gastos de escritorio para todas las delegaciones sanitarias de los puertos, y gastos de desinfección en puertos y estaciones sanitarias fronterizas. Se autorizó que, temporalmente, tomara el Consejo de los fondos que existían en la corporación, mientras se enviaba la solicitud a la Cámara de Diputados.<sup>58</sup>

Dos años después, aún había dificultades. En la delegación de Acapulco por todo mobiliario tenían un estante.<sup>59</sup> En Mazatlán, el jefe de Hacienda no quería pagar ni al escribiente ni al mozo de la estufa de desinfección, la cual no podía funcionar sin éste; también con el maquinista había problemas de pago.<sup>60</sup> Todavía a principios del siglo XX, en Laguna del Carmen la suspensión de sueldos era constante, y lo mismo sucedía en Bahía de Ascensión.<sup>61</sup> En 1904, en Altata, querían abandonar sus empleos patrón y bogas de la falúa porque la Aduana Marítima no les pagaba sus sueldos.<sup>62</sup> En 1909, protestaron tres agentes de sanidad de Tampico, a los cuales se había despedido sin pagarles diez días trabajados; se giró la orden de que se les pagara a razón de 3.29 centavos diarios, pero ese mismo año se suspendió la plaza de médico de distrito.<sup>63</sup> Aun en el caso de los delegados llegaba a haber problemas: por ejemplo, al delegado de Frontera no le pagaron en una ocasión su sueldo en San Juan Bautista con el pretexto de que no se había presentado a tiempo, sin que el jefe de Hacienda de ese lugar tomara en cuenta que vivía a 24 leguas (120 kilómetros) y dependía de la salida de vapores.<sup>64</sup>

---

<sup>57</sup> Véanse los casos de Manzanillo y San Blas. AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exps. 6, 7 y 8; 6, 1 y 1 f., 1894. También el de Progreso, AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 2, exp. 11, 3 f., 1907.

<sup>58</sup> *Ibidem*.

<sup>59</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 25, 7 f., 1896.

<sup>60</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 24, 10 f., 1896.

<sup>61</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja. 1, exps. 30 y 31, 3 y 3 fs., 1902 y 1902.

<sup>62</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 42, 7 f., 1904.

<sup>63</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 2, exp. 15, 23 f., 1907-1910.

<sup>64</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 6, 6 f., 1894.

Las visitas, a veces, demandaban mucho tiempo. En el puerto de Campeche, debido a la poca profundidad del agua, los buques nacionales y vapores estadounidenses –que llegaban a cargar henequén, maderas y palo de tinte– fondeaban a una distancia de 1 a 4 millas (1.609 a 6.436 kilómetros) los primeros, y de 20 a 30 millas (32.180 a 48.270 kilómetros) los segundos. Las visitas tardaban de 2 a 3 horas en el caso de los buques nacionales, y un día y parte de la noche en el de los vapores extranjeros.<sup>65</sup>

Hacer la visita sanitaria también llegaba a ser peligroso en algunos puertos. El delegado de Frontera expuso la dificultad que había para practicar la visita sanitaria a las embarcaciones que llegaban a cargar maderas preciosas, porque éstas fondeaban hasta a 7 u 8 millas (11.263 a 12.872 kilómetros) fuera de la barra, y no se contaba con una embarcación segura para llegar a ellas. Sugirió que las embarcaciones fondearan en la ensenada del Oriente, lugar más cercano y que ofrecía mayores seguridades, lo que fue aceptado.<sup>66</sup> La barra también era peligrosa en San Blas.<sup>67</sup>

El Consejo Superior de Salubridad solicitó a la Secretaría de Hacienda que los sueldos de los empleados de delegaciones en puertos, fronteras y territorios fueran pagados por las oficinas de Hacienda de las localidades respectivas.<sup>68</sup> En 1903, envió otro oficio en que pidió que se aumentara los sueldos a los empleados del servicio sanitario, sobre todo a los médicos, para que se pudiera disponer de personas aptas; en La Paz, donde el delegado solía recibir 1,200 pesos anuales, propuso darle 1,500; y 2,000 pesos a los delegados de Acapulco, San Blas, Laguna del Carmen, Ensenada, Guaymas, Manzanillo, Mazatlán, Progreso, Santa Rosalía, Tampico y Tonalá.<sup>69</sup>

### **Salubridad en territorios y fronteras**

A inicios del gobierno de Díaz, sólo Baja California tenía el estatus de territorio. En 1884, se erigió el territorio de Tepic, y en 1902 el de Quintana Roo.

Desde 1879, la jefatura política del territorio de Tepic y el presidente del ayuntamiento de la ciudad de Tepic decidieron crear una Junta de Sanidad (a veces denominada Consejo de Salubridad), compuesta por la comisión municipal que estaba a cargo del ramo, y la cual integraban dos médicos y dos farmacéuticos. El objeto de la junta era proveer oportunamente cuanto requiriera la higiene

---

<sup>65</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 2, 16 f., 1894.

<sup>66</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 15, 4 f., 1895.

<sup>67</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 32, 9 f., 1902.

<sup>68</sup> AISSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 20, 4 f., 1896.

<sup>69</sup> AHSSA, *salubridad pública*, salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja 1, exp. 40, 3 f., 1903. En algunos puertos la vida era cara, y los delegados debían pagar de su sueldo la pastura para sus caballos. AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 40, exp. 11, 116 f., 1900-1915.



pública.<sup>70</sup> Al año siguiente, se instaló una nueva Junta de Sanidad, esta vez en el puerto de San Blas.<sup>71</sup>

Desde la expedición del Código Sanitario de 1891, los territorios se rigieron por las leyes y organismos sanitarios de la capital.<sup>72</sup> Hubo delegados sanitarios en la ciudad de Tepic, en el territorio del mismo nombre, y en La Paz, en el territorio de Baja California, que era al mismo tiempo delegado en el puerto.<sup>73</sup> Los delegados de los territorios se ocupaban de aplicar la vacuna antivariolosa, así como de controlar las enfermedades infectocontagiosas.<sup>74</sup> Estaban sujetos al Consejo Superior de Salubridad y a la Secretaría de Gobernación, y subalternados a los jefes políticos de Tepic, La Paz y Todos Santos. El presidente de la república tenía la autoridad para nombrarlos y removerlos.<sup>75</sup>

Hacia finales del porfiriato, en Baja California no se habían llevado a cabo ningún trabajo de saneamiento ni en el distrito Sur ni en el Norte, lo que las autoridades justificaban con el argumento de que la población era relativamente reciente y tenían muy escasos recursos.<sup>76</sup> Quintana Roo, por su parte, contaba con dos tipos de poblaciones: aquéllas de las que “se habían apoderado” los indios rebeldes, y otras posteriores, fundadas después de la derrota de los mayas. En las primeras, no había agua potable –el líquido se tomaba de los cenotes o ríos subterráneos, de la lluvia o de las sartenejas, que eran oquedades de rocas más o menos grandes, en las que quedaba depositada por algún tiempo el agua de lluvia, pero en dos o tres días estaba descompuesta–. En las poblaciones más recientes, existía desde diciembre de 1905 agua entubada, la cual era conducida a calles, jardines, oficinas y habitaciones particulares. A partir de entonces, se habían establecido lavaderos públicos y gratuitos. Esta acción, aunada a la construcción de un nuevo cementerio, había logrado disminuir la mortalidad que en 1904 era altísima. De acuerdo con reportes de las autoridades del territorio, la mortalidad en 1907 se había reducido en 40% en relación con la de aquel año. Confesaban no haber realizado obras especiales de saneamiento, pero aseguraban que no era tiempo de que se

---

<sup>70</sup> *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 4 de mayo de 1879, p. 1.

<sup>71</sup> *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 20 de junio de 1880, p. 1.

<sup>72</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>73</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, fs. 305-306, 1905.

<sup>74</sup> MARTÍNEZ CORTÉS y MARTÍNEZ BARBOSA, 1997.

<sup>75</sup> CÓDIGO SANITARIO..., 1891: Art. 13, título preliminar.

<sup>76</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

empresarios pues el territorio había apenas nacido “[su] adolescencia [...] indicará las medidas que para el saneamiento de la población deban tomarse”.<sup>77</sup>

También desde 1891, en las aduanas de las poblaciones fronterizas Ciudad Juárez, Ciudad Porfirio Díaz y Nuevo Laredo, se crearon plazas de médicos sanitarios y de médicos veterinarios. Los primeros de ocupaban de evitar el paso de personas con enfermedades transmisibles, y los segundos de vigilar al ganado que entraba de Estados Unidos. Unas y otras debían ser ocupadas por profesores titulados. En Nogales, Sonora, las plazas no pudieron crearse por falta de personal para cubrirla.<sup>78</sup> Dos años después, había estaciones sanitarias en esas cuatro poblaciones de la frontera norte,<sup>79</sup> y se hacía la desinfección, de acuerdo con lo establecido en la Convención de Dresden.<sup>80</sup>

Los ganados (o su carne) que ingresaban a México debían llegar provistos de certificado de que estaban libres de enfermedades, expedidos por veterinarios y visados por el cónsul mexicano de la población de partida. Aun así, los inspectores veterinarios hacían una nueva inspección cuando aquéllos pasaban la frontera. También los animales podían quedar sujetos a cuarentena. El mismo procedimiento se seguía cuando los animales eran exportados a otros países, caso en que la inspección corría a cargo de los interesados.<sup>81</sup>

Puede concluirse que el control de puertos y fronteras por parte de la federación no se dio sin contradicciones, sobre todo cuando el Consejo Superior de Salubridad empezó a proponer otras medidas sanitarias de carácter general, aplicables en toda la república; sin embargo, al tiempo que lo ejercía, el gobierno federal buscaba la conciliación con las autoridades sanitarias de los estados.

---

<sup>77</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 8, exp. 1, f. 36, 1907-1908.

<sup>78</sup> ROBLES, 1896.

<sup>79</sup> DÍAZ, 1893.

<sup>80</sup> REPORT OF THE MEXICAN..., 1902-1903.

<sup>81</sup> MARTÍNEZ CORTÉS y MARTÍNEZ BARBOSA, 1997.

## Capítulo IV

### **Autonomía local y coordinación nacional: autoridades sanitarias de los estados**



**Médicos durante la epidemia de peste de 1902-1903 en Mazatlán.**

### Falta de uniformidad entre las autoridades sanitarias del país

A principios del porfiriato y como resultado de la autonomía que la Constitución Federal de 1857 les confería, los estados enfrentaban sus asuntos sanitarios de manera aislada, y no había en el país uniformidad en lo tocante a autoridades responsables de la salud pública. Si bien Benito Juárez, Sebastián Lerdo de Tejada y Porfirio Díaz decidieron que, en la práctica, el poder central – depositado en el Poder Ejecutivo– debía sobreponerse al federalismo, que teóricamente defendían,<sup>1</sup> los municipios siguieron siendo la base de la estructura política, y regularon también las acciones estatales en salud.<sup>2</sup>

De acuerdo con informes sobre organismos dedicados a la sanidad, presentados por los diversos estados en 1892,<sup>3</sup> en Aguascalientes existía una Junta Superior de Salubridad,<sup>4</sup> en el estado de México, un Consejo de Salubridad;<sup>5</sup> en Michoacán, una Junta de Salubridad;<sup>6</sup> en Nuevo León, un Consejo de Salubridad Pública; en San Luis Potosí, una Inspección General de Salubridad Pública del estado,<sup>7</sup> que tenía un cuerpo consultivo denominado Consejo Superior de Salubridad Pública;<sup>8</sup> y en Veracruz, una junta denominada Facultad de Ciencias Médicas.<sup>9</sup> Un par de estados no respondieron, y el resto dijo no contar con organismo alguno, si bien la información era muy probablemente incompleta, pues por ejemplo en Yucatán, tempranamente hubo organismos sanitarios.

---

<sup>1</sup> CALDERÓN, 1972. Por ejemplo, en 1882 –durante la presidencia de Manuel González–, el Senado decretó la desaparición de los poderes locales para acabar con los cacicazgos de Ignacio L. Vallarta y Trinidad García de la Cadena, en Jalisco y Zacatecas. GALEANA DE VALADÉS, 1991.

<sup>2</sup> MORENO CUETO *et al.*, 1982.

<sup>3</sup> AHUNAM, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, congresos médicos, caja 28, exp. 8, f. 18, 23-86 y 97-98.

<sup>4</sup> Constituida por dos médicos y dos farmacéuticos.

<sup>5</sup> Formado por tres médicos, un veterinario y un farmacéutico.

<sup>6</sup> Ocupada de todo lo relativo a la higiene pública, así como de la recepción de médicos, cirujanos, farmacéuticos y parteras tituladas.

<sup>7</sup> Que había sido creada el 1 de mayo de ese año, con cierta especialización: un inspector general, su ayudante, inspectores de bebidas, un responsable de desinfección, un veterinario y un conservador de la vacuna.

<sup>8</sup> Formado por cinco médicos, dos farmacéuticos, un ingeniero higienista, un arquitecto, un veterinario, un miembro del ayuntamiento, un comerciante, un industrial y un abogado.

<sup>9</sup> Constituida por cinco vocales propietarios y tres suplentes: tres de los primeros y dos de los segundos debían ser y eran médicos; los otros, farmacéuticos. Sus funciones eran: ministrar la información que pidiera el gobierno; examinar a los aspirantes al ejercicio de medicina y farmacia, y expedir certificados a los que resultasen aprobados para que solicitaran su título; además, presentar las iniciativas que consideraran oportunas sobre vacuna, epidemias, mataderos, mercados, alimentos, establecimientos de herbolarios y droguerías, así como sobre ejercicio de las profesiones de dentistas, parteras, flebotomianos y veterinarios. De acuerdo con HERMIDA RUIZ (1994), la Facultad había sido creada por decreto de 17 de diciembre de 1848, y residía en la capital del estado desde el 11 de enero de 1890.

En este capítulo intento aproximarme a los organismos sanitarios estatales existentes durante el porfiriato, sobre los que hay un vacío, que considero es necesario empezar a llenar.<sup>10</sup> Trato de mostrar que, a principios del periodo los estados enfrentaban sus asuntos sanitarios de manera aislada: algunos tenían organismos permanentes encargados de la salud pública –que variaban de una entidad a otra–, mientras que en otros los organismos encargados de la sanidad sólo funcionaban en épocas de epidemias, y en otros más no existían. Señalo, por último, que hacia 1910, la situación estaba cambiando, y había una tendencia a la centralización y la uniformidad.

Con frecuencia, las autoridades sanitarias de un estado de la república establecían cuarentenas arbitrarias para procedencias de otros países o incluso para otros estados de la república, o tomaban otras medidas para evitar que las epidemias que afectaban a otras entidades llegaran a la suya. Este fue el caso de la Junta de Sanidad de Campeche, que ante la epidemia de viruela de 1884 en Tabasco, envió una circular a los jefes políticos de los partidos de la capital, Ciudad del Carmen y Champotón, en la que les pidió que tomaran medidas para evitar el paso de la enfermedad y para que dieran aviso al gobierno de cualquier caso de viruela del que tuvieran noticia.<sup>11</sup> Las autoridades sanitarias del mismo estado y del de Yucatán, trataron de protegerse al año siguiente contra la viruela negra que hacía estragos en Tuxpan y Veracruz, puertos con los que esos estados tenían frecuentes comunicaciones.<sup>12</sup>

En 1888, en las ciudades de Matamoros y Laredo, en Tamaulipas se estableció una cuarentena a causa de la posible llegada de buques infestados de difteria.<sup>13</sup> En 1896, nuevamente Campeche se protegió, ésta vez contra una epidemia reinante en Yucatán.<sup>14</sup> Con motivo de una epidemia de tifo a principios de los años noventa, la cual causó grandes estragos en varios estados, el gobierno de Coahuila decidió tomar medidas preventivas enérgicas: toda la gente pobre que emigró de San Luis y Zacatecas, fue retenida a una distancia conveniente y se le desinfectó con bicloruro de mercurio; además, se estableció una inspección en Buenavista para no dejar entrar a Saltillo a ningún sospechoso.<sup>15</sup>

La estación ferroviaria de Laredo ordenó en 1903 una cuarentena de la que sólo estaban excluidos quienes llegaban de lugares que no habían sido afectados por la fiebre amarilla, y

---

<sup>10</sup> Es muy probable que en los estados se hayan publicado trabajos que hablen de estos organismos, a los que yo no he tenido acceso.

<sup>11</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 21 de octubre de 1884, p. 1.

<sup>12</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 9 de junio de 1885, p. 1 y 4.

<sup>13</sup> *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Coahuila*, Saltillo, 22 de agosto de 1888, p. 3.

<sup>14</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 7 de febrero de 1896, p. 4.

<sup>15</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

mostraban certificados expedidos por la autoridad de su procedencia que lo confirmaban.<sup>16</sup> En otros lugares del estado se establecieron estaciones sanitarias y se impusieron cuarentenas semejantes,<sup>17</sup> las cuales no se levantaron hasta que la fiebre amarilla desapareció de los estados de Nuevo León y Tamaulipas.<sup>18</sup>

### **La búsqueda de coordinación**

La promulgación del Código Sanitario señaló el inicio del camino hacia una mayor uniformidad. Ante médicos de casi todos los estados de la república, Eduardo Liceaga dijo en el II Congreso Médico Mexicano que todas las sociedades cultas se preocupaban por la legislación sanitaria. En México ya existían el Código Sanitario y el Reglamento de Sanidad Marítima, pero estas leyes eran federales; era necesario que cada estado, en uso de su soberanía, codificara sus leyes en el sentido de los avances de la ciencia.<sup>19</sup>

El presidente del Consejo Superior de Salubridad sugirió que dichas leyes se uniformaran con las del Distrito Federal, o incluso que los estados adoptaran totalmente el Código Sanitario, tomando en cuenta la experiencia de la Unión Americana donde se presentaban muchos problemas debido a que cada estado tenía leyes sanitarias diferentes. En su opinión, las entidades del país podían encontrar en el Código reglas de conducta con las cuales vigilar la salubridad pública mejor de lo que entonces lo hacían; inspirar sus acuerdos en los principios de la ciencia consignados en aquella ley, y mejorar así las condiciones sanitarias de las localidades.<sup>20</sup>

Como hubiera oposición a esta propuesta, Liceaga sugirió la formación de una gran comisión de higiene, que unificara las leyes sanitarias en toda la república. Opinó también que los estados, a su vez, debían estimular a sus municipios a que destinaran fondos a los servicios de salud, y pusieran en vigor sus ordenanzas que contenían preceptos higiénicos, modificándolas en concordancia con los principios conquistados, y uniformándolas con otras leyes existentes en el país.<sup>21</sup>

---

<sup>16</sup> *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Coahuila*, Saltillo, 9 de septiembre de 1903, p. 3.

<sup>17</sup> *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado de Libre y Soberano Coahuila*, Saltillo, 18 de noviembre de 1903, p. 3.

<sup>18</sup> *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Coahuila*, Saltillo, 19 de diciembre de 1903, p. 1.

<sup>19</sup> LICEAGA, 1894d.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

<sup>21</sup> Comentario de Eduardo Liceaga reproducida en MEMORIAS DEL SEGUNDO..., 1897, II: 431.

La esfera de acción del Consejo se fue ampliando poco a poco; varios estados de la república dictaron códigos sanitarios similares al federal y, en determinadas circunstancias, las entidades federativas delegaron en el ejecutivo algunas de sus soberanas facultades en asuntos sanitarios.<sup>22</sup>

En su búsqueda de centralización de los trabajos de higiene pública, las autoridades sanitarias federales enviaron, en más de una ocasión, cuestionarios a los estados. En 1907, solicitaron informes a los gobernadores de los mismos sobre las obras de saneamiento, el drenaje, la provisión de agua, la pavimentación y la desecación de pantanos. Muchos estados respondieron al llamado, y sus informes resultan hoy muy valiosos para estudiar la sanidad de las diferentes zonas del país.<sup>23</sup>

Con respecto a provisión de agua, por ejemplo, se constata que era común que los pobladores la tomaran directamente de pozos o ríos que pasaban por las orillas de los pueblos o caseríos; en ocasiones construían depósitos en algún cerro, y la llevaban al pueblo a través de tubería; otras veces la obtenían de presas, o por filtraciones en terrenos de la ciudad; y, con frecuencia, era distribuida por medio de empresas particulares (que la trasladaban desde manantiales o ríos, por medio de cañerías y tanques surtidores, o por tuberías de fierro, alcantarillas y tomas distribuidas en calles y plazas.<sup>24</sup>

Con la idea de hacer públicos los avances que el país había tenido de 1810 a 1910, el Consejo Superior de Salubridad envió a todas las entidades del país, un nuevo cuestionario, en que solicitó a todas las entidades de la República Mexicana información sobre los organismos o autoridades encargados de la salud pública, sus reglamentos o códigos sanitarios, así como sobre construcción de hospitales, panteones, baños, rastrojos y jardines. Casi todas respondieron; pero falta en esa obra la información relativa a Campeche, Oaxaca, Quintana Roo, Tlaxcala y Veracruz.<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> LJCEAGA, 1911a.

<sup>23</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 8, exp. 1, 199 f., 1907-1908.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

<sup>25</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910. He tratado de complementar la información de este capítulo con los diarios oficiales de los estados y otras publicaciones.



## Organismos y códigos sanitarios en los estados

### Aguascalientes<sup>26</sup>

Durante el porfiriato, en Aguascalientes siguieron existiendo las juntas de sanidad creadas desde 1874; pero en 1903 fue creada una nueva Junta Superior de Salubridad, integrada por tres vocales propietarios y tres suplentes. Dicha Junta nombró a un médico auxiliar de la misma, el cual asistía a enfermos pobres, inyectaba suero antidiftérico a las personas desprovistas de recursos que lo necesitaban, e inspeccionaba los cadáveres de las personas que habían fallecido sin asistencia médica, a fin de expedir el certificado de defunción correspondiente.<sup>27</sup>

El 14 de enero de 1905, comenzó a funcionar el Consejo Superior de Salubridad Pública nombrado por el ejecutivo del estado, el cual sustituyó a la Junta Superior de Salubridad. El Consejo estaba integrado por cinco vocales propietarios: tres médicos, un abogado y un ingeniero; y tres suplentes: dos médicos y un abogado, y tenía, además, como auxiliares, a un médico inspector, un químico o farmacéutico responsable de la inspección de bebidas y comestibles, un médico y un ayudante encargados del servicio de desinfección, un agente inspector y un escribiente.<sup>28</sup>

En 1909, contaba con las siguientes comisiones: de habitaciones, escuelas, alimentos y bebidas; de templos, teatros, fábricas e industrias; de boticas y droguerías e inhumaciones; de epidemiología, epizootias, ordeñas, rastros y cárceles. Tenían contratados a un médico de ciudad, un agente de desinfecciones, un químico analista y un inspector del Consejo. Existía un Reglamento del Consejo Superior de Salubridad del Estado, que se refería a organización del servicio sanitario, las atribuciones del Consejo, las obligaciones de los funcionarios y empleados del organismo, y la aplicación de penas, entre otros asuntos.<sup>29</sup> El Consejo Superior de Salubridad aún existía en 1910.<sup>30</sup>

En las cabeceras de los partidos y en los municipios (Jesús Maña, Rincón de Ramos, Cosío, Tepezalá y San José de Gracia) había juntas menores de salubridad, de las que eran presidentes el

---

<sup>26</sup> Aguascalientes había sido parte de la Intendencia de Guadalajara y del estado de Zacatecas; en 1835 se le separó de éste. Desde 1835 y hasta 1874, el servicio sanitario estuvo a cargo de los ayuntamientos y jefaturas políticas, para lo cual se observaba el Reglamento de Policía, en cuyo capítulo III se encontraban las disposiciones relativas a la salubridad. El 21 de febrero de 1874, se estableció la primera Junta de Sanidad del estado, nombrada por el ayuntamiento de la capital. En las cabeceras de los partidos y en los municipios de los mismos también se formaron juntas de sanidad emanadas de los ayuntamientos, "pues no otra cosa han sido las comisiones especiales nombradas por ellos para dirigir esos ramos". CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910: CXI.

<sup>27</sup> LÓPEZ, 1905.

<sup>28</sup> *El Republicano. Periódico Oficial del Gobierno del Estado*, Aguascalientes, 27 de enero de 1907, p. 1.

<sup>29</sup> *El Republicano. Periódico Oficial del Gobierno del Estado*, Aguascalientes, 24 de enero de 1909, p. 1 y 5.

<sup>30</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

jefe político o el presidente municipal; y que contaban también con un vocal médico o práctico, y un secretario.<sup>31</sup>

### **Campeche**

Al menos desde 1884, había una Junta Superior de Sanidad del Estado de Campeche, la cual estaba integrada por el médico de ciudad y tres personas más.<sup>32</sup> En 1892, la junta contaba con un presidente, que era el delegado del Consejo Superior de Salubridad de la Nación, y otros tres miembros no médicos.<sup>33</sup> También había una Junta Facultativa de Medicina, integrada por cinco médicos, y una Junta Facultativa de Farmacia, integrada por seis farmacéuticos.<sup>34</sup> En el estado, hubo proyectos de Código Sanitario en 1902 y 1906, pero sólo llegó a dictarse un reglamento para los prostíbulos.<sup>35</sup>

### **Chihuahua**

De acuerdo con González Navarro, Chihuahua elaboró un Código Sanitario en 1892, el cual no llegó a entrar en vigor. En 1905 se estudiaba uno nuevo: y se expidieron reglamentos de baños, peluquería, ordeña y expendio de leche, bebidas y comestibles, templos, teatros y otros lugares de reunión.<sup>36</sup>

### **Coahuila<sup>37</sup>**

El Consejo Superior de Salubridad –creado en 1864– siguió siendo la autoridad sanitaria del estado hasta febrero de 1881. Ese año, volvió a crearse un Consejo (a veces también llamado Junta) de Salubridad, formado por tres o más profesores de medicina y farmacia, y del que era presidente el gobernador del estado. Éste quedó facultado para reglamentar lo relativo al despacho de boticas, y

---

<sup>31</sup> *El Republicano. Periódico Oficial del Gobierno del Estado*, Aguascalientes, 27 de enero de 1907 y 28 de febrero de 1909, p. 1 y 3.

<sup>32</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 15 de septiembre de 1885, p. 1.

<sup>33</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 6 de septiembre de 1892, p. 1.

<sup>34</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 7 de enero de 1899, p. 1.

<sup>35</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>36</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>37</sup> Coahuila fue parte de Nuevo León entre 1856, cuando Santiago Vidaurri –entonces gobernador de Nuevo León– se rebeló contra el gobierno central, avanzó sobre Saltillo y anexó aquel estado al suyo, y 1864, año en que Benito Juárez expidió el decreto que separó a Coahuila de Nuevo León y nombró al general Andrés S. Viesca primer gobernador del estado. Una vez reorganizada la administración, expidió éste un decreto que estableció el Consejo Superior de Salubridad. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

todo lo demás concerniente a la higiene pública y policía médica.<sup>38</sup> Este decreto, a su vez, estuvo en vigor hasta abril de 1891, en que la Diputación expidió un decreto que tenía como objeto prevenir las epidemias y combatir las enfermedades reinantes. Se estableció una Inspección de Salubridad Pública, encargada a un facultativo de la capital, y se suprimió el Consejo (o Junta) de Salubridad. La Inspección tenía las mismas atribuciones que aquél, y podía nombrar juntas de salubridad locales o comisiones especiales.<sup>39</sup>

En algún momento el Consejo debe de haberse reinstalado, pues en la prensa oficial del estado se hablaba en 1909 del Consejo Superior de Salubridad e Higiene Pública. Éste estaba integrado por un presidente, que era el director del Hospital Civil; un vicepresidente, que era el inspector general de Salubridad; un secretario, que era el ayudante del inspector; y seis vocales, de los cuales uno era nombrado tesorero por los propios miembros del Consejo.<sup>40</sup>

El Consejo, que dependía directamente del Ejecutivo del Estado,<sup>41</sup> dictó el 28 de julio de 1909 un “Reglamento para la limpieza pública” que constaba de diez normas a cumplir; entre otras, barrer las calles y tirar a diario la basura, así como instalar drenajes en las casas, y evitar la aglomeración de animales en las casas-habitación.<sup>42</sup> Desde 1903, Coahuila delegó en la federación su autonomía en asuntos sanitarios.<sup>43</sup>

### **Colima**

El 3 de enero de 1888, en el estado se expidieron las Ordenanzas Municipales que establecieron el régimen, atribuciones y facultades del Ayuntamiento de Colima. Éste tenía una comisión permanente de Policía y Sanidad, y otras relacionadas con la salubridad y la higiene pública, como las de fuentes, beneficencia y panaderías. Dichas comisiones debían tomar acciones en favor de la higiene pública, cuidar la sanidad en los abastos de mercados, hospitales y cárceles; vigilar que se observaran los bandos de policía; formar un censo de población; evitar fangos, cuidar la propagación de la vacuna antivariolosa, garantizar la distribución del agua potable, vigilar a las farmacias, conservar los campos mortuorios, redoblar la vigilancia en caso de epidemias, cuidar y combatir las

---

<sup>38</sup> *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Coahuila*, Saltillo, 26 de mayo de 1886, p. 5.

<sup>39</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>40</sup> *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Coahuila*, Saltillo, 29 de mayo y 2 de junio de 1909, p. 1 y 1.

<sup>41</sup> *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Coahuila*, Saltillo, 8 de enero de 1910, p. 2.

<sup>42</sup> *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Coahuila*, Saltillo, 4 de agosto de 1909, p. 1.

<sup>43</sup> LICEAGA, 1911a.

causas que las produjeran, y vigilar a la beneficencia pública. Desde el de 29 de marzo de 1885, hubo un nuevo Bando de Policía Sanitaria.<sup>44</sup>

### **Durango<sup>45</sup>**

Al parecer, la Junta de Sanidad creada en 1856 en Durango, siguió siendo autoridad durante el porfiriato. Además, estaban en vigor las disposiciones del Bando de Policía de 13 de mayo de 1885, la ley de aguas públicas, las disposiciones sobre mercedes de agua, y los reglamentos relativos a la casa de matanza y abasto público, el rastro de cerdos, la casa de ordeña, las panaderías, el mercado de Durango, los lavaderos públicos y los teatros.<sup>46</sup>

### **Guanajuato<sup>47</sup>**

En julio de 1877, el Congreso del Estado decretó la reforma a la Constitución local y en el artículo 69, estableció que los ayuntamientos estaban a cargo del gobierno interior de los pueblos. En el artículo 76, estipuló dentro de las tareas de los mismos, la de cuidar de la policía en todos sus ramos, y dictar los reglamentos convenientes.<sup>48</sup>

### **Guerrero**

Para evitar que en Teloloapan siguiera desarrollándose la viruela, la cual había causado un número considerable de defunciones entre los niños, en 1899 fue establecida una Junta de Sanidad.<sup>49</sup> Lo mismo sucedió en Zaragoza y en Morelos (Guerrero) en 1900, para tomar medidas contra la influenza en el primer caso, y contra la viruela en el segundo.<sup>50</sup>

En 1908, se establecieron de manera permanente juntas de sanidad en cada municipio de Guerrero.<sup>51</sup> En Tabres, a causa de la extensión de la viruela en ese puerto y pueblos cercanos, el Ayuntamiento nombró a un inspector de sanidad y varios agentes, para vigilar el aseo de calles y del

---

<sup>44</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>45</sup> El 21 de abril de 1856, el gobernador de Durango decretó el establecimiento en la capital de una Junta de Sanidad, que se encargaría de todo lo relativo a la salubridad pública del estado. Su reglamento fue publicado el 5 de julio de ese año, y su jurisdicción en materia de higiene y salubridad se extendía a todo el estado.

<sup>46</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>47</sup> En 1827, fue creada la Junta Superior de Beneficencia y Sanidad; en 1837, la Junta Departamental; en 1865, el Consejo Superior de Beneficencia. *Ibidem*.

<sup>48</sup> *Ibidem*.

<sup>49</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero*, Chilpancingo, 1 de marzo de 1899, p. 9.

<sup>50</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero*, Chilpancingo, 17 de febrero y 10 de marzo de 1900, p. 3 y 4.

<sup>51</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero*, Chilpancingo, 21 de marzo de 1908, p. 78.

interior de las habitaciones, hacer la desinfección de los cuartos que lo ameritasen, y administrar la vacuna.<sup>52</sup>

### **Hidalgo**

En 1886, con motivo de una epidemia de tifo, se nombró en Pachuca una Junta Municipal de Salubridad.<sup>53</sup> La Junta, al parecer, dejó de funcionar dos años después. En 1889, se habla de un Consejo de Salubridad en la ciudad de Tulancingo.<sup>54</sup> En el año 91, el organismo encargado de examinar los comestibles y bebidas en tiendas y panaderías denunciadas por la población en los libros destinados para ello en la presidencia municipal, era la Policía Sanitaria.<sup>55</sup>

Dos años después, se había establecido –por iniciativa del Ejecutivo– un Consejo de Salubridad en el estado.<sup>56</sup> En 1899, el gobernador se reunió con algunos médicos de Pachuca con el objeto de constituir una asociación médica, cuyo fin fuera atender la higiene y salubridad públicas, y que quedó definitivamente instalada el 5 de enero de 1900.<sup>57</sup>

En 1903, se estableció una Junta de Salubridad en el municipio de Tula, la cual tenía las tareas de cuidar la higiene y salubridad pública, y proponer cuantas medidas considerara oportunas o necesarias para cumplir ese objetivo. La Junta tenía cinco miembros, de los que uno era médico.<sup>58</sup>

### **Jalisco<sup>59</sup>**

La Junta de Higiene prestó sus servicios desde 1875, año en que fue creada, hasta 1882, cuando algunos médicos gestionaron ante el gobernador para crear en su lugar una Junta Superior de Salubridad. El 15 de octubre de ese año, se invistió a la Junta de Salubridad de facultades más amplias, para lo cual se le separó del Ayuntamiento y se le hizo depender directamente del gobierno

---

<sup>52</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero*, Chilpancingo, 6 de junio de 1908, p. 237.

<sup>53</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 4 de febrero 4 de 1886, p. 73-75.

<sup>54</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 29 de diciembre de 1889, p. 340.

<sup>55</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 17 de marzo de 1891, p. 3.

<sup>56</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 8 de abril de 1893, p. 1.

<sup>57</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 12 de noviembre de 1899 y 1 de enero de 1900, p. 1 y 1.

<sup>58</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 12 de enero de 1903, p. 1.

<sup>59</sup> El estado recibió la vacuna desde 1804. En 1824, se estableció una Junta Superior de Salubridad Pública; suprimida en 1835, se le reinstaló en 1840. Ésta era sólo un cuerpo consultivo, ya que la administración de los servicios sanitarios la tenía la corporación municipal. En 1847, sus atribuciones fueron delegadas en la sección médica del Instituto de Ciencias, el cual fue suprimido cuatro veces durante los gobiernos militares del siglo XIX. Desde 1871, en el seno de la Sociedad de Medicina se discutió el proyecto de Ley para el arreglo de la policía médica del estado. En él se propuso la creación de una Junta Superior de Salubridad y la codificación de las leyes sanitarias; pero entonces no fue aprobado el proyecto. El de 30 de noviembre de 1875 se creó una Junta Auxiliar de Higiene. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

del estado. Quedó compuesta de cinco médicos, dos farmacéuticos y un veterinario, los que eligieron a un presidente, un vicepresidente y un secretario. Al mes siguiente se aprobó su reglamento.

Posteriormente, fue establecido el Consejo Superior de Salubridad, el cual se componía de seis médicos higienistas –cinco civiles y uno militar–, un abogado, un médico veterinario, un farmacéutico y un ingeniero, en calidad de vocales; la Comisión de Salubridad del Ayuntamiento, y los empleados necesarios para los trabajos técnicos y laboratorios especiales encomendados al Consejo.

En Guadalajara, la administración sanitaria local quedó a cargo del gobernador, el Consejo Superior de Salubridad, el jefe político, la Comisión de Salubridad del Ayuntamiento, los directores y médicos de hospitales públicos, la Inspección de Sanidad Municipal y varios agentes. En los cantones, fue responsabilidad de las juntas de sanidad, integradas por el jefe político, el presidente del Ayuntamiento, la Comisión de Salubridad del Ayuntamiento y el médico encargado de la vacuna. En cada departamento, quedó a cargo de las juntas de salubridad, integradas por el director político, el presidente del Ayuntamiento, la Comisión de Salubridad del Ayuntamiento y el médico encargado de la vacuna. En las municipalidades y comisarias, las tareas de salud fueron responsabilidad de los funcionarios encargados de la administración pública. Los jueces de primera instancia tenían la obligación de dar su parecer a las juntas de sanidad del estado, siempre que se necesitara la opinión de un perito en la ciencia jurídica.<sup>60</sup>

Entre las atribuciones de la Junta Superior de Salubridad de Jalisco, creada en 1882, se estableció la de formar un código sanitario para el estado. Éste fue expedido el 11 de octubre de 1892, y aún estaba vigente en 1910. De acuerdo con él, ejercían la administración general: el gobernador, jefe supremo del ramo; el Consejo Superior de Salubridad; las juntas de sanidad de los cantones y departamentos del estado; y los agentes sanitarios, especialmente nombrados para cualquier punto del mismo. Había, además, un Reglamento interior de la Junta Directiva del Consejo de Salubridad y otros, relativos a casas de tolerancia (desde 1873), boticas, expendios de carnes, inspección de bebidas y comestibles y secciones médicas de los puestos de policía, administración de la vacuna, gabinete antirrábico, y aislamiento y desinfección en casas de enfermos de afecciones contagiosas.<sup>61</sup> Este último obligaba a los facultativos a dar aviso al Consejo Superior de Salubridad

---

<sup>60</sup> *Ibidem.*

<sup>61</sup> *Ibidem.*

de ese estado de todos los casos que observaran de cólera asiático, tifo, fiebre tifoidea y otras enfermedades.<sup>62</sup>

### **Michoacán<sup>63</sup>**

En 1889, la Junta de Salubridad tenía comisiones permanentes de Medicina Legal, Higiene, Historia Natural y Farmacia, Estadística Patológica, Peticiones y Reglamento. En las demás localidades, el servicio de salubridad e higiene estaba a cargo de los ayuntamientos.<sup>64</sup> La Junta funcionó hasta el 15 de septiembre de 1894. Al día siguiente, fue sustituida por un Consejo Superior de Salubridad, dependiente del Ejecutivo del estado, el cual nombraba a sus miembros. El Consejo estaba compuesto por tres vocales propietarios, tres suplentes y un secretario,<sup>65</sup> y quedó integrado por las siguientes comisiones: Sanidad en los Distritos; Farmacia, Droguerías y Boticas; Ejercicio de la Medicina: Inhumaciones, Exhumaciones, Depósito y Traslación de Cadáveres; Epidemiología; Epizootias; Asuntos de Policía Sanitaria en Relación con Animales; Cárceles, Internados y Hospicios; Mercados; Basureros; Vacuna; Inspección Sanitaria; Estadística; Bacteriología; Obras Públicas y otras que afecten a la Higiene; Asuntos Jurídicos; Medicina Legal, y Publicaciones.<sup>66</sup>

La Junta de Salubridad había tenido limitaciones, como el hecho de que constituía un cargo concejil. Como sus miembros no eran retribuidos, no podía exigírseles demasiado. A partir de la creación del Consejo, éstos recibieron sueldos, y se les designaron, igualmente, sus obligaciones. Fuera de la capital, se crearon juntas de sanidad, que eran representantes del Consejo en las poblaciones. En las cabeceras de Distrito, las juntas de sanidad se componían del prefecto, del síndico y de un médico nombrado por el gobierno a propuesta del Consejo. En las cabeceras de municipalidad, las juntas estaban compuestas por el presidente municipal, un síndico y un médico nombrado por el gobierno a propuesta del Consejo. En las demás poblaciones, ejercía la vigilancia de lo preceptuado en el Código Sanitario la primera autoridad política del lugar. Algunos policías eran adscritos a las juntas, con el carácter de agentes de sanidad.

---

<sup>62</sup> *El Estado de Jalisco*, Guadalajara, 9 de octubre de 1903, p. 635.

<sup>63</sup> Desde 1825, año en que se organizaron los ayuntamientos, se plantearon disposiciones sanitarias, dentro de las que estaba el nombramiento de una comisión permanente encargada específicamente de la sanidad. A ella se agregarían siempre el párroco del lugar y uno o más facultativos donde los hubiere. Por decreto del 15 de diciembre de 1868, se creó la Junta de Salubridad en la capital del estado. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>64</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 29 de enero de 1889, p. 3.

<sup>65</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 9 de septiembre de 1894, p. 1.

<sup>66</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 26 de enero de 1896, p. 5.



El proyecto de Código Sanitario del estado de Michoacán se remitió al gobierno del estado en 1895. Entró en vigor el 1 de enero del año siguiente. Había tomado como modelo el del D.F., pero con modificaciones.<sup>67</sup> En 1910, ya había sido derogado.<sup>68</sup>

### **Nuevo León<sup>69</sup>**

El 9 de mayo de 1888, se reorganizó el Consejo de Salubridad del estado. El 18 de octubre de 1893 se expidió una ley que establecía nuevamente la misma corporación, y el 25 de febrero de 1894, se publicó el reglamento que debía normar sus funciones. Esta ley quedó derogada el 24 de marzo de 1899, en que se expidió la ley del Consejo de Salubridad, publicada el 4 de abril.

El presidente nato era el gobernador, y había cinco miembros titulares, que debían ser médicos o farmacéuticos. Eran adjuntos quienes con título legal ejercieran la medicina o la farmacia en Nuevo León, el director y los médicos del Hospital González, y los médicos, farmacéuticos y veterinarios al servicio del Municipio de la capital; todos ellos tenían el carácter de activos, y debían acudir cuando se les llamase.

El Consejo contaba con cinco comisiones: Estadística, Construcciones, Vacuna y Limpieza Pública; Secretaría y Tesorería del organismo, Dirección de Desinfecciones: Epidemiología, Aislamiento, Bacteriología, Higiene Escolar e Inspección de Industrias: Bromatología e Inspección de Droguerías, Boticas, Cantinas, Rastros, Panaderías, Hoteles y Fondas; e Inspección de Curtidurías, Acequias, Canales, Cuerearías, Letrinas, Destilerías y Peluquerías.<sup>70</sup>

Dentro de sus atribuciones estaban: proponer al gobierno las medidas convenientes para mejorar la salubridad del estado; hacer las visitas que aquél ordenase a todos los establecimientos y lugares que de algún modo pudieran perjudicar la salubridad, e indicar las reformas necesarias para mejorar la higiene pública; proponer las medidas a tomar para evitar o combatir el desarrollo de enfermedades epidémicas, endémicas y trasmisibles, y redactar los reglamentos que debían ser

---

<sup>67</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 7 de marzo de 1895 y 2 de enero de 1896, p. 6 y 7.

<sup>68</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>69</sup> El estado existía desde 1824. En 1851, el Congreso del Estado decretó la creación de un Consejo de Salubridad, compuesto por el gobernador que sería su presidente nato, cuatro miembros titulares y algunos adjuntos. Entre otras funciones, debía el Consejo: proponer las medidas convenientes para mejorar la salubridad; resolver las cuestiones médico, legales e higiénicas que le dirigieran las autoridades; erigir en la capital, cátedras de los diversos ramos de las ciencias médicas; visitar boticas, hospitales y cárceles, para comprobar el estado que guardaban; y propagar y conservar la vacuna. El nuevo Consejo expidió su reglamento el 20 de enero de 1852. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>70</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Nuevo León*, Monterrey, 29 de noviembre de 1904 y 27 de noviembre de 1908, p. 1 y 2.



observados en tiempo de epidemia; por último, informar al gobierno de las enfermedades reinantes en el estado, especialmente en la capital.<sup>71</sup>

Desde 1903, Nuevo León delegó en la federación su autonomía en asuntos sanitarios.<sup>72</sup> El Código Sanitario de Nuevo León fue expedido en 1906, y hecho público dentro y fuera del estado.<sup>73</sup>

### **Puebla<sup>74</sup>**

El porfiriato estaba cerca de su ocaso y el ayuntamiento de la ciudad de Puebla seguía teniendo a su cargo el ramo de la higiene pública, por medio de la Comisión de Salubridad. Había también una Oficina de Sanidad, dependiente igualmente del Ayuntamiento, la cual atendía los diferentes ramos de la salud pública, apoyándose en varios acuerdos y reglamentos. Vigilaban su ejecución los jefes políticos, inspectores especiales y la policía.

En los distritos del estado, casi siempre los ayuntamientos tuvieron a su cargo los asuntos de salubridad, y sus disposiciones a ese respecto estaban contenidas en reglamentos y bandos. En Chalchicomula, desde 1825 y hasta 1890 hubo un bando de policía; en Zacatlán, desde 1860 se observó un Reglamento de policía.<sup>75</sup>

En 1910, en las oficinas de Salubridad del Palacio Municipal fue instalado un laboratorio bacteriológico municipal, cuya finalidad era hacer los análisis de aguas de la ciudad, el estudio de los bacilos de cólera y fiebre tifoidea, los análisis de carnes y leche, y servicios al público tales como análisis de esputos o fiebre puerperal.<sup>76</sup>

A finales del siglo empezó a hablarse en el estado de la necesidad de formar un código sanitario.<sup>77</sup> A parecer, esto no se concretó; en 1904, los establecimientos peligrosos de la ciudad estaban siendo inspeccionados de acuerdo con el Código Federal.<sup>78</sup>

### **San Luis Potosí<sup>79</sup>**

---

<sup>71</sup> AHUNAM, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, congresos médicos, caja 28, exp. 9. f. 29, 1892.

<sup>72</sup> LICEAGA, 1911a.

<sup>73</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Nuevo León*, Monterrey, 8 de mayo de 1906, p. 1.

<sup>74</sup> Desde 1813, el ayuntamiento de la ciudad de Puebla encomendó los servicios sanitarios a una Junta de Sanidad; dicha junta prestó sus servicios hasta 1867, en que el ayuntamiento se hizo cargo directamente de los asuntos de higiene pública, por medio de su Comisión de Salubridad. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>75</sup> *Ibidem*.

<sup>76</sup> *Boletín Municipal*, Puebla, 24 de diciembre de 1910, p. 6.

<sup>77</sup> MEMORIA INSTRUCTIVA Y DOCUMENTADA..., 1901.

<sup>78</sup> FUENTE DE LA, 1910a.

En 1881, se estableció en el estado la Inspección de Sanidad: siguieron existiendo la Junta de Salubridad y la Comisión de Higiene del Ayuntamiento. La Inspección de Bebidas y Comestibles y la Inspección de Casas de Matanza fueron fundadas en 1886. En 1889, se creó la Inspección General de Salubridad Pública del Estado, que centralizó las acciones de este ramo, y contaba con un laboratorio bacteriológico y químico. La Inspección hizo efectiva la desinfección obligatoria de las habitaciones de los atacados de enfermedades infecto-contagiosas; la formación de la estadística médica y la reorganización de la vacuna animal.<sup>80</sup>

El 14 de diciembre de 1891, el Congreso Constitucional de San Luis Potosí autorizó al Ejecutivo para expedir la Ley de Salubridad e Higiene Pública para todo el estado. El gobernador Díez Gutiérrez, expidió el 28 de marzo de 1892 la Ley que Organiza el Servicio de Salubridad, Higiene Pública y Policía Sanitaria del Estado, por virtud de la cual quedaron bajo la dirección exclusiva del Ejecutivo de San Luis Potosí, la higiene, la salubridad pública y la policía sanitaria del estado, la cual aún estaba en vigor al inicio de la revolución.<sup>81</sup> En San Luis Potosí, las autoridades sanitarias trataban de ser informadas de todos los casos de enfermedad. Cuando lo eran, relacionaban al padecimiento con las condiciones meteorológicas, la ocupación y la posición social de los pacientes; e informaban, a su vez, a los dueños de las casas, para que realizaran desinfecciones y, en caso necesario, extendían certificados de defunción.<sup>82</sup>

### **Tabasco<sup>83</sup>**

Durante la epidemia de cólera de 1882, los ayuntamientos fueron sustituidos en las tareas de salubridad por juntas de sanidad. Éstas estaban integradas por personas de sentimientos filantrópicos.

Desde 1900, el servicio sanitario fue ejercido por el Ejecutivo del estado, el Consejo de Salubridad de Tabasco (cuerpo consultivo formado por el médico de ciudad, el director del Hospital Civil, un comisionado del ayuntamiento y personas honorables nombradas por el Ejecutivo), los ayuntamientos, las juntas municipales y los jefes políticos (que fungían como jefes de la Policía Sanitaria, y cuya tarea era hacer cumplir las prevenciones de la ley). El resto de la Policía Sanitaria

---

<sup>79</sup> La primera Junta de Salubridad fue instalada el 1 de enero de 1871, por decreto de 14 de diciembre del año anterior. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>80</sup> *Ibidem.* MONJARÁS, 1897b.

<sup>81</sup> *Ibidem.*

<sup>82</sup> MONJARÁS, 1900.

<sup>83</sup> Había servicios sanitarios desde la época colonial. En 1851 y 1866 se recomendó especial vigilancia sobre la salubridad. *Ibidem.*

estaba integrado por la gendarmería (que se ocupaba de la higiene de todos los espacios privados y públicos), los ayuntamientos y las juntas municipales.<sup>84</sup>

En octubre de 1900, en Tabasco se legisló el ramo de la salubridad de manera más completa, ya que el 6 de dicho mes se expidió el Código Sanitario del estado. En 1910, se decía que el Código Sanitario de Tabasco era el mismo que el del Distrito Federal de 1903, con modificaciones relativas a su situación particular.<sup>85</sup>

### **Tamaulipas<sup>86</sup>**

La población de Laredo fue fundada en 1843, y desde entonces hubo un servicio sanitario que estaba a cargo del Ayuntamiento, y que duró hasta 1880. A partir de 1881, hubo una Junta local de Sanidad que actuaba con independencia del ayuntamiento, aunque subvencionada por éste para atender a la salubridad pública; estaba integrada por el presidente municipal, el regidor comisionado de salubridad, dos médicos, el ingeniero de la ciudad y el secretario del Ayuntamiento. En Matamoros y en Ciudad Victoria, así como en otras poblaciones, había juntas locales de sanidad, que reconocían como centro a la Junta de Sanidad de la capital.

El 4 de noviembre de 1892, el gobernador mandó publicar y circular el Código Sanitario expedido por el Congreso del Estado el 31 de octubre de ese año, el cual aún regía en 1910. De acuerdo con dicho Código, los asuntos sanitarios dependían del Ejecutivo local y de las autoridades del orden administrativo. Esta ley estableció una Junta Superior de Sanidad integrada por el presidente y el secretario del ayuntamiento, el juez del Registro Civil y un médico titulado, si bien en caso de epidemia, ingresaban a la Junta todos los médicos de la población. El organismo tenía carácter consultivo, pero, en cuanto a la extinción de las epidemias y a la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas, tomaba medidas resolutivas. En la capital funcionaba, además de la Junta Superior de Sanidad, la Junta Local de Sanidad compuesta por tres médicos, un abogado y un ingeniero, en calidad de vocales. La Oficina de la Dirección General de Beneficencia Pública y Salubridad del Estado, que dependía del Ejecutivo, colaboraba también con la Junta Superior de Sanidad.<sup>87</sup> Se formaron, asimismo, juntas locales de sanidad en todas las poblaciones del estado, las cuales estaban sujetas a aquélla. Como había la intención de formar la estadística del estado, los

---

<sup>84</sup> *Ibidem.*

<sup>85</sup> *Ibidem.*

<sup>86</sup> La primera Junta de Sanidad de Tampico se estableció en 1841; estaba integrada por el alcalde primero como presidente, dos regidores, los dos síndicos, dos vecinos de la población, facultativos de medicina y cirugía y el cura párroco. La junta sólo se reunía en caso de aparición de una epidemia. *Ibidem.*

<sup>87</sup> *Ibidem.*

médicos estaban obligados a expedir los certificados de defunción y dar noticia a las autoridades en los casos de enfermedades epidémicas; si éstas se presentaban, las autoridades tenían derecho a decretar el aislamiento individual o colectivo.<sup>88</sup>

En Tampico, como puerto del Golfo, en cuanto a sanidad marítima regían los preceptos establecidos por el Código Federal, y estaban a cargo de ella médicos de sanidad federal que eran delegados del Consejo Superior de Salubridad de la capital de la República. Además, en Tampico había un médico inspector de bebidas y comestibles e inspector de aguas; otro médico de cárcel, legista y encargado de la higiene pública; y un médico propagador de la vacuna e inspector de sanidad.<sup>89</sup>

### Veracruz

En 1881, se habla del nombramiento en Veracruz, por parte del gobernador de ese estado, de los miembros del Consejo Médico del Estado de Veracruz.<sup>90</sup> Desde el 9 de agosto de 1882, se estableció la Facultad de Ciencias Médicas, que quedó integrada por cinco vocales propietarios y tres suplentes. Tres de los primeros y dos de los segundos debían ser médicos titulados y los otros, farmacéuticos también titulados. La Facultad debía ministrar los informes solicitados por el Ejecutivo del estado; presentar iniciativas sobre vacuna, epidemias, mataderos, mercados, inspección de alimentos y demás ramos referentes a la salubridad pública; así como sobre establecimiento de boticas, herbolarios y droguerías; y sobre el ejercicio de profesiones: dentistas, parteras, veterinarios y flebotomianos.<sup>91</sup> Para los años 1887-1888, fue nombrado presidente de dicha Facultad el jefe político de Veracruz, por delegación del gobernador del estado.<sup>92</sup>

En 1886, había una Junta de Sanidad del Ayuntamiento de Xalapa:<sup>93</sup> otra en Tuxpan, integrada de la siguiente manera: el presidente era el jefe político; el vicepresidente, el alcalde municipal; los vocales, el regidor 3º, el regidor 5º, el síndico 2º, y el capitán del puerto.<sup>94</sup> Más tarde, hubo juntas de sanidad en Coatepec y Misantla.<sup>95</sup>

---

<sup>88</sup> *Ibidem*.

<sup>89</sup> *Ibidem*.

<sup>90</sup> *Gaceta Médica de México*, vol. XVI, núm. 16, 15 de agosto de 1881, p. 288.

<sup>91</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Orizaba, 8 de enero de 1885, p. 1. HERMIDA RUIZ, 1994: 76-84.

<sup>92</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 8 de febrero de 1887, p. 1.

<sup>93</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 28 de enero de 1886, p. 2.

<sup>94</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Jalapa, 11 de febrero de 1886, p. 2.

<sup>95</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 18 de enero y 20 de febrero de 1894, 17 de enero de 1895; p. 1, 1 y 1.

En 1901 había ya un Consejo de Salubridad del Estado Libre y Soberano de Veracruz-Llave.<sup>96</sup> Aun entonces, siguió existiendo la Facultad de Ciencias Médicas del estado.<sup>97</sup> En 1895, el gobernador comisionó a los médicos Ignacio Gómez Izquierdo y José Alfaro para estudiar las condiciones de cada localidad, y proponer modificaciones o adiciones al Código Sanitario federal.<sup>98</sup> Éste fue promulgado en 1900.<sup>99</sup>

### **Yucatán<sup>100</sup>**

Por decreto del 16 de abril de 1880, se volvieron a establecer juntas de sanidad en todo el estado, incluyendo la Junta Superior (o Suprema) de Sanidad de Mérida. El 27 de agosto de 1886, fue creada la plaza de médico de salubridad dependiente de la Junta Suprema de Sanidad del estado, y el 29 de noviembre de ese año se estipuló la forma en que había de ejercer dicho médico.<sup>101</sup>

Del 31 de diciembre de 1889 era el Reglamento municipal al cual habían de sujetarse los cuatro médicos de ciudad encargados de la higiene pública en el municipio de Mérida. Dicho Reglamento estableció un Consejo Municipal de Higiene Pública, a cargo del cual se puso la Inspección Sanitaria de la ciudad.<sup>102</sup>

De conformidad con los preceptos del Código Sanitario Federal, el 31 de enero de 1894, se creó en el estado un Consejo Superior de Salubridad. (Este decreto fue luego derogado por el de 22 de enero de 1898 y sustituido, a su vez, por el de 11 de febrero de 1898.) Por Reglamento de 3 de febrero de 1894, la administración sanitaria del estado quedó a cargo del gobernador, como jefe superior del ramo, del Ayuntamiento, del jefe político y del citado Consejo Superior de Salubridad.<sup>103</sup>

---

<sup>96</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 6 de abril de 1901, p. 2.

<sup>97</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 29 de julio de 1909, p. 3.

<sup>98</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 23 de enero de 1895, p. 1.

<sup>99</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>100</sup> Las actividades sanitarias se remitan a la época colonial. La vacuna antivariólica fue importada a la provincia en 1804, y la primera Junta de Sanidad se estableció en 1813. En 1841, se encomendó a los Ayuntamientos el servicio sanitario. En 1850, se establecieron una Junta Suprema de Sanidad en la capital, Juntas Superiores en las cabeceras del Partido y Juntas Subalternas en algunos pueblos. La Junta Suprema estaba constituida por el gobernador como presidente, el magistrado menos antiguo, el jefe político del Partido de la capital, el presidente de la Cámara Legislativa, el comandante militar del distrito, uno de los curas del sagrario, un facultativo y cuatro vecinos de la ciudad. Desde 1874, el Ejecutivo mandó establecer Juntas de Sanidad en todos los pueblos. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>101</sup> "Reglamento a que debe sujetarse el médico de salubridad de la capital del estado". *La Razón del Pueblo. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 3 de diciembre de 1886, p. 2.

<sup>102</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>103</sup> *Ibidem*.

El primer Código Sanitario de Yucatán fue expedido el 18 de abril de 1896.<sup>104</sup> Entre muchas otras medidas, estipuló las condiciones para el establecimiento de cordones sanitarios y lazaretos; y las visitas sanitarias a los domicilios y a todo tipo de establecimientos.<sup>105</sup>

### Zacatecas

Desde 1877, al menos, había una Junta de Sanidad;<sup>106</sup> desde 1892, un Consejo de Salubridad,<sup>107</sup> y desde 1905, una Comisión de Salubridad, que funcionaba todavía en 1910.<sup>108</sup> Cuando en el estado se presentaba alguna enfermedad epidémica considerada alarmante, el Ejecutivo comisionaba a un facultativo de la ciudad de Zacatecas, que permanecía en la población afectada por el mal, hasta que éste se extinguía.<sup>109</sup> También se inspeccionaban bebidas y comestibles, y se hacía el análisis de la leche.<sup>110</sup>

### Otros estados

Se habla de un Consejo de Salubridad de Chiapas.<sup>111</sup> En Morelos había un Consejo de Salubridad,<sup>112</sup> y el estado emitió su propio código, similar al de la capital.<sup>113</sup> También había un Consejo de Salubridad en Querétaro,<sup>114</sup> y una Comisión de Salubridad en el ayuntamiento de Sinaloa.<sup>115</sup> A finales del porfiriato, no había aún un organismo dedicado a la sanidad en Sonora;<sup>116</sup> existían sólo

---

<sup>104</sup> *La Razón del Pueblo. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 20 de mayo de 1896, p. 3.

<sup>105</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>106</sup> *El Defensor de la Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado, Zacatecas*, 30 de octubre de 1877, p. 2.

<sup>107</sup> *El Defensor de la Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado, Zacatecas*, 19 de octubre de 1892, pp. 2-3.

<sup>108</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado, Zacatecas*, 18 de octubre de 1905 y 19 de octubre de 1910, p. 511.

<sup>109</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 42-45.

<sup>110</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>111</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Coahuila*, Saltillo, 9 de agosto de 1889, p. 1-2.

<sup>112</sup> "Trabajos con motivo de las epidemias de viruela y paludismo en 1903", *Boletín Oficial del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal*, 19 de ene ro de 1906, pp. 81-82.

<sup>113</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>114</sup> *La Sombra de Arteaga. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro*, Querétaro, 23 de mayo de 1892, 5 de febrero de 1908 y 9 de junio de 1910.

<sup>115</sup> AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 2, exp. 9, 9 f., 1882.

<sup>116</sup> En las Ordenanzas Municipales y los informes de prefectos de mediados del siglo XIX, había noticias sobre la salubridad y la higiene. GARCÍA ORTEGA, 2003. También en el ochocientos, hubo organismos sanitarios fundados de manera temporal como medida emergente ante alguna epidemia, por ejemplo, en la ciudad de Arizpe, durante la epidemia de cólera de 1833. ALCOCKER ARREDONDO, 2003.

ordenanzas municipales y bandos de policía y buen gobierno;<sup>117</sup> sin embargo, llegaban a establecerse juntas de sanidad en casos de epidemias.<sup>118</sup>

### **Uniformidad: avances y límites**

Después de la Independencia, las tareas sanitarias correspondieron a las autoridades políticas, sobre todo a los ayuntamientos, que solían tener una comisión, temporal o permanente, de policía y sanidad. A inicios del porfiriato, esto aún ocurría en Colima, Guanajuato, Puebla, Sinaloa, Tamaulipas, Jalisco y Tabasco. Con frecuencia las comisiones encargadas de la sanidad tenían un carácter emergente; eran creadas a raíz de epidemias, y pasado el peligro desaparecían. Sin embargo, hubo durante el porfiriato una tendencia creciente a su profesionalización. De los estados mencionados arriba, Tamaulipas tuvo después juntas de sanidad; mientras que Hidalgo, Jalisco y Tabasco crearon juntas de sanidad primero, y consejos de salubridad después.

En Veracruz, se ocupaban de las tareas sanitarias el Consejo Médico del Estado y la Facultad de Ciencias Médicas; más tarde hubo también, sucesivamente, juntas de sanidad y un Consejo de Salubridad del estado. En otros estados existían originalmente juntas [superiores] de sanidad [e higiene]. Tal fue el caso de Campeche, Durango, Guerrero, Aguascalientes, Michoacán, Yucatán y Zacatecas. Pero en los cuatro últimos estados, se crearon más tarde consejos de salubridad. También fue creado un Consejo [Superior] de Salubridad [e Higiene Pública] en el estado de México, Nuevo León, San Luis Potosí, Coahuila, Morelos, Querétaro y, al parecer, Chiapas. Además de contar con un Consejo, San Luis Potosí y Coahuila tenían una Inspección General de Salubridad Pública. Es decir que, contando al Distrito Federal, 16 entidades tenían hacia 1910 un Consejo Superior de Salubridad, además del territorio de Tepic donde había una Junta de Sanidad (a veces también denominada Consejo de Salubridad). Por lo que toca a los organismos sanitarios de los estados, destaca el caso de Sonora, donde no fue creado ninguno, lo que también ocurrió en algunos de los territorios.<sup>119</sup>

En todos lados, existían ordenanzas municipales, bandos de policía y buen gobierno, leyes y reglamentos. Pero también expidieron códigos sanitarios Jalisco (1892), Tamaulipas (1892), Michoacán (1896), Yucatán (1896), Tabasco (1900) Veracruz (1900) y Nuevo León (1906). En San Luis Potosí, desde 1891 fue expedida una Ley de Salubridad e Higiene Pública para todo el estado.

---

<sup>117</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>118</sup> LIZÁRRAGA GARCÍA, 2003.

<sup>119</sup> Véase el capítulo "Detener al enemigo: salubridad en territorios, puertos y fronteras".

Las autoridades sanitarias –y donde no las había, las autoridades políticas– de los estados, desecaron pantanos, drenaron lagos y limpiaron ríos; pavimentaron calles, ampliaron y construyeron atarjeas, albañales y caños de desagüe, y realizaron otras obras de saneamiento, generalmente en las ciudades capitales. Para ello, contrataron los servicios de alguna compañía –como la Compañía Mexicana de Pavimentos de Asfalto y Construcciones o la Compañía Bancaria de Obras y Bienes Raíces–. En Tabasco, por poner un ejemplo, desde 1901 se estableció un servicio de provisión de agua en la capital, a cargo de la “Compañía Tabasqueña de Aguas”, que se surtía del Grijalva y tenía tendidas sus cañerías por todas las calles sin excepción alguna. Los únicos pobladores que no se servían de ella eran los que tenían pozos. Hacia 1908, las aguas pluviales se recibían por obturadores hidráulicos, y contaban con un sistema de drenaje con caños maestros, si bien incompleto.<sup>120</sup> Pero, con frecuencia, una gran parte del costo de las obras, o la realización de las mismas, recaía sobre los ciudadanos; en 1910, el *Boletín Municipal* de Puebla reportó que en la ciudad se habían ido realizando obras de saneamiento, abastecimiento y distribución de aguas, y pavimentación, obligando para ello a los propietarios de edificios.<sup>121</sup> Las autoridades sanitarias federales cooperaban económicamente con muchos estados: Nuevo León, Jalisco, Puebla y Oaxaca hacían el saneamiento de sus ciudades a sus expensas.<sup>122</sup>

Estas autoridades sanitarias estatales expidieron reglamentos y leyes, con el fin de que los establecimientos insalubres, peligrosos e incómodos –como cementerios, matanzas, jabonerías, tenerías, velerías y fábricas de sustancia químicas– fueran llevados lejos de las poblaciones, y los edificios ruinosos, reparados en bien de la salubridad; los curtidores no arrojaran el agua y desecho de pieles a la calle, y nadie aventara líquidos en la vía pública, excepto agua limpia para regar a horas predeterminadas: los vecinos barrieran el frente de sus casas (en algunos lugares, dos veces al día), y depositaran la basura sólo en los lugares destinados a ello; los mingitorios y letrinas situados en plazas fueran aseados, y los respiraderos de atarjeas, reformados; los acueductos y caños fueran limpiados, y lo mismo se hiciera con plazas y parques; ninguna sustancia alimenticia fuera falsificada o adulterada, nadie vendiera animales enfermos o mordidos por lobos, y se destinara un lugar para inhumar a los animales sacrificados en la calle o enfermos procedentes de rastros, en un

---

<sup>120</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 8, exp. 1, fs. 22-24, 1907-1908.

<sup>121</sup> *Boletín Municipal*, Puebla, 8 de enero de 1910, p. 1.

<sup>122</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 8, exp. 1, 199 f., 1907-1908.



lugar contrario a los vientos dominantes; todas las personas fueran vacunadas contra la viruela, y los niños fueran inyectados con suero preventivo en casos de epidemias de difteria.<sup>123</sup>

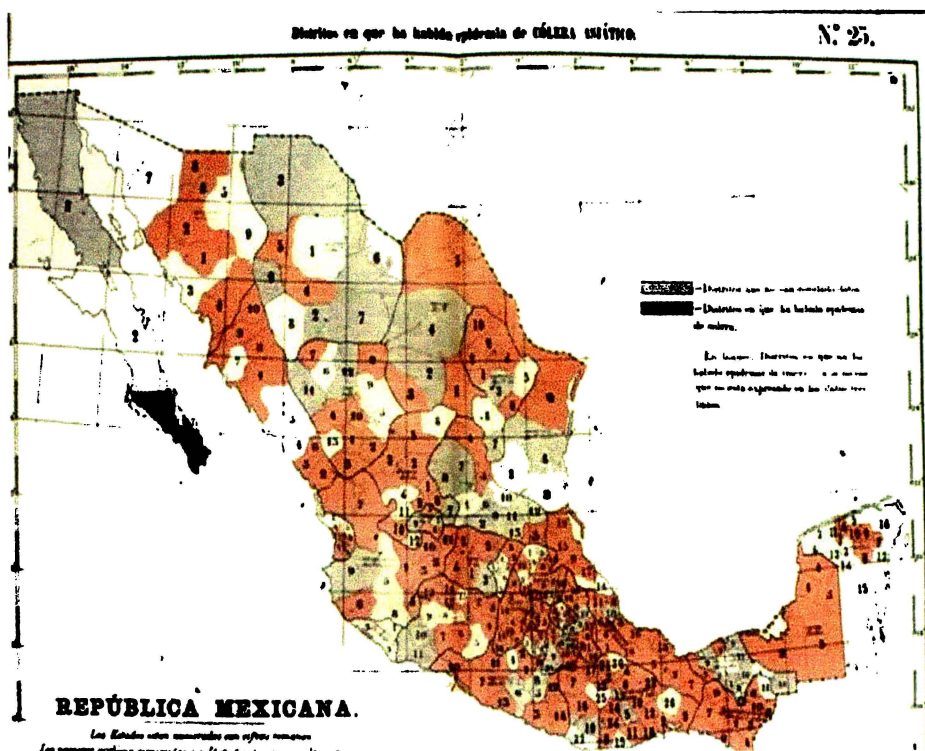
Aunque había problemas de salud generalizados en todo el país, otros eran específicos de ciertas entidades de la República. Por ello, uno de los primeros propósitos de la burocracia sanitaria porfiriana fue hacer un diagnóstico de salud del país, que le permitiera identificar las enfermedades propias de cada región y su etiología probable, pues este conocimiento –pensaba– podía proporcionar las reglas de una profilaxis racional.

---

<sup>123</sup> Aunque, en teoría, desde 1917 el Departamento de Salubridad Pública y el Consejo de Salubridad General tuvieron jurisdicción en toda la nación, en la práctica una década después aún no había uniformidad entre las autoridades sanitarias de los estados: Querétaro y Tepic tenían un Consejo Superior de Salubridad; Guadalajara, Tlaxcala y Zacatecas, un Departamento de Salubridad; Yucatán, una Junta Superior de Salubridad del Estado; Michoacán, una Inspección General de Policía; algunas entidades hablaban de servicios sanitarios locales, sin especificar cuáles; muchas no contestaban a la petición de informes por parte del Departamento de Salubridad Pública; en algunas otras, como Campeche, no había servicios sanitarios; y varias ciudades de Guerrero y Morelos, entre otros estados, carecían tanto de hospitales como de obras de carácter sanitario. Ese año, se realizó la Primera Reunión de Autoridades Sanitarias (de la República), cuyo objetivo era coordinar las acciones sanitarias de todo el país. CARRILLO, 2002c.

## Capítulo V

### Diagnóstico de salud: la estrategia geografía médica



**Mapa de la Geografía médica de Domingo Orvañanos, que muestra los estados de la República donde se habían presentado epidemias de cólera.**

## La geografía médica mexicana y sus influencias<sup>1</sup>

Los médicos porfirianos trataron de identificar la patología regional –o sea el estudio de las enfermedades que reinaban constantemente en un lugar, con carácter endémico y algunas veces con exacerbaciones epidémicas–, y relacionarlas con el ambiente geográfico.<sup>2</sup> Y es que el desarrollo económico del país demandaba la conservación de la salud colectiva, y ésta, el abatimiento de las enfermedades locales: el tifo de las alturas, el bocio de las vertientes, la fiebre amarilla de las costas, el paludismo de las regiones de clima tropical, el mal de pinto<sup>3</sup> y la lepra comunes a ciertas localidades, y la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo presentes en toda la república.<sup>4</sup>

El asunto era de especial importancia, pues en esa época estaba cambiando el paisaje mexicano de la geografía médica, ya que ciertos territorios se veían invadidos por enfermedades antes desconocidas o poco comunes en ellos, a causa del movimiento de los ejércitos, las procesiones religiosas, el desarrollo de las vías de comunicación, y el comercio nacional o internacional.<sup>5</sup>

En su trabajo pionero sobre la historia de la geografía médica en México, Saenz de la Calzada sostiene que, en el país, ésta se constituyó en una disciplina estructurada durante la década de 1880 a 1890.<sup>6</sup> Su discípulo Meiners Huebner coincide con él en que la institucionalización de la geografía médica en el país tuvo lugar en el último cuarto del siglo XIX.<sup>7</sup>

Por el historiador de la medicina Francisco Flores<sup>8</sup> sabemos que *De los aires, las aguas y los lugares*<sup>9</sup> –citada por los geógrafos médicos decimonónicos franceses, alemanes o ingleses como la

---

<sup>1</sup> Partes de este capítulo aparecen en CARRILLO, Ana María (2007). “Dos momentos de la geografía médica y la salud pública en México: el porfirismo y el cardenismo”, en Eulalia Ribera Carbó, Héctor Mendoza Vargas y Pere Sunyer Martín (coords.), *La integración del territorio en una idea de Estado. México y Brasil, 1821-1946*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Geografía / Instituto Mora, pp. 121-140. Dicho trabajo fue antes presentado en una reunión del mismo nombre, realizada en la ciudad de México, el 10 de octubre de 2005.

<sup>2</sup> SAENZ DE LA CALZADA, 1958.

<sup>3</sup> Endemia que afectaba a gran parte de la población, que ocasionaba discromía caracterizada por manchas plumizas, negruzcas, rojizas, azuladas o blancas.

<sup>4</sup> CARRILLO, 2002b.

<sup>5</sup> VARGAS OLVERA, 1991.

<sup>6</sup> Si bien, de acuerdo con SAENZ DE LA CALZADA (1958), en México los orígenes de la geografía médica se remontan a la época prehispánica, y durante la Colonia y el México independiente los médicos escribieron trabajos que mostraban su preocupación por los aspectos de geografía ligados a la salud. Analiza este autor, por ejemplo, el papel de la Casa de Contratación de Sevilla como “verdadero instituto geográfico”, y los valiosos informes proporcionados por las *Relaciones geográficas* levantadas por mandato de Felipe II.

<sup>7</sup> MEINERS HUEBNER, 1990. Sobre la consolidación de la geografía como una disciplina científica en el México del siglo XIX, véase MONCADA, 2007.

<sup>8</sup> FLORES, 1886-1888.

<sup>9</sup> En esta obra escrita en el siglo V antes de Cristo, Hipócrates sostuvo que para investigar la medicina era necesario conocer el efecto de las estaciones, los vientos, el frío y el calor sobre las enfermedades locales; también los hábitos de

inspiración de su trabajo, y considerada con frecuencia fuente seminal de la geografía médica,<sup>10</sup> fue un texto bien conocido en México. Pero, es de suponerse que los pioneros mexicanos en el levantamiento de cartas médico-geográficas –civiles y militares– hayan recibido también la influencia de autores europeos dieciochescos y decimonónicos, sobre todo franceses.

Generalmente, la literatura ha citado a Leonard Ludwig Finke como el primero que empleó el término geografía médica; de hecho, en su obra publicada entre 1792 y 1795 y ampliamente difundida, este médico alemán se atribuyó la acuñación del mismo. Sin embargo, las investigaciones de Marie François Rofort sobre el desarrollo de la topografía médica en la Francia de los siglos XVIII y XIX, muestran que Dehorne –un médico francés–, empleó el término una década antes, y sugirió incluso que la Real Sociedad Médica de París emprendiese un proyecto de geografía médica de Francia, propuesta que fue debatida en una revista militar en 1786. También antes que Finke, Jean-Noël Hallé –otro médico francés–, escribió sobre la geografía médica como la base de la higiene. Los médicos militares Félix Vicq d’Azyr y Dehorne señalaron la importancia de la disciplina para su uso en el combate a las enfermedades por parte de las tropas que eran movilizadas.<sup>11</sup> Los autores franceses siguieron haciendo aportaciones a la disciplina en el siglo XIX, lo que en gran medida tenía que ver con su expansión imperial, ya que ellos se percataban de las variaciones geográficas entre Francia y sus colonias, así como de las diferentes patologías existentes en una y otras.<sup>12</sup>

En este capítulo describo los esfuerzos de la administración de Porfirio Díaz por formar la geografía médica –tanto civil como militar–, con el propósito de hacer un diagnóstico de salud de la población del país; y analizo los mecanismos con los que aquella fue puesta al servicio de la entonces naciente salud pública.

### **Primeros pasos de la disciplina en México**

Una de las prioridades de los primeros gobiernos del México independiente fue asegurar la existencia política de la nación mexicana; por ello, dispusieron la preparación de materiales geográficos. “El poder de los mapas podía fortalecer los programas de gobierno, el trabajo ejecutivo, las decisiones políticas y la inversión en la marina, el comercio interior y exterior, y la defensa del

---

bebida y alimentación de las personas, y si éstas eran trabajadoras y hacían ejercicio, o si eran dadas a la indolencia y a la ociosidad. HIPPOCRATES, 1978.

<sup>10</sup> MEINERS HUEBNER, 1990. BARRETT, 1993. Sin embargo, estudiosos de las últimas décadas han mostrado que las civilizaciones antiguas, como la China y la India, habían desarrollado el concepto de geografía médica. Barrett citado por BARRETT, 2002.

<sup>11</sup> Rofort citado por BARRET, 2002.

<sup>12</sup> MAY, 1978.

territorio”.<sup>13</sup> En 1833, fue creada la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística –encargada de dotar a la nación mexicana de las estadísticas y el mapa geográfico–la cual avanzó en esos objetivos.<sup>14</sup> Los ingenieros militares fueron enviados a varias regiones con la tarea de obtener información geográfica y de los recursos de las localidades, la cual era también fundamental para la modernización del nuevo Estado y para el control del inmenso territorio.<sup>15</sup>

El primer artículo aparecido en la *Gaceta Médica de México* que hizo referencia a esta disciplina fue, al parecer, el de Manuel Soriano –miembro del Cuerpo Médico Militar y socio destacado de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística–. Soriano –quien, por cierto, había estudiado en París– publicó un trabajo que no era, de acuerdo con sus propias palabras, una memoria geográfica médica, sino unos apuntes para que, “reunidos con otros que andan sueltos y con los que en lo sucesivo se formen, pueda juntarse un material suficiente que llene este vacío de la geografía médica”.<sup>16</sup> Soriano proporcionó ahí algunos datos de estadística que –en su opinión– era el complemento de la higiene, pues por ella se investigaban las causas, para poner el remedio.

En un trabajo posterior –y ya dentro del porfiriato–, Soriano escribió acerca de Maravatío, Michoacán, con la intención, nuevamente, de contribuir a la formación de la geografía y la estadística médica nacionales, por lo que proporcionó datos relativos a extensión, localización geográfica, historia, vegetación y cultivos, lagos, vientos y lluvia, entre otros, después de lo cual enumeró las enfermedades reinantes.<sup>17</sup> Décadas después, en su calidad de inspector sanitario del cuartel III en la ciudad de México, este médico plasmó su preocupación por la geografía médica en un informe sobre una epidemia de tifo, en el que incluyó datos de topografía médica y estadísticas.<sup>18</sup>

A Soriano, le siguieron otros médicos militares como José G. Lobato y José Gayón, o civiles como Luis E. Ruiz. Sin embargo, también se ocuparon de la geografía médica profesionales de otras áreas del conocimiento; un ejemplo de ello fue el ingeniero civil Vicente Reyes, cuyo “Ensayo estadístico-geográfico sobre la mortalidad en el estado de Morelos”<sup>19</sup> fue publicado en 1879 en el *Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística*.

---

<sup>13</sup> MENDOZA VARGAS, 2000b: 95.

<sup>14</sup> María Lozano citada por MENDOZA VARGAS, 2000b.

<sup>15</sup> MENDOZA VARGAS, 2000b.

<sup>16</sup> SORIANO, 1869: 119.

<sup>17</sup> SORIANO, 1881.

<sup>18</sup> “Un estudio estadístico del cuartel tercero de la capital, con motivo de las epidemias de tifo”, *Boletín del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal*, vol. VIII, núm. 2, 4 de enero de 1907, pp. 1-3.

<sup>19</sup> Citado por FLORES, 1886-1888.

En 1879, la Academia de Medicina avisó a los médicos del país que deseaba contribuir a la formación de la geografía médica, por lo que los invitó a dar información sobre las enfermedades reinantes en las poblaciones donde residían. La organización gremial estaba interesada particularmente en el mal de pinto, por ser casi exclusivo de México y por lo incompleto de su estudio, y en el tifo, del que la medicina desconocía naturaleza, etiología, profilaxis y tratamiento. La asociación integró una comisión permanente responsable de formar cada quinquenio cuadros estadísticos con los informes que recibiera. Ofreció 500 pesos a quien adelantara el conocimiento sobre la naturaleza, formas, marcha, terminación, modo de propagarse y mejor tratamiento de la enfermedad del pinto, y otros 500, a quien diera información sobre la naturaleza, etiología, profilaxis o tratamiento del tifo.<sup>20</sup>

### **La Comisión Geográfica Exploradora**

En 1869, Ignacio Fuentes<sup>21</sup> presentó ante la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, el trabajo “Geografía médica”, que –en su opinión– era un ramo de utilidad pública. En él, llamó la atención acerca de los elementos de prosperidad y riquezas naturales de México, aún poco explotados e incluso desconocidos. Aseguró que los tres reinos de la naturaleza eran preciosos en el territorio. Pero alertó: “Bajo el variado y hermoso aspecto de nuestros climas, en medio de una exuberante y fructífera vegetación, en el litoral de los dos océanos que bañan nuestra costas y aun en el interior de las más bellas poblaciones, se desarrollan endémica o epidémicamente afecciones morbosas, que abreviando la vida de sus habitantes o impidiendo que disfruten de la salud indispensable para el trabajo y fomento de la industria, no permiten [...] llegar [a] nuestra desgraciada nación al estado de engrandecimiento y progreso que han deseado todos los mexicanos”.<sup>22</sup>

Definió a la geografía médica como “el estudio de las leyes que presiden a la distribución de las enfermedades sobre los diversos puntos del globo, y de sus relaciones topográficas entre sí”.<sup>23</sup> Citando a Gregory, aseguró que el médico que conociera mejor la influencia del clima en que ejercía su profesión, y la de las distintas causas que contribuían al desarrollo de las enfermedades, es decir, el que supiera de topografía médica de su país, sería el que las curaría con más acierto. Destacó los trabajos que en la materia se habían hecho en Francia y en Alemania; pero también observaciones

---

<sup>20</sup> AHUNAM, *Escuela Nacional de Medicina*, institutos y sociedades médicas, Academia Nacional de Medicina, caja 39, exps. 4 y 5, f. 8–9.1 y 10–15, 1879 y 1879.

<sup>21</sup> No he podido averiguar si era o no médico, pero escribió desde Guadalajara.

<sup>22</sup> FUENTES, 1999: 98.

<sup>23</sup> *Ibid*: 100.

publicadas en México sobre las enfermedades más notables en el país, las cuales incluían datos estadísticos. Consideró que era necesario dar a los estudiantes de medicina nociones de geografía médica, y llamó a todos los facultativos de reunir datos en la materia para formar un tratado, el cual sería de gran utilidad para el conocimiento de las enfermedades propias de México.

Propuso, para ello, la constitución de una Comisión Geográfica destinada a recorrer el territorio mexicano, compuesta por personas instruidas, bien remuneradas por el erario público, y provistas de todo lo necesario para sus investigaciones científicas. En lo tocante a la geografía médica, dicha comisión debía averiguar, entre otros aspectos, acerca de lluvias, ríos y aguas termales; estructura geológica del suelo y su influencia en las enfermedades; producciones vegetales, usos medicinales que de ellas se hacía y sucesos favorables o adversos de su empleo; enfermedades reinantes en todas las estaciones, noticia estadísticas sobre las altas y bajas de la población y estado de los vacunados.<sup>24</sup>

En 1878 fue establecida la Comisión Geográfica Exploradora, con el propósito de conocer el territorio y estructurarlo en una organización homogénea, por lo que se ocupó de levantar las cartas generales de la república.<sup>25</sup> Éstas “sirvieron para transformar una serie de ‘lugares’ heterogéneos en un espacio unificado, un ‘espacio’ utópico (la nación-Estado)”.<sup>26</sup> La Comisión Geográfica contaba, además, con una sección de Historia Natural, en la que trabajaban naturalistas y colectores que inventariaban las riquezas biogeográficas del país.

En México, como en el resto de los países latinoamericanos, la actividad de estos naturalistas decimonónicos tenía como uno de sus objetivos proporcionar información sobre el mundo natural que pudiera utilizarse en la explotación de los recursos naturales;<sup>27</sup> pero también en el aprovechamiento de todas las circunstancias intrínsecas que ofreciera el medio geográfico para “conservar la salud colectiva, impedir la decadencia individual y alejar a las enfermedades locales”,<sup>28</sup> condiciones a las que se consideraba necesarias para lograr el desarrollo económico del país.

---

<sup>24</sup> *Ibidem*.

<sup>25</sup> SAENZ DE LA CALZADA, 1958. Mientras que el Cuerpo Especial del Estado Mayor, creado al año siguiente, tenía las funciones de formar la carta y la estadística militar del país. MENDOZA VARGAS, 2000c.

<sup>26</sup> CRAIB, 2000: 132. Sobre la relación de la ciencia con la emergencia del Estado nacional, véase SALDAÑA, 1992b.

<sup>27</sup> CUETO, 1989.

<sup>28</sup> Lobato citado por ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960, I: 289.



### La geografía médica de Orvañanos

En 1884, año en que Díaz volvió a la Presidencia, Carlos Pacheco –quien había sido nombrado secretario de Fomento desde el gobierno de Manuel González– ordenó que se efectuara en toda el área nacional una encuesta nosocionológica, es decir de geografía médica. El gobierno envió dos cuestionarios –redactados ese mismo año por los médicos Gustavo Ruiz y Sandoval y Ramón Rodríguez Rivera– a las 2,863 municipalidades del territorio.<sup>29</sup>

Se pidió en ellos “a las autoridades políticas, a las municipales, a las corporaciones científicas, a los médicos, a las personas de instrucción y de buena voluntad de todos los lugares del país”,<sup>30</sup> que proporcionaran información sobre la configuración del suelo en que vivían, los ríos que lo cruzaban, los mares que lo bañaban y las plantas que ahí vegetaban; también, sobre la frecuencia de heladas y lluvias, y la presencia de pantanos o ciénegas. Los interrogaron, igualmente, acerca de la procedencia del agua que bebían y los alimentos que consumían; así como de aspectos relativos a las “razas”, sus idiomas y las industrias o profesiones a las que se dedicaban. Finalmente, les inquirieron sobre las enfermedades que los afligían y los habían afligido en otras épocas, si éstas eran endémicas o epidémicas y la mortalidad que causaban.<sup>31</sup> En otro cuestionario, les preguntaron específicamente sobre el mal de san Lázaro, el mal de pinto, la fiebre amarilla y el bocio, buscando saber en cada caso a qué atribuían la enfermedad y si la consideraban contagiosa.<sup>32</sup> Los cuestionarios se publicaron en la prensa oficial de los estados.<sup>33</sup>

Durante los siguientes dos años, 1,625 municipalidades contestaron. Ruiz y Sandoval y Rodríguez Rivera sintetizaron las respuestas, a partir de lo que la Secretaría de Fomento publicó el volumen *Noticias climatológicas de la república, recopiladas por la Secretaría de Fomento, para la formación de la geografía médica mexicana, publicada por acuerdo de la misma, bajo la dirección de los doctores Ramón Rodríguez Rivera y José Ramírez* (Ramírez aparecía en lugar de Ruiz y Sandoval, pues para entonces éste había fallecido). En el mencionado volumen se hallaban las respuestas de varios estados, pero, además, de que se le consideró poco manejable, faltaba la información de distritos enteros.

Dos años más tarde, cuando habían llegado más cuestionarios resueltos –si bien no la totalidad de los 1,238 que faltaban–, Domingo Orvañanos –catedrático de la Escuela Nacional de

---

<sup>29</sup> SAENZ DE LA CALZADA (1958) Y MEINERS HUEBNER (1990) han estudiado este asunto con detalle.

<sup>30</sup> LICEAGA, 1889: V.

<sup>31</sup> ORVAÑANOS, 1889: XV–XVI.

<sup>32</sup> *Ibid.*: XVI–XVII.

<sup>33</sup> Véase, por ejemplo, *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 12 de agosto de 1886, p. 1.

Medicina, vocal del Consejo Superior de Salubridad y miembro de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística– fue comisionado para estudiar los datos y proceder a la formación de la geografía médica del país. Tituló a su obra *Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana*. Al principio de la misma dijo Orvañanos que ésta era un testimonio del deseo que abrigaba el gobierno de asociarse a las ciencias y proteger sus designios.<sup>34</sup>

El *Ensayo...* consta de dos volúmenes: uno de texto (dividido, a su vez, en tres partes: un bosquejo geográfico de la república, aspectos de climatología [proporcionados por 16 estaciones meteorológicas], e información de las principales enfermedades observadas en el país), y el otro integrado por 43 cartas a color, dibujadas sobre cartas geográficas de la república Mexicana, en las cuales se trató de no atender a la división convencional de los estados, sino formar zonas geográficas, con el objeto de poder llegar a consideraciones generales.<sup>35</sup>

En algunos casos, Orvañanos relató la historia de las enfermedades; en otros, discutió las diversas opiniones en torno a la etiología de las mismas (herencia, contagio, transmisión por aire o mercancías...); en otros más, analizó su evolución. En las cartas sintetizó –además de aspectos relacionados con la elevación del suelo sobre el nivel del mar, la lluvia, los pantanos, el uso del agua y las “razas”–; los alimentos que se consumían en la República Mexicana,<sup>36</sup> los distritos donde era endémico el mal de pinto, aquéllos donde se observaban el mal de san Lázaro, el reumatismo, el tifo, la viruela, el sarampión, el cólera, la tos ferina, la escarlatina, el bocio, las infecciones intestinales y las neumonías; la concentración de tartamudos, sordo–mudos e idiotas; las comarcas donde era endémica la fiebre amarilla, y los distritos donde se había desarrollado como epidemia; la frecuencia de ciertas enfermedades en verano o invierno, y la mortalidad por distritos.

En su “Prólogo” a la obra de Orvañanos, Eduardo Liceaga describió al *Ensayo...* como un trabajo original por ser el primero que se emprendía en México sobre ese asunto, así como por la manera en que se habían recogido los datos.<sup>37</sup> Lo definió, asimismo, como demostrativo por la forma en que se presentaba, ya que con sus mapas permitía abarcar en una sola ojeada cuanto se sabía en nuestro país sobre la materia.

---

<sup>34</sup> ORVAÑANOS, 1889.

<sup>35</sup> GALINDO Y VILLA, 1926-1927.

<sup>36</sup> De acuerdo con los pioneros de la geografía médica, los alimentos, el modo de vida, los hábitos y costumbres, debían ser analizados, pues estos factores tenían una influencia en la salud, la enfermedad y la terapéutica, y esto se ve reflejado en la obra de ORVAÑANOS, 1889.

<sup>37</sup> Llama la atención que sobre estos asuntos no hayan dado crédito al trabajo de Rodríguez Rivera, Ruiz y Sandoval y Ramírez. LICEAGA, 1889.

Domingo Orvañanos hizo en su obra proposiciones tras las cuales estaba la idea de que ante la enfermedad hay responsabilidad individual y social. Sugirió, así, censar a los enfermos de lepra, castigando la ocultación de los enfermos con penas severas; obligar a los enfermos de mal de pinto a someterse al tratamiento conveniente, e impedir la comunicación íntima de los individuos enfermos con los que no lo estaban; realizar visitas médicas domiciliarias a las familias pobres o de poca ilustración que no solían ocurrir a un médico, para averiguar si había entre ellos enfermos de cólera; vacunar contra la viruela por persuasión o por fuerza; aislar a los enfermos de fiebre amarilla y de tifo; vigilar la observancia de los preceptos de la higiene privada por parte de la población, así como prohibir las honras fúnebres en presencia de cadáveres de personas muertas por enfermedades contagiosas.

Pero también aconsejó que el Estado se responsabilizara de la higiene pública: desinfectar las habitaciones en donde hubiera habido enfermos de fiebre amarilla, viruela o tifo; desazolvar atarjeas a lo largo de los caminos de obras de ferrocarril, cuya construcción era seguida por las calenturas intermitentes; canalizar aguas de desecho, y cambiar la distribución de agua por medio de cubos, barriles o “chochocoles” (ollas de barro), por otra a través de cañerías cerradas; desecar pantanos, plantar arboledas y abastecer a las poblaciones de agua potable.<sup>38</sup> La geografía médica se puso, de esta manera, al servicio de la higiene privada y pública, y fue empleada para justificar la intervención médica con apoyo estatal ante las epidemias o las endemias.

Puede decirse que ahí quedó trazada la estrategia que la burocracia sanitaria seguiría en las siguientes décadas para combatir los problemas colectivos de salud, y lograr el aumento de la población que habría de colonizar el territorio (preocupaciones de todos los gobiernos independientes).<sup>39</sup>

Liceaga reconocía que un problema de la obra era que en ella estaban reunidas las respuestas de médicos inteligentes con las de personas poco instruidas.<sup>40</sup> Orvañanos sometió a la crítica a unas y otras, y emitió después su juicio –no siempre afortunado. Saenz de la Calzada hizo en 1966 un análisis de la geografía de Orvañanos. Señaló ahí, lo que él consideraba deficiencias de la obra, aun para la época en que fue escrita, tanto en los criterios geográficos y climatológicos, como en los de clasificación de las enfermedades, pues en plena efervescencia de la teoría bacteriana, seguía empleando los términos de zimóticas y constitucionales. Por esta razón, de acuerdo con Saenz de la

---

<sup>38</sup> ORVAÑANOS, 1889.

<sup>39</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>40</sup> Lo cierto es que entonces había diferentes opiniones respecto del origen de las enfermedades, no sólo entre el vulgo sino también entre los médicos.

Calzada, Orvañanos no muestra una formación teórica sólida ni actualización en los avances científicos de la época, y es por ello sólo un compilador y sistematizador de información.<sup>41</sup>

Sin embargo, puede decirse que a pesar de estas limitaciones, el *Ensayo...* es importante por la gran extensión de la investigación a partir de la cual se escribió, así como por la variedad de los informantes. El hecho de que haya tenido una buena recepción, incluso en algunos países extranjeros (fue premiada en un congreso internacional realizado en Madrid), es una muestra más de que por entonces la teoría de los gérmenes no había desplazado totalmente a la teoría miasmática.

Aunque reconocía que tenía antecedentes, Liceaga consideró que el *Ensayo...* ponía los cimientos de la geografía médica mexicana, y proporcionaba los elementos para formar la de cada estado o municipalidad.<sup>42</sup> Ejemplos, entre muchos otros, de intentos de sistematización de la geografía médica de las regiones –algunos anteriores y la mayoría posteriores a aquél– fueron el de Brassetti y Pombo acerca del puerto de Veracruz;<sup>43</sup> la ponencia “Apuntes sobre la geografía médica y la higiene de Monterrey”, que José María Lozano presentó en 1889 en el Congreso Internacional de Medicina Científica, realizado en Francia;<sup>44</sup> el trabajo: *Tampico, su clima y sus enfermedades. Contribución al estudio de la geografía y climatología médica nacional*, con el que Antonio Matienzo participó en el I Congreso Médico Mexicano (ciudad de México, 1892);<sup>45</sup> los Apuntes de climatología médica del territorio de Tepic, recogidos por el inspector sanitario Juan N. Revueltas,<sup>46</sup> y el de Ruiz Olloqui sobre San Juan del Río.<sup>47</sup>

### **El Instituto Médico Nacional y la geografía médica**

Cuando en 1890 fue creado el Instituto Médico Nacional –dedicado a la investigación fisiopatológica– y se decidió que éste contara con una sección llamada de Climatología y Geografía Médica, Orvañanos fue designado primer jefe de la misma. La sección estudió la distribución de las enfermedades endémicas en México, describió la aparición de las epidemias en el territorio nacional y siguió su marcha, trabajó en la elaboración de un mapa climatológico general del país, averiguó la distribución y caracteres higiénicos de las aguas para contribuir a formar la carta hidrológica,

---

<sup>41</sup> Saerz de la Calzada citado por MEINERS HUEBNER, 1990.

<sup>42</sup> LICEAGA, 1889.

<sup>43</sup> BRASSETTI Y POMBO, 1871.

<sup>44</sup> Citado por SALINAS CANTÚ, 1988.

<sup>45</sup> MATIENZO, 1892.

<sup>46</sup> REVUELTAS, 1893. *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 8 de octubre de 1893, p. 3.

<sup>47</sup> RUIZ OLLOQUI, 1895.

estudió la distribución de las distintas “razas”, y construyó cuadros estadísticos sobre toda esa información.<sup>48</sup> Su propósito era conocer la salubridad de las regiones de México, para estructurar una política sanitaria común para todo el país, y se convirtió con ello en el eje del desarrollo de la geografía médica mexicana, desde su creación hasta 1915 en que desapareció.<sup>49</sup>

Del Instituto salió la obra en la que Daniel Vergara Lope y Alfonso L. Herrera cuestionaban la teoría de Jourdanet –planteada en *La vie sur les hauts plateaux*– acerca de la influencia nociva de la altitud en los habitantes de México,<sup>50</sup> como el fisiólogo Monge corroboraría después en Perú, también rebatiendo estudios de fisiólogos extranjeros.<sup>51</sup> La obra de Daniel Vergara Lope y Alfonso L. Herrera –que recibió una mención en un premio convocado por el Instituto Smithsonian de Washington– ponía en evidencia los errores y contradicciones de Jourdanet, y demostraba que la altitud podía afectar físicamente al individuo, pero no producía ningún efecto deprimente sobre la contextura espiritual de las poblaciones.<sup>52</sup>

Para Rolf Meiners, la realización entre abril y diciembre de 1878 de una reunión de médicos e ingenieros interesados en la higiene de la ciudad de México,<sup>53</sup> fue un paso importante para la institucionalización de la geografía médica;<sup>54</sup> ya que entre las comisiones del congreso se encontraban las de climatología y topografía médica; y en el IV Congreso Médico Mexicano hubo una subsección de geografía médica y enfermedades regionales.

También en los congresos nacionales e internacionales se puso énfasis en la importancia de esa disciplina. El II Congreso Médico Latinoamericano (Buenos Aires, 1904) propuso que los gobiernos y las sociedades científicas estimularan, por medio de certámenes, la presentación de trabajos que tendieran a reunir datos para la geografía médica del país respectivo.<sup>55</sup> La Academia Nacional de Medicina de México convocó anualmente a concursos de investigación sobre temas específicos. El concurso de 1891 versó sobre las enfermedades endémicas que se observaban en la República Mexicana, precisando sus circunstancias regionales, el cual ganó Luis E. Ruiz con un

---

<sup>48</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, Instituto Médico Nacional, caja 353, exp. 64, f., 1908.

<sup>49</sup> MEINERS HUEBNER, 1990.

<sup>50</sup> ORVAÑANOS, 1889. SAENZ DE LA CALZADA, 1958.

<sup>51</sup> CUETO, 1989.

<sup>52</sup> SAENZ DE LA CALZADA, 1958.

<sup>53</sup> Se refiere al II Congreso Médico de la Capital.

<sup>54</sup> MEINERS HUEBNER, 1990. En opinión de este autor, el desarrollo de la geografía médica en México fue tardío pues en Estados Unidos y Europa ocurrió en las tres primeras décadas del siglo XIX, época de la publicación de la geografía médica de Leonhardt Ludwig Finke, y que coincidió con la del tratado de higiene de Johann Peter Frank.

<sup>55</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 5, exp. 5, noviembre de 1902-octubre de 1905, 176 f.

trabajo en el que sostuvo que cada localidad tenía su marca y cada clima su color,<sup>56</sup> mientras que José P. Gayón recibió una mención honorífica.<sup>57</sup>

### **La geografía médica y la estrategia militar**

Hubo también una corriente higienista y de geografía médica entre los médicos militares, conformada, entre otros, por los médicos Francisco Montes de Oca y Alberto Escobar, además de los ya mencionados Soriano, Lobato y Gayón.<sup>58</sup> En 1891, el general Escobar, entonces director del Hospital Militar de Instrucción, propuso a la Secretaría de Guerra que se dirigiera un cuestionario a los médicos militares, para preparar, con base en sus respuestas, la Carta Geográfica Médico-Militar, de la que se carecía en México. En su opinión, el conocimiento “perfecto” de la distribución geográfica de las enfermedades era tanto o más importante que el de su flora, su fauna o sus riquezas minerales, ya que de nada serviría que un país poseyera riquezas incalculables, si éstas no podían ser explotadas porque una o más enfermedades mortíferas impedirían la permanencia del hombre en esos lugares; pero, desde el punto de vista médico-militar era aún más importante el conocimiento de la carta médica del país, la cual era un asunto de estrategia militar. Mientras en los casos de colonización era factible elegir el lugar y la época del año en que ésta se haría, en la movilización del Ejército esto no era posible, pues casi siempre se verificaba un cambio de guarnición, una marcha o una concentración de fuerzas, sin que hubiera oportunidad de tomar ninguna de las precauciones que la higiene aconsejaba para llevar a feliz término la aclimatación.<sup>59</sup>

Escobar aseguraba que el conocimiento de las zonas peligrosas daría elementos al médico en jefe de una división o cuerpo del ejército, para aconsejar al general en jefe cuáles eran los lugares menos peligrosos para acampar, qué poblaciones era conveniente evitar, o qué precauciones debían tomar los soldados para disminuir el número de bajas por enfermedad. Pero como por otro lado, no siempre podrían prevalecer los consejos del médico, y subsistiría la necesidad de exponer al soldado a climas mortíferos, en la geografía médica militar debían consignarse también datos relativos a los recursos con que podía contarse para atender a los enfermos y heridos: las poblaciones cercanas al campo de batalla que prestaban más garantías para el establecimiento de un hospital de sangre, y los lugares más a propósito para dejar a los enfermos, improvisar hospitales o encontrar recursos para el transporte de heridos.

---

<sup>56</sup> RUIZ, 1891b.

<sup>57</sup> GAYÓN, 1891.

<sup>58</sup> MEINERS HUEBNER, 1990.

<sup>59</sup> *Gaceta Médico-Militar*, vol. II, 1890 [91], pp. 321–325. ESCOBAR, 1890b.

Después, era importante saber si en un determinado punto existían establecimientos de beneficencia pública o privada donde los soldados pudieran ser atendidos o, en su defecto, con qué edificios podía contarse para improvisar hospitales de campaña. Asimismo, era de gran utilidad conocer el número de hombres que podían ser albergados –elemento precioso en caso de evacuación de heridos o enfermos–; los elementos que podían reunirse para montar un hospital de campaña, la existencia o inexistencia de asociaciones mutualistas capaces de cooperar con el ejército, el número de farmacias y sus recursos, y el de médicos civiles que podían atender a los soldados que iban quedando atrás de la base de operaciones.

Había que identificar a las poblaciones que por mal clima o por escasez de víveres no debieran contener durante mucho tiempo a los enfermos o heridos, y, por otro lado, las poblaciones cercanas a éstas hacia donde pudiera hacerse la evacuación, y los medios con que se contaba para transportar a los soldados.

Buscaba averiguar la situación topográfica y el clima de cada localidad, el número de habitantes –especificando los criollos y los indígenas–, las enfermedades propias del lugar y las epidémicas observadas en distintas épocas, si se practicaba la vacuna, la procedencia del agua de consumo y la manera de conducirla a la población, y si en el tránsito hacia ella se tenían que atravesar ríos, lagunas, desiertos o montañas de alguna consideración.

Escobar creía que los únicos capaces de proporcionar esa información eran los médicos militares; por eso les envió un cuestionario ya aprobado por la Secretaría de Guerra.<sup>60</sup> Con las repuestas de los médicos militares el Estado Mayor publicó en 1907 el *Ensayo de geografía médico-militar de los principales lugares de la República Mexicana*,<sup>61</sup> en el que dio a conocer las enfermedades propias de cada lugar y su etiología conocida o probable.

Aun antes de redactar el *Ensayo...* –que era la Carta Médico Militar del país–, el Cuerpo Médico Militar realizó estudios nosocionológicos y tomó medidas. Rivera y Heras había observado que existía un alto número de enfermos de paludismo entre los militares, quienes contraían la enfermedad en sus trayectorias, pues pasaban por lugares pantanosos o llegaban a zonas donde el mal era endémico;<sup>62</sup> y como un ataque de esta enfermedad no sólo no preservaba de otros sino que predisponía a ellos, decidió separar a los atacados de paludismo de zonas palúdicas como Tampico, que era un lugar palustre por excelencia.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> *Ibidem*.

<sup>61</sup> ESCOBAR, 1907.

<sup>62</sup> RIVERO Y HERAS, 1889.

<sup>63</sup> ESCOBAR, 1890a.

En el caso de la fiebre amarilla, sugirió componer las guarniciones de las costas con individuos reclutados entre los nativos de esos lugares o entre los que ya habían sufrido un ataque, lo que les proporcionaba inmunidad, si bien esto no siempre era posible.<sup>64</sup> Contra las enfermedades de las vías digestivas, pidió el establecimiento de alimentos sanos y suficientes para todos los miembros del Ejército, además de alejar el alcohol de los cuarteles. Propuso, asimismo, colocar filtros en los campamentos de las poblaciones donde el agua destinada a la bebida podía ser causa de diarreas.<sup>65</sup>

### **Microbios y medio ambiente geográfico**

Cuando los descubrimientos pasteurianos centraron su atención en el estudio de los organismos patógenos, pareció que los factores ambientales perderían su importancia; pero microbios y medio volvieron a confluir con el descubrimiento de que algunas enfermedades eran transmitidas por intermedio de vectores, lo que fue un hallazgo fundamental en la historia de la geografía médica, y permitió establecer la localización de las enfermedades por el *habitat* de sus agentes vectores.<sup>66</sup>

Las reuniones de la Asociación Americana (Canadiense, Mexicana y Cubana) de Salud Pública y las Convenciones Sanitarias Internacionales (Panamericanas) –en las que México tuvo un papel destacado–, fueron muy importantes para la geografía médica; aprobaron, por ejemplo, el estudio de la distribución geográfica del mosquito *Aedes aegypti* –cuando se aceptó que por medio de éste se transmitía la fiebre amarilla–, y la de las enfermedades dominantes en cada país o, al menos, la de aquellas que demandaban declaración internacional.

El médico mexicano Gregorio Mendizábal presentó un trabajo ante esa Asociación, con el propósito de combatir algunas ideas relativas a la historia y la geografía de la fiebre amarilla, que eran aceptadas por el mundo científico pero él consideraba erróneas. Con base en datos históricos, aceptó que Veracruz y Córdoba eran propicias al desarrollo de los gérmenes de la fiebre amarilla, más no que fueran *amarilógenas* o capaces de producirlos por sí mismas.<sup>67</sup> En cambio, su compatriota Narciso Del Río aseguraría poco menos de una década más tarde: “La historia nos demuestra, con datos concluyentes e innegables, que la cuna de la fiebre amarilla fue la costa del golfo de México, especialmente la zona cercana a Veracruz, donde muchos años antes de la llegada de los españoles, probablemente desde el inicio del actual periodo geológico, se producían los

---

<sup>64</sup> Véase el caso de una epidemia de fiebre amarilla entre la fuerza federal del Batallón 22°, asentado en Peto, Yucatán, en 1887. *La Razón del Pueblo. Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, 24 de octubre de 1887, p. 2.

<sup>65</sup> ESCOBAR, 1890a.

<sup>66</sup> SAENZ DE LA CALZADA, 1956.

<sup>67</sup> MENDIZÁBAL, 1892.



gérmenes de la enfermedad [...] Desde aquí, se originaron los focos de las Antillas y Brasil, y aquí han permanecido...”.<sup>68</sup> Los médicos mexicanos se ocuparon también de la distribución geográfica de las enfermedades dominantes en el país.<sup>69</sup>

### **La institucionalización de una disciplina**

El Estado porfiriano asumió como una de sus tareas la protección de la salud de los individuos, para asegurar la de la nación y su capacidad de producción, así como de defensa ante ataques militares, lo que –como han señalado Sigerist, Foucault y Rosen–, había sido planteado desde el siglo XVIII por los gobiernos ilustrados.<sup>70</sup> Su primer paso para tratar de resolver los problemas de salud, fue recopilar y catalogar información geográfico-médica, pues reconocía la influencia del medio geográfico sobre la salud humana. El porfirato fue, por ello, un periodo fundamental para los estudios nosocionológicos.

Los ministerios de Fomento y de Guerra emprendieron investigaciones acerca de la geografía médica civil el uno, y militar el otro. En el primero de ellos, se mandó preguntar a quien pudiera responder: el segundo esfuerzo fue más sistemático, pues la encuesta fue respondida por los médicos militares distribuidos por todo el país. La institucionalización de la geografía médica estuvo, así, marcada por la publicación del *Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana*, compilado por Domingo Orvañanos, y del *Ensayo de geografía médico-militar de los principales lugares de la República Mexicana*, redactado por Alberto Escobar. También, por medio de la formación de algunas geografías médicas regionales, y del trabajo realizado por la sección de Climatología y Geografía Médica del Instituto Médico Nacional. Finalmente, por el énfasis que se puso en varios congresos nacionales e internacionales en la importancia de la disciplina, y los trabajos relativos a la distribución de las enfermedades en el país, enviados a la Academia Nacional de Medicina, en respuesta a convocatorias de dicha sociedad. La geografía médica contribuyó tanto a identificar los recursos terapéuticos de la nación mexicana, como a combatir los problemas de salud colectiva.

En esa época, se modificó radicalmente la comprensión que se tuvo de la relación entre la salud humana y el medio geográfico, pues se reconoció la influencia de éste sobre aquélla. Dicho reconocimiento se hizo tanto por parte de la profesión médica como por parte del Estado, lo que

---

<sup>68</sup> RÍO DEL, 1900: 42. En realidad, no tenía elementos para hacer esas afirmaciones.

<sup>69</sup> José TERRÉS (1893) y Antonio LOAEZA (1906) estudiaron la del paludismo; MENDIZÁBAL (1894), LICEAGA (1894b) y LICEAGA y RAMÍREZ (1897), la de la fiebre amarilla; RUIZ (1907b), la de la lepra.

<sup>70</sup> SIGERIST, 1984. FOUCAULT, 1980. ROSEN, 1985a.

justifica la designación que Saenz de la Calzada hace del porfiriato como “la época de oro de la geografía médica mexicana”.<sup>71</sup>

El impulso a la geografía médica terminó de manera abrupta durante el periodo revolucionario.<sup>72</sup> Al igual que en el caso de la higiene pública o de la estadística médica, el desarrollo de la geografía médica en este periodo estuvo relacionado con los intereses políticos y económicos de la dictadura porfiriana; también con los militares. Se buscaba con ella, mejorar la salubridad pública y proteger así la salud de los trabajadores y soldados.

Pensando también en garantizar, a futuro, la existencia de la fuerza de trabajo y de los defensores de la patria, se desarrolló en el porfiriato la higiene escolar.

---

<sup>71</sup> SAENZ DE LA CALZADA, 1958.

<sup>72</sup> Los avances de la geografía médica se vieron prácticamente interrumpidos durante la revolución, si bien hubo varios intentos de reorganizarlos. Con la intención de formar una carta geográfica con la distribución del tifo y del bocio en la República Mexicana, a principios de los años veinte la Dirección de Estudios Biológicos envió cuestionarios a los dos mil médicos del país, pero recibió contestados sólo 150 de ellos. Hubo algunos estudios más extensos de distribución regional de algunas enfermedades, como la lepra o el mal del pinto, pero aislados y sin formar con otros un cuerpo de doctrina. En 1918, el doctor Donato Moreno –entonces director de la Proveduría de Hospitales Militares–, junto con el también médico José Avilés Solares, recopiló información sobre las enfermedades endémicas en las distintas zonas militares del país, con la intención de orientar al médico militar sobre los padecimientos que más estragos hacían en el ejército; Roberto García Infante, de la Escuela Médico Militar, escribió en 1925 *Ensayo sobre las enfermedades reinantes en las distintas zonas militares de nuestra república, y su terapéutica*. Citados por Galindo y Villa, 1926-1927. Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, había un resurgimiento de la geografía médica. CARRILLO, 2007.

## Capítulo VI

### Los futuros obreros y soldados: la higiene escolar



**El médico Daniel Vergara Lope haciendo mediciones de alumnos de las escuelas oficiales.**

## La niñez gana un espacio en la sociedad<sup>1</sup>

En los cuatro tomos del *Sistema completo de la policía médica* –la gran obra de Johan Peter Frank<sup>2</sup> sobre el papel del Estado en la higiene pública, editada entre 1777 y 1788–, este médico cubrió todos los asuntos de la vida del hombre, desde el vientre de la madre hasta la tumba: drenaje, abastecimiento de agua, educación sexual; también la alimentación adecuada de los niños y la higiene escolar. El movimiento moderno para la inspección e higiene escolares fue establecido por Rudolf Virchow (1869) y proseguido por Edwin Chadwick (1871), Hermann Ludwig Cohn (1887) y muchos otros reformadores.<sup>3</sup>

En México, la higiene escolar comenzó durante el gobierno de Porfirio Díaz. Entiendo aquí por higiene escolar, la intervención sistemática de la profesión médica –con el respaldo del Estado– en la inspección de las escuelas y en la medicalización de los escolares, es decir, en la vigilancia y control de la salud, la conducta y el cuerpo de los niños.<sup>4</sup> Precedió a esta política una preocupación creciente por lo que Muel denomina “la infancia en peligro”,<sup>5</sup> por parte de maestros, sanitaristas y políticos.<sup>6</sup> Dicha preocupación se manifestó, entre otros aspectos, en la promoción de investigación sobre los problemas de la infancia,<sup>7</sup> la promulgación de leyes benéficas para los niños,<sup>8</sup> la fundación

---

<sup>1</sup> Presenté una versión preliminar de parte del contenido de este capítulo en la reunión “Cuerpos y sensibilidades”, realizada en el Colegio de Michoacán, Zamora, en 2002. Diferentes aspectos del mismo fueron publicados en: CARRILLO, Ana María (1999a). “El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882”, *Revista Mexicana de Pediatría*, vol. LXVI, núm. 2, marzo-abril, pp. 71-74 y CARRILLO, Ana María (2005b). “Vigilancia y control del cuerpo de los niños: la inspección médica escolar (1896-1913)”, en Laura Cházaro y Rosalina Estrada (eds.), *En el umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*, Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades / El Colegio de Michoacán, pp. 171-207.

<sup>2</sup> Considerado el padre de la salud pública moderna. RODRÍGUEZ OCAÑA, 2002.

<sup>3</sup> GARRISON, 1996.

<sup>4</sup> FOUCAULT, 1977.

<sup>5</sup> MUEL, 1991.

<sup>6</sup> Algunos congresos católicos dedicaron especial atención al problema de la mortalidad infantil. GONZÁLEZ NAVARRO, 1970. Véanse también VELASCO CEBALLOS, 1935. ALONSO GUTIÉRREZ DEL OLMO, 1993.

<sup>7</sup> Varias sociedades convocaron a concursos cuyo tema tenía que ver con la mortalidad de infantes o niños. La Sociedad Médica Pedro Escobedo sacó a concurso el asunto en 1900, mientras que la Academia Nacional de Medicina lo hizo en la convocatoria de 1902-1903; este premio, por cierto, no se adjudicó, aunque la *Gaceta Médica de México* publicó algunos trabajos.

<sup>8</sup> Los constituyentes del 1857, propusieron fundar colegios y escuelas de artes y oficios para los mexicanos. El Programa del Partido Liberal Mexicano de 1906 sostuvo la necesidad de ilustrar y educar a la niñez en el amor a todas las libertades y en el civismo (concebido como la intervención de todos en la cosa pública); demandaba: buenos sueldos para los maestros, para dignificar al profesorado; enseñanza de rudimentos de artes y oficios en las escuelas, para acostumar al niño al trabajo manual y prepararlo para adoptar más tarde un oficio; establecimiento de la igualdad civil para todos los hijos de un mismo padre, suprimiendo las diferencias que entonces establecía la ley entre legítimos e ilegítimos. No hubo mención alguna a los niños en el *Plan de San Luis Potosí*, proclamado por Madero en 1910. (CÓRDOVA, 1974).

de colegios<sup>9</sup> y hospitales para niños,<sup>10</sup> así como la reforma de asilos<sup>11</sup> y centros de corrección,<sup>12</sup> Acciones similares ocurrían al mismo tiempo en buena parte de los países del mundo occidental.<sup>13</sup>

Por supuesto que –como dice Roger Cooter– ningún historiador social que se respete vería la intervención médica en las escuelas y otras medidas tomadas en relación con los niños, como totalmente progresistas o separadas de intereses políticos o ideológicos. Estas iniciativas fueron parte de profundos cambios culturales y socioeconómicos, y deben estudiarse, por tanto, desde una historia social y cultural de la niñez.<sup>14</sup>

En el siglo XIX, el mundo del niño comenzó a verse como una esfera diferente.<sup>15</sup> Ornella Moscucci ha señalado que la construcción de la dicotomía hombre / mujer –fundamental para el surgimiento de la ginecología en el siglo XIX–, fue paralela a la construcción de la dicotomía adulto / niño –que estuvo en la base de la práctica pediátrica.<sup>16</sup> En México, la clínica de enfermedades infantiles fue instaurada en 1892 como cátedra de perfeccionamiento en la Escuela Nacional de Medicina, y tuvo carácter de obligatoria para los alumnos de sexto año desde 1897. En el programa de 1902, se impartían en el último año de la carrera de medicina tanto la clínica médica de pediatría como la clínica quirúrgica de pediatría; si bien en el programa de 1906 estas materias serían eliminadas, por la necesidad de reducir los años de estudio, y permanecerían como especialidades.<sup>17</sup>

En este capítulo, analizo la organización de la higiene escolar así como sus objetivos manifiestos, abordo la atención médica prestada a los alumnos y sus familias por intermedio de la escuela, así como la construcción de escuelas modelo, los trabajos antropométricos y la utilización de la educación física como instrumento para fortalecer a “los futuros obreros y soldados de la nación”, contrastando siempre lo hecho en la capital del país con lo realizado en los estados en

---

<sup>9</sup> BETANZOS CERVANTES, 1993.

<sup>10</sup> CRISPÍN CASTELLANOS, 1993b.

<sup>11</sup> BLUM, 1998. HERRERA FERIA, 2005.

<sup>12</sup> VARGAS OLVERA, 1993a.

<sup>13</sup> HENDRICK, 1992. LEDERER, 1992.

<sup>14</sup> COOTER, 1992b.

<sup>15</sup> WEINDLING, 1992.

<sup>16</sup> Si bien las conexiones entre los procesos de idealización del niño y de medicalización de la mujer no han sido estudiadas a profundidad. MOSCUCCI, 1990.

<sup>17</sup> En el Instituto Campechano de Medicina y Cirugía, al menos desde 1882 se impartía en el sexto año la materia enfermedades de los niños, y en el programa de 1902, aparece el segundo curso de clínica quirúrgica, que incluía la clínica pediátrica; en el Colegio Civil Ateneo Fuerte de Coahuila, la materia enfermedades de los niños se impartió, al menos desde 1887, en cuarto y sexto años de los estudios médicos; en el Colegio del Estado de Puebla, la misma materia aparece en el programa de 1893-1894, en quinto año; mientras que la Escuela de Medicina de San Luis Potosí, impartía en 1900 la cátedra pediatría clínica de enfermedades de los niños. Sobre este aspecto, véase CARRILLO y SALDAÑA, 2005.

materia de inspección médica escolar. Hago, por último, un balance de los alcances y limitaciones de la higiene escolar porfiriana.

### **Congreso Higiénico-Pedagógico de 1882**

En México, el punto de arranque de la higiene escolar fue el Congreso Higiénico-Pedagógico –el cual se reunió en la capital del país–. El Consejo Superior de Salubridad convocó al congreso el 18 de enero de 1882,<sup>18</sup> y el 21 de ese mes tuvo lugar la sesión inaugural del mismo, la cual estuvo presidida por Carlos Diez Gutiérrez, titular de la Secretaría de Gobernación.<sup>19</sup>

El congreso tenía como objetivo mejorar la salud de los escolares aprovechando tanto los avances de la pedagogía como los de la higiene, y se proponía resolver qué condiciones sanitarias debía llenar una casa destinada para establecimiento de instrucción primaria, cuál era el modelo de mobiliario escolar que podía satisfacer mejor las exigencias de la higiene y que por lo tanto debía preferirse, qué características debían tener los libros y demás útiles, a fin de que no alteraran la salud de los niños, cuál era el método de enseñanza que daba mejor instrucción a los niños sin comprometer su salud, cuál debía ser la distribución diaria de los trabajos escolares de acuerdo con las diferentes edades de los educandos, y qué ejercicios debían practicar éstos para favorecer el desarrollo corporal, qué precauciones debían tomarse en estos establecimientos para evitar entre los niños la transmisión de las enfermedades contagiosas, qué requerimientos debía satisfacer una cartilla de higiene para las escuelas de instrucción primaria, y qué medidas serían más a propósito para obtenerlas.<sup>20</sup>

Para discutir cada uno de esos puntos se nombraron comisiones mixtas, es decir, integradas por médicos y maestros. El Congreso tuvo una subvención estatal de 30 pesos mensuales, y sesionó en la ciudad de México de enero a diciembre del año 1882. Su presidente fue Ildelfonso Velasco, también presidente del Consejo Superior de Salubridad. El objetivo último del Congreso era tener generaciones vigorosas, capaces de la defensa material de la nación.<sup>21</sup>

Vale la pena notar que precisamente en 1882 fueron publicados dos libros pioneros sobre la niñez: el diario que Charles Darwin escribió sobre los primeros trece años de la vida de su primogénito, *A Biographical Sketch of an Infant*, en el que anotó sus observaciones sobre las grandes diferencias que había entre el organismo humano infantil y el adulto; así como el libro *Das*

---

<sup>18</sup> Que fue también el año en que Joaquín Baranda se hizo cargo del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, el cual ocupó hasta 1901, fecha en que fue remplazado por Justino Fernández. BAZANT, 1995.

<sup>19</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 1, exps. 3 y 4, 4 y 6 f., 1882 y 1882.

<sup>20</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 1, exp. 2, 57 f.: 1-1v, 1882.

<sup>21</sup> Velasco citado por FLORES, 1886-1888.

*Seele des Kindes (El alma de los niños)*, que es un tratado de psicología infantil escrito por el fisiólogo alemán Wilhelm Prever.<sup>22</sup>

Ya el Reglamento del Consejo de Salubridad, de 14 de julio de 1879, había dado a ese organismo sanitario autoridad para vigilar las condiciones higiénicas de las escuelas.<sup>23</sup> Por otro lado, con el fin de uniformar la enseñanza elemental e introducir reformas a los establecimientos de instrucción se formó, también en 1882, una Academia de Pedagogía integrada por los profesores municipales de uno y otro sexo, que fue suprimida unos años después.<sup>24</sup> Sin embargo, las profesoras no tuvieron cabida en el Congreso Higiénico Pedagógico, pues la mayoría de los miembros del mismo se opusieron a su posible participación.<sup>25</sup>

Por entonces, gran número de escuelas se localizaban en vecindades, al lado de caños abiertos o depósitos de basura; en los escolares se veían muchas afecciones que los hacían débiles y raquíticos; y muchos alumnos asistían a clases cuando tenían algún padecimiento, por lo que era frecuente que otros contrajeran ahí tuberculosis, tifo, viruela u otras enfermedades infecciosas. El Congreso decidió que los edificios destinados a ser escuelas debían construirse bajo un plano que considerara el carácter del establecimiento. También debatió y llegó a acuerdos sobre la orientación que debían tener éstos (este-noroeste)<sup>26</sup> y las características de los materiales de construcción (sólidos, ligeros, refractarios a la humedad y malos conductores del calor), las condiciones de los salones de clase (bien ventilados, dotados de agua y bañados por la luz natural directa, a la que se consideraba agente poderoso para conservar y aun restablecer la salud de los niños), así como el espacio que debía estar destinado a cada alumno. También se recomendó la existencia de gimnasios dotados de aparatos, y de patios para juegos y ejercicios con una superficie de seis metros cuadrados para cada alumno, y la construcción de inodoros. Se discutieron, incluso, las características de los libros y los útiles con que los niños debían estudiar, y de los muebles en que se debían sentar, para prevenir deformaciones del esqueleto, miopía y otros problemas de salud.

Para evitar que los útiles u objetos de uso personal de los estudiantes se convirtieran en agentes de contagio mediato, se hizo un llamado a prohibir estrictamente que los niños se introdujeran en la boca o en las narices los útiles de enseñanza, tales como cortaplumas, lápices o

---

<sup>22</sup> Citados por SHEIN, 2003.

<sup>23</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960.

<sup>24</sup> FLORES, 1886-1888.

<sup>25</sup> CARRILLO, 1997b.

<sup>26</sup> En las discusiones en torno a la orientación de las escuelas, se cuestionaba que las decisiones no eran objetivas, pues la orientación propuesta no era compatible con el trazo y dirección de las calles de la capital. Algunos decían que había que pensar en las condiciones reales del país; pero otros, que se trataba de plantear cómo sería una escuela modelo de acuerdo con los criterios científicos.



pizarrines, o que se rascaran la cabeza con ellos. Se llamó a contar con una percha por alumno, de modo que los sombreros no estuvieran mezclados en una mesa, y exigir en los internados que cada niño conservara para sí solo los objetos de uso personal, tales como toallas, cepillos, peines o pañuelos.<sup>27</sup>

Se sugirieron medidas para evitar la transmisión de las enfermedades contagiosas, fueran éstas febriles, como tifo, varicela, viruela, sarampión, escarlatina, angina diftérica y croup; o no febriles, como estomatitis ulcerosa, cremosa o algodoncillo, tos ferina, oftalmías purulenta y catarral, sarna, tiñas, sífilis, epilepsia y corea. Se acordó, en las primeras, impedir la asistencia de los niños a la escuela; y en las segundas, poner a los niños enfermos retirados del resto de los compañeros y a su espalda para que no fueran vistos. Cuando el alumno sufriera un ataque convulsivo –de epilepsia, de histeria o cualquier otro–, se le retiraría inmediatamente de la clase y se le conduciría a otra pieza, donde no se permitiría la entrada a los demás niños.<sup>28</sup>

Se buscaba ampliar la intervención de los médicos en el ámbito de los centros de enseñanza: el Congreso pidió al gobierno que nombrara el número suficiente de médicos inspectores de la higiene escolar, quienes vigilarían que se cumpliera todo lo aprobado por la asamblea;<sup>29</sup> por su parte, el doctor Ricardo Vértiz –especializado en enfermedades de los ojos– sugirió que los niños fuesen auscultados por un oculista antes de ingresar a un establecimiento de instrucción.<sup>30</sup> Ambas propuestas se harían efectivas más tarde.

También pretendían ampliar la influencia del médico fuera de la escuela: todo niño debería presentar antes de ser inscrito un certificado médico donde constara que estaba vacunado, que no padecía enfermedad contagiosa alguna y que era apto para los estudios; por otro lado, a todo niño enfermo se le exigiría el certificado de un médico, en el que se estipulara que estaba sujeto al tratamiento conveniente.<sup>31</sup>

Aunque se aclaró que no era tarea del Congreso dictar los programas de estudio sino únicamente fijar las condiciones higiénicas de la enseñanza, los delegados opinaron que la evolución psíquica de los educandos resultaría perjudicada si se les abrumaba con conocimientos. Propusieron como materias que los niños debían estudiar: lectura y escritura, aritmética y lecciones sobre objetos comunes, conocida como miscelánea. Luego se incluyeron: nociones de lenguaje y de ciencias,

---

<sup>27</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja1, exp. 5, 167 f.: 151, 1882.

<sup>28</sup> *Ibid*: 150-152.

<sup>29</sup> *Ibid*: 151.

<sup>30</sup> *Ibid*: 167.

<sup>31</sup> *Ibid*: 151.

moral y ejercicios musculares: también la higiene.<sup>32</sup> Para algunos miembros del Congreso, con la higiene del cuerpo y el alma, se desarrollarían las facultades físicas, intelectuales y morales de los educandos.<sup>33</sup>

Cuando Flores escribió su historia, aún no se habían construido edificios *ad hoc* para escuelas o colegios, sino que, en el caso de los establecimientos nacionales, se seguían aprovechando los conventos, iglesias u otros edificios de la época virreinal, y las escuelas o colegios municipales y particulares estaban acomodados en casas ordinarias alquiladas. Por ello, no había en los salones de clase ni suficiente aire ni adecuada luz.<sup>34</sup> Pero el Congreso del año 82 había sembrado una simiente.

En 1889-1890, 1891 y 1910, se reunieron en la ciudad de México los Congresos Nacionales de Instrucción Pública,<sup>35</sup> donde se trataron nuevamente las cuestiones de higiene escolar. En estos congresos, quedaron definitivamente aceptadas 32 resoluciones relativas a ubicación, orientación, construcción, iluminación, ventilación, capacidad, mobiliario y anexos (patios e instalaciones sanitarias, entre otros).

Se ratificó que los edificios destinados para escuela debían construirse especialmente, según el carácter del establecimiento. Las escuelas públicas no debían situarse en casas de vecindad ni era aceptable construir un solo salón para escuela (como se hacía en el sistema lancasteriano). El lugar escogido para la construcción debía estar lejos de cualquier establecimiento insalubre o peligroso, y a gran distancia de los cementerios, los basureros y los depósitos de aguas infecciosas. El terreno debía ser seco, y los materiales de construcción, sólidos y refractarios a la humedad o a otros agentes destructores. Por su orientación, las escuelas debían quedar protegidas de los vientos impetuosos. Los salones de clase debían tener ventilas y luz suficiente y adecuada, fuera ésta natural o artificial; sus techos debían ser planos y sus pisos de madera. No debía permitirse en cada salón un número mayor de alumnos que el que pudiera haber según las condiciones higiénicas, la superficie de la clase se calcularía a razón de 1.50 metros cuadrados por alumno, y la altura sería de 4.50 a 5 metros. En las salas destinadas a labores manuales (carpintería, trabajos de cartón y cestería), cada alumno

---

<sup>32</sup> *Ibid*: 156-157.

<sup>33</sup> BAZANT, 1985. Cuestiono aquí la afirmación de SCHELL, 2004, de que durante el porfiriato la higiene escolar se habría preocupado sólo por la salud física de los educandos. El suyo es un trabajo muy interesante, pero la parte referida a este periodo está basada en una fuente secundaria escrita después de la revolución, que no es completa ni totalmente objetiva.

<sup>34</sup> FLORES, 1886-1888.

<sup>35</sup> En su estudio sobre la educación en el México de Porfirio Díaz, BAZANT (1995) analiza las conclusiones generales de dichos congresos, así como cifras, informes y estudios contemporáneos sobre la enseñanza del periodo, tanto en la capital del país como en los estados y territorios.

debía disfrutar de 2.5 metros cuadrados de superficie. Toda escuela debía tener un patio para juegos y ejercicios gimnásticos de los alumnos, y habitaciones para el profesorado. Todas las escuelas tenían la obligación de construir inodoros y mingitorios, y tener su cañería para el agua, con una llave en cada salón o al menos depósitos fuera de los salones, de manera que los alumnos la encontraran siempre en condiciones higiénicas.<sup>36</sup>

### **La profesión médica ingresa al ámbito escolar**

El ingreso efectivo de la profesión médica a los centros de instrucción ocurrió a partir de 1896. Ese año, fue creada la Dirección General de Instrucción Primaria, y las escuelas elementales –hasta entonces encargadas a múltiples y heterogéneas autoridades– fueron organizadas según un sistema educativo único.<sup>37</sup> El 3 de julio de 1896, fue creada también la Inspección Médica Escolar dependiente de la Dirección de Instrucción Primaria, y apareció la figura del inspector médico escolar. A partir de ese día, hubo inspectores médicos en las escuelas primarias oficiales de la capital, las del Distrito Federal y las de los territorios sobre los que el gobierno federal tenía jurisdicción, que en ese momento eran Tepic y Baja California.<sup>38</sup>

Se estipularon como obligaciones de los médicos inspectores las siguientes: cuidar, en las escuelas, la salud y aseo de los niños y las condiciones higiénicas del edificio, muebles y útiles; e informar a la Dirección General mensualmente, y en caso de urgencia en el acto, acerca de los resultados de las visitas hechas a las escuelas.<sup>39</sup> Originalmente, hubo cuatro médicos inspectores para 325 planteles del Distrito Federal; del 1 de septiembre de 1896 al 1 de noviembre de 1898, éstos realizaron 1,413 visitas.<sup>40</sup>

El higienista Luis E. Ruiz reportó en 1901 ante la Academia Nacional de Medicina, que en cinco años de observación, habían ido decreciendo tanto el número de estudiantes enfermos como el de días de enfermedad para cada uno. El aseo personal estaba aún muy lejos de lo deseable, aunque había mejorado; la vacunación, en cambio, había sido muy eficaz. De los edificios destinados a

---

<sup>36</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 122-125v.

<sup>37</sup> RUIZ, 1897a. URIBE y TRONCOSO, 1911c. GONZÁLEZ URUEÑA, 1912. (Esta fue la conferencia que González Urueña dio en septiembre de 1910, con motivo del Centenario de la Independencia.) Para una análisis de la unificación nacional de la enseñanza primaria y sus limitaciones en la práctica, véase BAZANT, 1995.

<sup>38</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1912. En 1895, Genaro Sandoval se había recibido en la Escuela Nacional de Medicina de México con la tesis: *Preceptos generales de higiene escolar*. La fecha es interesante porque los trabajos de los alumnos reflejaban las preocupaciones de sus maestros.

<sup>39</sup> LEY REGLAMENTARIA DE INSTRUCCIÓN..., 1896, capítulo IX, Art. 8: 3. Su antecedente era la Ley Reglamentaria de la Instrucción Obligatoria en el Distrito Federal y Territorios de Tepic y Baja California, de 21 de marzo de 1891. BAZANT, 1995.

<sup>40</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1912: 251.

escuela, los había del Estado y de propiedad particular. Unos y otros estaban lejos de satisfacer los requisitos exigidos por la higiene, si bien los pertenecientes al Estado se habían ido adaptando lentamente, y ya había algunos apropiados.<sup>41</sup>

En cuanto al mobiliario escolar, la mayor parte era binario (una banca con dos asientos), y estaba acondicionado a los alumnos, pues se fabricaban bancas en tres tamaños, que tomaban en cuenta las diferentes estaturas de los alumnos).<sup>42</sup> En cambio, todavía había mucho que pedir a los útiles, pues los fabricantes atendían únicamente a las ventajas económicas y no a las condiciones pedagógicas que dichos útiles debían satisfacer. Ruiz sugirió exigir determinadas condiciones para cada uno de los útiles a las casas productoras. Propuso también realizar estudios antropométricos de los niños mexicanos, para determinar en cada edad, la talla, el peso, la energía muscular, el desarrollo psíquico y el estado de los sentidos, y utilizar ese conocimiento en provecho de la enseñanza.<sup>43</sup>

En 1902, el profesor Enrique Rébsamen –director de la Escuela Nacional de Maestros de la ciudad de México–,<sup>44</sup> encomendó al médico Eugenio Latapí una inspección médica más completa y eficaz en las escuelas normales. Para Latapí, bajo la dirección del progresista pedagogo de origen suizo, comenzó “la inspección médica científica y metódica”.<sup>45</sup> En 1905, el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, entonces recientemente separado del Ministerio de Justicia y cuya dirección fue encargada a Justo Sierra,<sup>46</sup> pidió al director de la Escuela Nacional de Medicina que se incluyera en el programa de higiene de la misma un estudio más detallado sobre los problemas de la higiene infantil, dada la importancia que tenía poder disminuir la mortalidad en los niños. Tres años más tarde, Ruiz propuso en su programa de higiene el estudio de los “grupos sociales” y de las diferentes “edades”: en el primero, incluyó al escolar, y en el segundo, a las que consideraba primera, segunda y tercera infancia (de 0 a 2 1/2 años, de 3 a 7 años y de 8 a 14 años, respectivamente).<sup>47</sup>

Al año siguiente, la Dirección de Instrucción Primaria creó un Departamento de Higiene, como una de sus dependencias, en el que se practicaron exámenes individuales de los niños de

---

<sup>41</sup> RUIZ, 1901.

<sup>42</sup> De acuerdo con otros reportes, éste no era el caso en la mayoría de las escuelas, como se verá más adelante.

<sup>43</sup> RUIZ, 1901. Originalmente en la construcción del mobiliario, los productores tomaban en cuenta la edad del alumno y no la estatura, cuando –como decía URIBE Y TRONCOSO (1912d)– niños de la misma edad tenían desarrollo corporal muy diverso.

<sup>44</sup> Que había sido inaugurada en 1887. BAZANT, 1995.

<sup>45</sup> LATAPÍ, 1911: 184. Rébsamen falleció en 1904.

<sup>46</sup> BAZANT, 1995.

<sup>47</sup> RUIZ, 1908. Esta clasificación dejaba algunos huecos (2 1/2 a 3 y 7 a 8 años).

algunos colegios, incluyendo medidas antropométricas.<sup>48</sup> Sin embargo, no parece haber datos publicados desde 1901 hasta 1908, año en que fue sancionada una nueva Ley de Educación Primaria que tomaba en cuenta las indicaciones higiénicas, y en que se creó la Inspección General del Servicio Higiénico Escolar. A partir de ese momento, hubo una reorganización total del ramo que fue encomendada al médico Manuel Uribe y Troncoso.<sup>49</sup>

Como se había observado que las labores del servicio resultaban perjudicadas cuando el nombramiento de médicos inspectores, interinos o propietarios, recaía en personas que no tenían ni conocimientos especiales ni la práctica que requería el desempeño de trabajos que ya entonces definían como “una especialidad dentro de la medicina”, Uribe y Troncoso presentó un proyecto de reglamento, con el cual trataba de garantizar la profesionalización de la inspección médica escolar. Se crearon plazas de inspectores adjuntos, a las que podían aspirar médicos que quisieran ingresar al servicio y estudiar, teórica y prácticamente los trabajos de inspección escolar, de modo que estuvieran listos cuando desempeñaran esos cargos como propietarios. El reglamento fue aprobado por Instrucción Pública el 14 de abril de 1910. Inmediatamente fueron nombrados ocho médicos adjuntos por un periodo de dos años, los cuales tenían derecho a ocupar los puestos de titulares que quedaran vacantes si habían desempeñado su trabajo a satisfacción de la Secretaría y la Inspección. A principios de julio del año 10, ya estaban trabajando.<sup>50</sup>

Para finales del porfiriato, la Inspección del Servicio Higiénico Escolar ejercía vigilancia sobre 700 escuelas primarias del Distrito Federal y los territorios, las cuales atendían a 70 mil niños.<sup>51</sup> El personal aún era insuficiente, pero había un inspector general, un jefe de servicio, un médico inspector general de educación física, once médicos inspectores de escuelas primarias del Distrito Federal, un médico ayudante de los anteriores y otro destinado a los niños enfermos de la piel. A diferencia de lo que ocurría en Europa, en México la inspección no abarcaba sólo a la instrucción elemental, sino que había médicos inspectores para cada Escuela Normal, dos para la Preparatoria, uno para las escuelas de Artes y Oficios, otro para las profesionales y Especiales, uno para el Internado Nacional, y dos para el Departamento de Antropometría Escolar, anexo al

---

<sup>48</sup> URIBE y TRONCOSO, 1911c. GONZÁLEZ URUEÑA, 1912.

<sup>49</sup> URIBE y TRONCOSO, 1911c.

<sup>50</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911d. Con el fin de mantener actualizado al personal del servicio se dictaron conferencias acerca de las condiciones higiénicas que debía reunir el mobiliario escolar, la tuberculosis en las escuelas, la sarna y la pediculosis, entre otros temas. Como pocos de los miembros del servicio asistían, les dieron el carácter de obligatorias.

<sup>51</sup> PRUNEDA, 1912.

Servicio; había, asimismo, ocho médicos adjuntos. Otros dos médicos estaban destinados a la inspección de los maestros y a las prefecturas.<sup>52</sup>

Los objetivos manifiestos de la higiene escolar fueron hacer efectiva la ley de educación obligatoria, instruir a los niños –lo mismo que a sus maestros y a sus padres– en los principios de la higiene privada, promover la higiene pública, construir planteles modelo, proteger a los niños sanos y a sus familias de los niños enfermos, curar los padecimientos de los alumnos, favorecer el desarrollo mental y espiritual de los escolares, vigorizar a la niñez por medio de la educación física, y garantizar el orden social; todo lo anterior, con la finalidad de asegurar “el porvenir de la raza”. La redacción de los *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública* planteó en el primer número de la revista que la higiene escolar buscaba en última instancia: “[...] hacer de nuestros futuros ciudadanos hombres, sanos, fuertes y útiles, tanto para sí mismos como para la patria”.<sup>53</sup>

### **Instrucción obligatoria y normalización de colegios y escolares**

La higiene escolar se consideraba, en primer término, un medio de hacer efectiva la ley de educación obligatoria, laica y gratuita, establecida formalmente por la Ley Orgánica de Instrucción Pública desde 1867.<sup>54</sup> En teoría, la enseñanza era obligatoria hasta los 12 años; pero muchos niños se dedicaban de medio tiempo o tiempo completo a actividades productivas en el campo, los talleres o las minas, antes, después o en lugar de ir a la escuela.<sup>55</sup> Era frecuente que los pequeños trabajaran debido al sistema de peonaje hereditario por deudas, a las que algunos estados habían dado expresión legislativa, violando así la libertad al nacimiento y la libertad de trabajo. Esa era quizá una de las principales razones por las que a principio del año asistían muchos niños que luego dejaban de concurrir.<sup>56</sup>

De acuerdo con la historiadora de la educación Milada Bazant, en algunos estados la deserción escolar era apabullante; por ejemplo, de 14,000 alumnos inscritos en las escuelas de Morelos, asistían a clases 10,000, y sólo terminaban la primaria 500. La causa principal de dicha deserción era la necesidad de brazos que tenían las fincas azucareras y los cultivos de arroz –en los

---

<sup>52</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1912. La frecuencia de la inspección médica variaba: en la capital, las visitas a las escuelas se hacían cada quince días; en las escuelas foráneas, tres veces al año. URIBE Y TRONCOSO, 1913b. Sobre pláticas de higiene a estudiantes de preparatoria y de escuelas profesionales, véase CABRERA, 1913.

<sup>53</sup> La Redacción. “Nuestro programa”, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. 1, núm. 1, julio de 1911, pp. 1-3.

<sup>54</sup> OROZCO HENRÍQUEZ, 1985.

<sup>55</sup> LIÓN, 1907. LEAL y WOLDENBERG, 1980.

<sup>56</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1913d.

que los niños eran empleados, entre otras faenas, como regadores y pajareros–, además de que durante la época de lluvias, sus padres los ocupaban en labrar sus propios terrenos.<sup>57</sup>

Carolyn Steedman ha señalado que el proceso de transformación de los niños de las clases pobres de trabajadores en estudiantes, fue central en la reconstrucción de la imagen de niñez a finales del siglo XIX.<sup>58</sup> En México, algunos higienistas y reformadores plantearon la necesidad de eliminar el trabajo infantil. Un dictamen elaborado por el Consejo Superior de Salubridad a principios del porfiriato planteó la necesidad de regular el trabajo infantil en haciendas, minas, manufacturas e industrias de todo el país.<sup>59</sup> El Código Sanitario prohibió contratar a los menores de 12 años,<sup>60</sup> y el Programa del Partido Liberal demandó 14 años como edad mínima para ser trabajador.<sup>61</sup>

Latapí pensaba que la instauración de la inspección médica en las escuelas podía poner freno a las excusas de los padres para evadir la ley de educación obligatoria; los proletarios –según él– con el deseo de explotar lo más pronto posible el trabajo de sus hijos; y los ricos temerosos, en efecto, de que los suyos contrajeran en los colegios públicos alguna enfermedad o fueran ellos mismos vehículo de contagio, por lo que optaban por enviarlos a escuelas particulares, o por entregarlos a un tutor. En opinión de este higienista, aunque la opción de los tutores individuales sí evitaba el contagio de enfermedades, era antipedagógica pues un maestro no podía tener los mismos recursos que un moderno establecimiento educativo y al niño así educado le faltaba la emulación; mientras que en el caso de las escuelas privadas el asunto no se resolvía pues en ellas existían numerosas enfermedades contagiosas, y para no perder su clientela, los maestros se cuidaban bien de lastimar la susceptibilidad de las familias, y omitían hacer cualquier observación tocante a la limpieza.<sup>62</sup>

De hecho, de acuerdo con algunos reportes, las escuelas privadas o parroquiales se fueron convirtiendo en refugio de los alumnos separados de las oficiales, por lo que empezó a haber en ellas acumulación excesiva.<sup>63</sup> Para algunos, ésta era una razón para acabar con la higiene escolar, pero para otros sólo era muestra de la necesidad de que ésta se extendiese a todas las escuelas.<sup>64</sup> Es decir, en su intento de normalización de escuelas, maestros y educandos, el Estado mexicano

---

<sup>57</sup> BAZANT, 1995.

<sup>58</sup> STEEDMAN, 1992.

<sup>59</sup> DICTAMEN DEL CONSEJO SUPERIOR..., 1882.

<sup>60</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1991.

<sup>61</sup> PROGRAMA DEL PARTIDO LIBERAL, 1974.

<sup>62</sup> LATAPÍ, 1911.

<sup>63</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1913. URIBE Y TRONCOSO, 1912c.

<sup>64</sup> COSÍO, 1911.

pretendía acabar con el sistema de tutores y que la inspección médica se extendiera a las escuelas particulares. A principios del siglo XX –dice el historiador Paul Weindling–, al hospital llegaban sólo los hijos de los pobres; la inspección médica escolar pretendía abarcar a todos los niños.<sup>65</sup>

### **Intervención de la escuela en la higiene privada: pupilos, padres y maestros**

En segundo término la intervención médica en los colegios tenía como objetivo promover la higiene privada. Los médicos pretendían modificar los hábitos y comportamientos de los niños, y al mismo tiempo, guiar a los maestros y a los padres en lo relativo a la salud de sus discípulos e hijos.<sup>66</sup>

En las escuelas primarias, los alumnos “sufrían”, como entonces se decía –y ¡vaya que deben de haberla sufrido!– la inspección llamada de aseo que diariamente les hacían sus maestros. Cada profesor inspeccionaba de treinta a cincuenta niños. Investigaba primero si estaban vacunados y cuáles eran sus antecedentes de salud. Se ocupaba luego de su estado general; les examinaba el cuero cabelludo, observaba la piel de la cara y los órganos de los sentidos, las manos (especialmente las uñas), el vestido y el calzado. Si encontraba en un niño cualquier síntoma sospechoso, por insignificante que fuese, lo separaba en el acto del resto de sus compañeros y lo hacía permanecer en lugar aparte vigilado por el director o subdirector de la escuela. A los niños “sucios y desarreglados” los obligaba a asearse ahí mismo; en ocasiones, los excluía del plantel durante dos o tres días hasta que los padres los presentaban limpios.<sup>67</sup> En algunos lugares, la inspección escolar era especialmente rigurosa, como en la primaria anexa a la Escuela Normal para profesores. En las escuelas rurales, los exámenes eran mucho más sucintos; mientras que en las de internos se ponía atención a los dormitorios, los refectorios y los lavabos.<sup>68</sup>

Para Foucault, la mirada puntillosa de las inspecciones, la minucia de los reglamentos y la sujeción a las menores partículas del cuerpo, que se daban dentro del marco de la escuela, eran muestra del descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder.<sup>69</sup> Algunos de los muchos preceptos higiénicos para la escritura, tomados al azar de una revista para maestros, establecían: “La pierna derecha descansa verticalmente en el suelo, y la izquierda formará con el muslo un ángulo obtuso. La pluma ha de tenerse entre la parte izquierda de la yema del dedo medio encorvada, y la parte derecha de la yema del pulgar bastante encorvado. El portaplumas pasará por la mitad de la

---

<sup>65</sup> WEINDLING, 1992.

<sup>66</sup> HENDRICK, 1992.

<sup>67</sup> LATAPÍ, 1911.

<sup>68</sup> URIBE y TRONCOSO, 1911c.

<sup>69</sup> FOUCAULT, 1984.



tercera falange del índice, y su extremidad llevará la dirección del hombro derecho”.<sup>70</sup> En todo el mundo había trabajos que ironizaban o censuraban la férrea cadena de reglamentación de la labor en la escuela, y México no fue la excepción.<sup>71</sup>

Del Castillo describe reportes del México de la época sobre la resistencia de niños y adolescentes a ser examinados por los profesionales de la salud.<sup>72</sup> Pero, la oposición era sobre todo de padres y legisladores. En opinión del doctor Jesús González Urueña, en todas las naciones la fundación de la inspección médica escolar había provocado un sentimiento de animadversión por la ingerencia de factores hasta entonces extraños en las escuelas, por el aumento de trabajo que había tenido el personal docente y por la poca preparación de éste para una gran parte de los tareas higiénicas. Pero en México, la manifestación de antipatía se había prolongado hasta hacerse “endémica, con exacerbaciones epidémicas”.<sup>73</sup>

En opinión del propio jefe del ramo, para la población: “El nombre de la higiene escolar [parecía] una designación abstracta destinada a encubrir el deseo de los médicos de invadir la escuela”.<sup>74</sup> En virulentos artículo de prensa e impetuosas polémicas parlamentarias se declaraba que la labor de la Inspección Escolar era ineficaz y perjudicial para la marcha pedagógica de las escuelas.

La mayor parte de las protestas tenían que ver con la separación de los alumnos de las aulas, y es que se discriminaba a niños debido a hábitos detrás de los que, muchas veces, había determinadas condiciones sociales.<sup>75</sup> Hubo, incluso, denuncias de que se utilizaba la inspección escolar con fines clasistas. Algunos directores, quizá para tener una clientela distinguida, pretendían que sus educandos tuvieran un aspecto uniforme y sujeto a determinado criterio convencional, y se rehusaban a admitir a alumnos pobremente vestidos o que no llevaran sombrero. Instrucción Pública señaló que esas prácticas estaban en completa oposición con el espíritu democrático de las

---

<sup>70</sup> JIL GARCÍA, 1908.

<sup>71</sup> PALAVICINI, 1907.

<sup>72</sup> Véase la tesis *Examen clínico de niños*, con la que Cruz Barrera se recibió en 1894 en la Escuela Nacional de Medicina, citada por CASTILLO TRONCOSO DEL, 2001. También, “Sociedad de Médicos Inspectores de las Escuelas. Sesión del día 5 de julio de 1912, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. II, núm. 2, octubre, pp. 107-112: 112, en donde los propios inspectores reconocían las dificultades con que tropezaban para hacer el examen individual.

<sup>73</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1913: 115.

<sup>74</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1913f: 326.

<sup>75</sup> GAMBOA, 1912.

instituciones mexicanas; advirtió que las escuelas nacionales estaban abiertas no para algunos, sino para todos los niños, y que sólo se debía exigir aseo de personas y vestidos.<sup>76</sup>

Otras de las críticas se referían a la inmoralidad que implicaba desvestirse y tocar a los niños; por eso el inspector escolar José A. Gamboa llamaba a sus colegas a ser muy cuidadosos, así como a hacer el interrogatorio y la auscultación con gran prudencia y respeto.<sup>77</sup> Un tema más de debate era el secreto profesional porque los maestros tenían acceso a las cédulas de sus alumnos; se propuso, por ello, escribir éstas con signos convencionales que pudieran entender los médicos pero no los directores o maestros, y que éstos escribieran en cédulas independientes de las de los inspectores.<sup>78</sup> Las cédulas eran entregadas a los alumnos o sus familiares al final del ciclo escolar; si no las recogían antes de tres años, éstas eran destruidas.<sup>79</sup>

Los inspectores médicos supervisaban quincenalmente la tarea de los profesores de instrucción primaria, y con frecuencia se quejaban de que la ayuda de éstos no era tan útil como sería de desearse.<sup>80</sup> Algunos maestros solían declarar que todos sus alumnos estaban sanos, aunque eso no fuera cierto. Otros, por el contrario, aterrizaraban a sus discípulos pues en la víspera de la visita del inspector les advertían que a quienes asistieran con la cabeza sucia, ¡se las cortaría el médico!<sup>81</sup>

De acuerdo con los inspectores de escuelas, los mentores carecían de los indispensables conocimientos de higiene escolar, por lo que debían consultar al médico cuando sospecharan que un niño padecía una afección. Los médicos, por su parte, tenían que preparar a los maestros para que éstos vigilaran el desarrollo sano y regular del niño, conocieran los primeros síntomas de las enfermedades y las huellas que éstas dejan, y supieran si debían separar a un alumno o si podían reintegrarlo en caso de que el médico no estuviera presente.<sup>82</sup> Con ese fin, elaboraron para ellos una cartilla con la descripción de los principales síntomas de las enfermedades (escarlatina, sarampión, viruela, varicela, tos ferina, erisipela, orejones, difteria, tifo, tuberculosis, lepra, sífilis, sarna, tiñas y

---

<sup>76</sup> AHDF, *Instrucción Pública*, Inspección General, vol. 2664, exp. 3, circulares, acuerdos, órdenes, 222 f. [s/nf].

<sup>77</sup> Sobre otros problemas en la inspección médica escolar y las propuestas para solucionarlos, véase BENAVIDES, 1913.

<sup>78</sup> GAMBOA, 1912.

<sup>79</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1913e.

<sup>80</sup> COSÍO, 1911.

<sup>81</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1913.

<sup>82</sup> COSÍO, 1911.

pediculosis).<sup>83</sup> Sin embargo, advertía Latapí: “Naturalmente que no será suficiente la opinión del profesor y que será necesario, en obvio de futuras dificultades con las familias de los niños, la ratificación o rectificación de su dicho”.<sup>84</sup> Esto y el hecho de que los inspectores escolares intervinieran sobre la escuela y sobre el niño mismo, fue causa frecuente de contradicciones, porque la escuela había sido hasta entonces espacio de poder del magisterio; pero a pesar de sus objeciones los maestros debieron subordinarse al médico, por convicción o por reglamento.<sup>85</sup>

Tanto en la Normal de Hombres como en la de Mujeres, los futuros maestros recibían lecciones de higiene, y con frecuencia acompañaban a los inspectores en sus visitas a las primarias anexas a ellas.<sup>86</sup> Pero, además, su propia limpieza y estado de salud eran inspeccionados todos los días. Contaban con un departamento de regaderas y se les enseñaba que el baño, además de ser base de la salud, era exigencia de urbanidad.<sup>87</sup> Respecto de ésta, Instrucción Pública remitía a los maestros ejemplares del *Manual de urbanidad*, de Carreño, para que pudieran aprender y enseñar a sus alumnos las buenas maneras.<sup>88</sup>

La salud de los profesores de los colegios también fue sujeta a inspección. Había un médico ayudante que reconocía a los profesores que solicitaban licencia por enfermedad, e impedía a quienes padecían enfermedades contagiosas ser maestros, o incluso inscribirse en las Escuelas Normales.<sup>89</sup> Los maestros alcohólicos eran separados de la docencia; la Secretaría de Instrucción Pública prohibía a los mentores no sólo tomar antes de presentarse a dar clases, sino también frecuentar cantinas fuera de las horas de trabajo, so pena de perder su empleo, pues –en su opinión– ellos debían ser ejemplo para sus alumnos.<sup>90</sup> Hacia 1906, Instrucción Pública expidió una orden que prohibía igualmente el uso del tabaco a los maestros de las escuelas nacionales primarias, incluyendo las Normales.<sup>91</sup>

---

<sup>83</sup> INSPECCIÓN GENERAL DE HIGIENE DEL RAMO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA, 1912. La cartilla fue elaborada por Manuel Uribe y Troncoso y Joaquín Cosío. Otra cartilla, pero relativa al cuidado dental, fue URIBE Y TRONCOSO y CARMONA, 1913.

<sup>84</sup> LATAPÍ, 1911: 186.

<sup>85</sup> URIBE Y TRONCOSO (1913f) aseguraba que, poco a poco, la mayoría de los maestros habían visto a los inspectores escolares como guías y consejeros.

<sup>86</sup> LATAPÍ, 1911.

<sup>87</sup> *La Enseñanza Normal*, vol. III, núm. 4, 8 de junio de 1907, p. 3.

<sup>88</sup> AHDF, *Instrucción Pública*, Inspección General, vol. 2664, exp. 3, circulares, acuerdos, órdenes, 222 f. [s/nf]. Sobre la insistencia de que los maestros practicaran las reglas de higiene en Chihuahua, véase MÁRQUEZ, 1906.

<sup>89</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911a.

<sup>90</sup> PRUNEDA, 1912.

<sup>91</sup> “Prohibición del tabaco en las escuelas”, *La Enseñanza Primaria*, vol. V, núm. 21, 1 de mayo de 1906, pp. 371-372. Sin embargo, aunque ya había en esa época leyes que prohibían vender alcohol a los niños, no se había dictado ninguna que prohibiera despacharles tabacos.

La Inspección de Higiene Escolar vigilaba, asimismo, la salud de los directores y empleados de los colegios. Como se presentaban numerosos casos de tifo en las familias de los porteros, acordó que no se admitieran porteros con familias numerosas (puesto que el espacio que se les destinaba era pequeño). La Inspección denunciaba que algunos directores, contra el reglamento, no daban aviso de casos de enfermedades en su familia, con lo que ponían en peligro la salud de los niños y su honor.<sup>92</sup> Si llegaban a presentarse casos de enfermedades entre las familias de directores o porteros, se suspendían las actividades escolares mientras los enfermos estaban en el hospital y se realizaba la desinfección.<sup>93</sup> La historiadora Eugenia Chaoul Pareyra da la clave para entender estas disposiciones, pues ha encontrado que, con frecuencia, ellos vivían con sus familias en las escuelas, o sus casas eran convertidas en tales.<sup>94</sup>

Pero si en la época estudiada la influencia del poder médico en la escuela significó la medicalización del espacio escolar, hubo también una medicalización del espacio familiar a través de la higiene escolar. En su obra *Psychological Care of Infant and Child*, el inglés John Watson aseguró que eliminar a los padres de la crianza de los hijos sería más científico y quizá produciría niños más felices.<sup>95</sup> Si bien en México nadie –al parecer– defendía posiciones tan radicales, los inspectores escolares esperaban que sus prescripciones fuesen acatadas al pie de la letra tanto en la escuela como en el hogar. Buscaban la cooperación de los padres de familia, y pensaban que con la ayuda de la medicina, éstos tenían mucho que ganar. A las madres, en particular, las veían como cuidadoras naturales de los niños, pero aseguraban que necesitaban de la dirección de los médicos.<sup>96</sup>

Los padres eran citados en el día del reconocimiento médico de sus hijos. Se creyó al principio que pocos asistirían por falta de tiempo y de buena voluntad. “Se hacía valer, además, la opinión generalizada de que los padres que pertenecen a ciertas clases sociales, se preocupan muy poco de sus hijos y particularmente de su salud”.<sup>97</sup> No fue así; 67% de los padres asistió al reconocimiento, y en algunos planteles el porcentaje llegó a 90%.<sup>98</sup>

---

<sup>92</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911a.

<sup>93</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1912c.

<sup>94</sup> CHAOWL PEREYRA, 2005. En este excelente trabajo, la autora analiza a la escuela elemental porfiriana en la ciudad de México como complejo espacio de actuación social, y al reconstruir la forma que adquirió la escuela, descubre el movimiento cotidiano de la vida escolar.

<sup>95</sup> Citado por URWIN y SHARLAND, 1992.

<sup>96</sup> La Redacción. “Nuestro programa”, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. I, núm. 1, julio de 1911, pp. 1-3.

<sup>97</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911a: 25.

<sup>98</sup> *Ibid*: 25. En esa época, también en Francia y otros países europeos se hablaba de mala voluntad o ignorancia de los padres.

La amenaza de que sin vacuna antivariolosa del Consejo Superior de Salubridad el niño no sería admitido en la escuela (amenaza que era legal pues la vacunación era obligatoria), hacía que casi sin variación, al día siguiente el niño fuera presentado ya vacunado.<sup>99</sup> Menos fácil –a menos que se tratase de familias acomodadas– era lograr que los padres sometieran a tratamiento a sus hijos cuando éstos estaban enfermos, como sugerían algunos inspectores; por un lado, porque no existía una disposición legal que los obligara a consultar al médico, y tratar de hacerlo habría sido considerado “atentatorio a la libertad individual”; por otro, porque muchos de ellos carecían de los recursos para hacerlo.<sup>100</sup>

De acuerdo con la descripción de Gamboa, los padres concurrían al reconocimiento con curiosidad y temor. “La gente pobre –decía él– atiende y escucha con empeñoso afán a todo lo que se le dice, acoge con entusiasmo la tarjeta de hospitales cuando se trata de afecciones dentarias al saber que nada le costará el tratamiento; pero sufre una verdadera decepción y se le pinta en el semblante el desaliento cuando las indicaciones requieren un gasto cualquiera que no puede erogar”.<sup>101</sup> Los padres –decía por su parte el jefe del Servicio Higiénico Escolar– estaban dispuestos a cambiar lo que estaba a su alcance, pero poco podían hacer para solucionar problemas de nutrición o anemia de sus hijos. Llamaba, por eso, a tomar en cuenta en los exámenes individuales tanto la constitución física de los niños como el ambiente en que éstos vivían.<sup>102</sup> Todavía más difícil fue que los padres aceptaran el aislamiento de sus niños enfermos, en su hogar o en instituciones hospitalarias, como algunos médicos demandaban.<sup>103</sup> Si las medidas de aislamiento en general resultaban duras para los pobladores, en el caso de los niños eran especialmente dramáticas.

Instrucción Pública dispuso que un profesor se encargara de dar conferencias sobre preservación de la salud infantil, para que las madres y nodrizas “se educaran”.<sup>104</sup> Los higienistas escolares pretendían influir en los formadores de las nuevas generaciones, en el ámbito público (maestros) y en el ámbito privado (padres).<sup>105</sup> Sostenían que si los alumnos cobraban afecto a las

---

<sup>99</sup> GAMBOA, 1912.

<sup>100</sup> “Sociedad de Médicos Inspectores de las Escuelas. Sesión del día 5 de julio de 1912, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. II, núm. 2, octubre, pp. 107-112: 112.

<sup>101</sup> GAMBOA, 1912: 121.

<sup>102</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1912c.

<sup>103</sup> RUIZ ENDORZAIN, 1896.

<sup>104</sup> AHUNAM, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, programas de estudio, caja 19, exp. 19, f. 662-686 1905.

<sup>105</sup> GONDRA GONÇALVEZ, 2003.

prácticas higiénicas, y los maestros y padres colaboraban, se lograría prevenir mejor que curar;<sup>106</sup> y –como en otros lugares del mundo– se dirigían especialmente a las madres para que éstas comprendieran que la crianza de los hijos era un asunto nacional –con el que se suponía ellas debían identificarse–, y no una simple preocupación personal.<sup>107</sup>

### **La escuela como espacio de promoción de la higiene pública**

La institución escolar fue, en tercer término, un medio para difundir los ideales de la higiene pública. Después de reconocer de manera individual a los alumnos, los higienistas escolares elaboraban la cédula sanitaria de cada uno de ellos, la cual enviaban a una Oficina Concentradora cuyo trabajo era de comparación y deducción. Esto –consideraban– era importante no sólo para el porvenir del alumno, sino sobre todo “para la colectividad por las importantes medidas y serie de disposiciones benéficas que podían implantarse como consecuencia del estudio que se [hacía] con todos los datos obtenidos en el conjunto de cédulas”.<sup>108</sup>

En su ponencia presentada en el III Congreso Internacional de Higiene Escolar, realizado en París en 1910 (el I se había reunido en Nuremberg en 1904, y el II en Londres en 1907), Alfonso Pruneda aseguró que la campaña contra el alcoholismo –definido por él como: “[...] plaga que acaba con los individuos, destruye las familias, perturba grandemente las sociedades y amenaza precipitar el fin de la raza humana”–<sup>109</sup>, se realizaba también en los colegios. En ellos, la propaganda antialcohólica era paralela a la educación antituberculosa,<sup>110</sup> y a la realizada contra el tabaquismo en los niños.<sup>111</sup>

*La limpieza es hija del honor y madre de la salud*, de Luis E. Ruiz, ganó el premio otorgado por la Academia Nacional de Medicina a la mejor cartilla acerca de la etiología y profilaxis de las enfermedades transmisibles, propia para la enseñanza primaria. Con el trabajo, este salubrista buscaba que los niños adquirieran “el hábito de obrar higiénicamente”,<sup>112</sup> así como hacerles comprender que la salud era el mayor bien que poseían los seres humanos, pues permitía a los niños dedicarse al juego y a los hombres entregarse al trabajo. Por medio de la cartilla, los niños conocían

---

<sup>106</sup> La Redacción. “Nuestro programa”, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. I, núm. 1, julio de 1911, pp. 1-3.

<sup>107</sup> URWIN y SHARLAND, 1992.

<sup>108</sup> GAMBOA, 1912: 115.

<sup>109</sup> PRUNEDA, 1912: 219. Sobre el alcoholismo y su relación con los escolares, véase el capítulo “Para frenar la degeneración de la raza: la lucha antialcohólica”.

<sup>110</sup> MENÉNDEZ, 1908.

<sup>111</sup> SÁNCHEZ, 1910.

<sup>112</sup> RUIZ, 1903: 178.

los peligros de la viruela, la fiebre amarilla, el paludismo, el tifo, el mal de pinto y las diferentes enfermedades de la piel, entonces muy comunes en las escuelas y fuera de ellas.

Para evitar enfermedades causadas por seres vivos (animales o vegetales), Ruiz les sugería procurar aire puro, y tomar agua también pura; ingerir alimentos nutritivos y evitar por completo el alcohol; protegerse de mosquitos, pulgas y moscas transmisores de enfermedades, así como de flemas, esputos, deyecciones y descamaciones cutáneas; procurar la luz solar; tener al aseo como base de toda la vida; en caso de enfermedad, recurrir a la desinfección y el aislamiento (en casa u hospital),<sup>113</sup> así como a la vacuna: contra la viruela para todas las personas; contra la rabia, en caso de mordeduras de perro rabioso; antidiftérica, si debía asistirse a un enfermo de *croup*, y de Haffkine contra la peste si se estaba expuesto a la enfermedad.<sup>114</sup>

Es decir, Ruiz defendía en la cartilla el programa del Consejo Superior de Salubridad. A los niños los instruía acerca de los deberes que tenían con su patria, con sus semejantes y consigo mismos; y les comunicaba la responsabilidad que su país tenía con ellos. Les explicaba que había tareas de los individuos y otras del Estado: “Nosotros debemos (y podemos) hacer el aseo de nuestra persona; pero sólo la autoridad puede llevar a cabo el aseo de las atarjeas de la ciudad. A nosotros incumbe el aseo de nuestros propios vestidos, y a la autoridad está encomendado el cuidado y propagación de las vacunas”.<sup>115</sup>

Aunque la cartilla estaba dirigida básicamente a los niños, buscaba atraer la atención de maestros y padres, para que ellos unieran sus energías a las del médico en asuntos de higiene pública; mencionaba especialmente la campaña contra la tuberculosis pulmonar. Como dicha campaña se basó originalmente en el control del esputo, Instrucción Pública preguntó al Consejo de Salubridad si era conveniente instalar escupideras en cada pupitre. El organismo sanitario contestó que no, pues la tuberculosis pulmonar no era frecuente en los niños; en cambio, pidió que se instalaran escupideras junto a los pupitres de los profesores, y se sometiera a examen médico a los maestros en quienes se sospechara presencia de la enfermedad, lo mismo que a los candidatos a ocupar plazas de tales.<sup>116</sup>

A diferencia del Consejo, algunos maestros<sup>117</sup> y médicos<sup>118</sup> sostenían que la tuberculosis se había apoderado ya de los niños, y que se debía considerar sospechosos a los que se cansaban

---

<sup>113</sup> Justificaba la separación de los niños enfermos de la escuela por un periodo mayor al del peligro real, “por la incuria, descuido o indolencia de mucha gente”. *Ibid.*: 172.

<sup>114</sup> *Ibidem*.

<sup>115</sup> RUIZ, 1903: 170.

<sup>116</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911a.

<sup>117</sup> PINEDA, 1909.

mucho en las clases de educación física.<sup>119</sup> Pensando en prevenir la tuberculosis, se buscó conformar la vida del niño y del maestro a las costumbres higiénicas, prohibiéndoles barrer en seco, escupir o limpiar los pizarrillos con saliva.<sup>120</sup>

El servicio de higiene escolar procuró que los maestros unieran sus energías a las del médico en asuntos de higiene pública. Trató de convencerlos de que debían no sólo resguardar la salud de los niños individualmente, vigilando su crecimiento y el equilibrio de sus variadas actividades mentales con los ejercicios físicos; sino también encontrar la manera de preservar a la colectividad escolar de las enfermedades que podían venir del exterior.<sup>121</sup>

Los primeros resultados palpables de la higiene escolar se tuvieron en la vacunación antivariolosa. Un año después de la instauración de aquélla, la inspección médica escolar había logrado vacunar o revacunar a más de 3,000 niños y a más de 1,000 obreros y obreras de las escuelas nocturnas en el Distrito Federal.<sup>122</sup> Para finales del porfiriato, poco más de 98% de los alumnos de la capital había sido vacunado; y en las municipalidades foráneas, la cobertura era casi de 100%.<sup>123</sup>

#### **¿Aislamiento o curación?**

Otro objetivo manifiesto de la inspección médica escolar era proteger a los niños sanos y a sus familias de los niños enfermos, en consonancia con la política sanitaria que dominaba en el mundo desde que se había aceptado la teoría de los gérmenes. Para Latapí, el propósito de la inspección escolar era llamar la atención de la familia del niño hacia la enfermedad y evitar los contagios que pudieran sobrevenir. Decía: “Los padres entregan a la escuela lo más preciado que poseen, sus hijos, y cuando los entregan sanos es injusto que les sean devueltos enfermos, tal vez atacados de algún padecimiento incurable como la lepra, la sífilis, etc., o de difícilísima curación como el favus y la tricoficia”.<sup>124</sup> Foucault dice que ya La Salle proponía separar a los alumnos que tenían parásitos y cuyos padres eran descuidados, de los que iban limpios y no los tenían.<sup>125</sup>

---

<sup>118</sup> COSÍO, 1911.

<sup>119</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911c.

<sup>120</sup> MENÉNDEZ, 1908.

<sup>121</sup> La Redacción. “Nuestro programa”, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. I, núm. 1, julio de 1911, pp. 1-3.

<sup>122</sup> RUIZ, 1897a.

<sup>123</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1913a.

<sup>124</sup> LATAPÍ, 1911: 183.

<sup>125</sup> Citado por FOUCAULT, 1984.



En las escuelas se rehusaba sistemáticamente la entrada a los niños con tuberculosis pulmonar, aun cuando la lesión apareciera todavía cerrada,<sup>126</sup> y se sometía a los sospechosos a exámenes bacteriológicos reiterados, realizados por el Laboratorio de Bacteriología del Consejo de Salubridad o por el Instituto Bacteriológico Nacional.<sup>127</sup>

Otro caso de colaboración entre estos organismos y la Inspección Médica Escolar se dio durante una epidemia de fiebre paratifoidea en el Internado Nacional; se practicó la reacción de Widal a las deyecciones de los internos enfermos, y se encontraron bacilos de Eberth en todos los casos. Se procedió al aislamiento de los atacados, hervir la leche y lavar bien los alimentos. Terminada la epidemia, el internado fue desinfectado.<sup>128</sup>

En las escuelas de Triunfo, Baja California, el inspector sanitario del territorio separó indefinidamente a 207 alumnos de uno y otro sexo, por conjuntivitis granulosa; mientras que el del Internado Nacional expulsó a los afectados de blenorragia y de otros padecimientos venéreos, y lo mismo se hizo en la Escuela Nacional Preparatoria.<sup>129</sup>

Como en otros países, entre la población y la burocracia sanitaria había mayor preocupación por las enfermedades infecciosas que por las causas no infecciosas de mortalidad, preocupación que –de acuerdo con algunos autores– era quizá creación política.<sup>130</sup> Al Consejo de Salubridad llegaban cada día los reportes de las enfermedades de declaración obligatoria. Con esta información, el Consejo publicaba *La noticia de las enfermedades contagiosas* –lista de las enfermedades transmisibles observadas la víspera en la ciudad–, la cual se repartía cada día a los directores de colegios y médicos inspectores.

Con este instrumento, se excluía de la escuela a los hermanos o parientes de alumnos atacados de enfermedades contagiosas,<sup>131</sup> para evitar que los padres de familia ocultaran a la Inspección la presencia de otros hermanos o primos en casa de los niños enfermos, desde el principio del año se hacía una lista de direcciones, no por orden alfabético de alumnos, sino de las calles en que vivían.<sup>132</sup>

---

126 URIBE Y TRONCOSO, 1911c.

127 *El Imparcial*, México D.F., 6 de mayo de 1903 [sn/p].

128 URIBE Y TRONCOSO, 1913a.

129 *Ibidem*.

130 COOTER, 1892b.

131 “Instrucciones para usar la noticia de las enfermedades contagiosas que diariamente se reparte a las escuelas”, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. I, núm. 3, enero de 1912, pp. 47-48. En el AHDF hay muchas constancias de estas listas y expulsiones.

132 URIBE Y TRONCOSO, 1913a.

Los más afectados debieron ser los niños de las clases populares, que vivían en vecindades, y que por esta situación estaban más expuestos a la transmisión de viruela, sarampión, escarlatina y otras enfermedades. Además de que entre ellos –como ha estudiado Lederer– algunas enfermedades tomaban caracteres de epidemia debido a la desnutrición que ellos padecían y a la poca resistencia que a causa de ello ofrecían a las enfermedades.<sup>133</sup>

Los inspectores realizaban visitas a todas las escuelas.<sup>134</sup> Clasificaban la salud de los alumnos en cuatro clases de mejor a peor, y separaban a los alumnos enfermos. Los alumnos incluidos en la cuarta clase, es decir, aquellos que presentaban grandes anormalidades o enfermedades que se consideraban incurables como la tuberculosis o el mal de Pott, eran separados por tiempo indefinido.<sup>135</sup>

Solamente en el último semestre de 1909, 2,745 niños fueron separados de los colegios de la ciudad de México y 963, de los foráneos, es decir, 3,708 niños en total.<sup>136</sup> Y de abril de 1909 a marzo de 1910, el Servicio de Higiene Escolar separó a 9,667 alumnos; de éstos, una buena parte (3,626) por *pediculosis capitis* (piojos).

Si en la escuela se observaba a algún educando con piojos, los maestros o higienistas escolares lo separaban en el acto, y era enviado a su casa con carta dirigida a sus padres o tutores, la cual manifestaba el motivo de su separación y la necesidad de limpiarlo completamente para permitirle el reingreso a la escuela. Los padres debían cortarle el cabello lo más posible, lavárselo con agua caliente y jabón y desinfectarle la cabeza con una solución mercurial de cianuro o bicloruro; en la época también se recurría al vinagre tibio y a pomadas antisépticas, azufradas o mercuriales.<sup>137</sup> En caso de cualquier otra enfermedad, el niño era enviado a su casa con una boleta escrita en los siguientes términos:

---

<sup>133</sup> LEDERER, 1992

<sup>134</sup> Cada inspector tenía encomendadas 23 escuelas en la capital, y 64 en las municipalidades, y 4,000 alumnos por término medio en la capital, y 6,000 en las últimas. URIBE y TRONCOSO, 1911a.

<sup>135</sup> GAMBOA, 1912.

<sup>136</sup> *Idem.* En Gran Bretaña, el *Educational Act* de 1907 obligó a las autoridades educativas a realizar inspecciones médicas a los escolares, y desde 1882 la Asociación Médica Británica y la Sociedad Nacional de Salud habían persuadido al Consejo de Educación a excluir de la escuela a los alumnos con enfermedades infecciosas. WOHL, 1983.

<sup>137</sup> URIBE y TRONCOSO, 1911d.

El niño..... sufre una enfermedad que no permite su permanencia en la escuela. El niño no será recibido nuevamente hasta su completa curación.

El médico inspector recibe en..... y sus horas de consulta son .....

México..... de 19...<sup>138</sup>

Las fiebres eruptivas más frecuentes entre los escolares eran sarampión, escarlatina, viruela y varicela. Los atacados de estas afecciones podían volver a sus escuelas cuando sanaban y previa constancia del médico de la familia, ratificada o rectificada por el médico escolar.<sup>139</sup> Los inspectores solían examinar a los niños que se habían ausentado de la escuela por mucho tiempo. Durante una epidemia de escarlatina, por ejemplo, tuvieron cuidado de que los niños no presentaran huellas de descamación; reportaba Uribe y Troncoso: “De esta manera la inspección médica de las escuelas ha coadyuvado, en su esfera de acción, a la campaña emprendida por el Consejo Superior de Salubridad contra dicha enfermedad”.<sup>140</sup>

Los maestros procuraban convencer a los padres, “valiéndose de sus hijos”, para que llevaran a cabo los tratamientos o compraran los aparatos que los niños necesitaban. También con el fin de que los padres sometieran a tratamiento a sus hijos cuando éstos estaban enfermos, el Estado procuró facilitarles varios arbitrios, como darles una hoja impresa con la lista de consultorios gratuitos que había en la ciudad de México.<sup>141</sup> Se establecieron, así, nuevas alianzas entre la educación, las profesiones sanitarias y la beneficencia.

Para Latapí, la curación no podía ser propósito de la higiene escolar, y un médico ajeno a la Inspección era el que debía encargarse de ésta. Pero no todos los médicos inspectores estaban de acuerdo en este punto. En opinión de Uribe y Troncoso, curar los padecimientos de los alumnos era no sólo un fin de la inspección médica, sino el principal de ellos. En su doble carácter de jefe del Servicio y de oftalmólogo, sugería preparar a los médicos escolares en oftalmología, otorrinolaringología y dermatología, propuesta que era aceptada por los médicos inspectores, pero –

---

<sup>138</sup> *Ibid.* Además del talonario de aviso a los padres en caso de enfermedades contagiosas, contaban con boletas para readmisión, citatorios para que los familiares asistieran a reconocimientos, cédulas sanitarias principales para reconocimiento individual, cédulas sanitarias complementarias, aviso a familias de enfermedades, lesiones, defectos o anomalías encontrados en los escolares, tarjetas indicadoras de hospitales y casas proveedoras de anteojos a bajo precio, libro talonario sobre alumnos que debían pasar a la Escuela Dr. Balmis por tiña, *Idem* de los que debían pasar por verrugas o sarna, tarjetas postales para recabar de los médicos inspectores las cédulas sanitarias de los alumnos que procedían de otras escuelas, escala para tomar agudeza visual de los alumnos, cartabón de corredera para la estatura. GAMBOA, 1912.

<sup>139</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911d.

<sup>140</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911a: 16.

<sup>141</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1912c.

como en otros países— se encontró con la oposición de los especialistas. Planteaba, asimismo, la necesidad de establecer en algún momento un dispensario escolar en el que se abrieran clínicas de ojos, garganta, nariz, oídos y dientes, así como de enfermedades internas y quirúrgicas, en el que los estudiantes fuesen tratados gratuitamente.<sup>142</sup> Puede decirse que esta última posición fue la que triunfó, por lo que hubo una extensión de los servicios médicos y de las instituciones de salud, que permitió a la medicina diplomada llegar a un sector cada más amplio de la población.

Los inspectores escolares encontraron que después de la anemia, la enfermedad más extendida entre los niños de planteles oficiales era la caries dentaria que afectaba a casi 20% de ellos. De la Parra realizó un estudio entre 250 niños y concluyó que todos necesitaban un dentista, si bien él mismo reconocía que parte del público veía en declaraciones como ésta sólo el intento de publicidad para estos profesionistas.<sup>143</sup>

En 1908, la Secretaría de Instrucción Pública ordenó que en el Consultorio anexo a la Escuela Nacional de Enseñanza Dental, creado en abril de 1904, fueran atendidos de preferencia y gratuitamente los alumnos que llevaran pase de la Inspección Médica Escolar.<sup>144</sup> Como en el caso de la medicina, en la atención odontológica quienes solicitaron asistencia de la Beneficencia Pública sirvieron para la enseñanza.<sup>145</sup> Hubo una fricción permanente entre esta función educativa y la atención dada a los pacientes.<sup>146</sup> Los estudiantes de odontología hacían básicamente extracciones, y pronto fueron tales las críticas a los trabajos hechos por los alumnos de primer año, que en 1909 Instrucción Pública decidió que los escolares sólo fueran atendidos por los alumnos del 2º curso de clínica de la escuela.<sup>147</sup>

Hacia finales de la primera década del siglo XX, en la Escuela Odontológica Nacional los niños no habían recibido asistencia digna de tenerse en cuenta. En 1912, ésta sólo atendió a 378 alumnos de los 11,689 con afecciones dentarias encontrados por los inspectores (es decir, 32 por cada mil 1,000 enfermos). En el Consultorio les decían que pronto mudarían los dientes de leche y que los siguientes les nacerían sanos, lo que no satisfacía a los interesados.<sup>148</sup>

---

<sup>142</sup> URIBE y TRONCOSO, 1911c.

<sup>143</sup> PARRA DE LA, 1908.

<sup>144</sup> URIBE y TRONCOSO, 1911d.

<sup>145</sup> Véase el caso de los hospitales de Maternidad. CARRILLO, 1999d.

<sup>146</sup> Lo mismo sucedía en otras partes del mundo. LEDERER, 1992.

<sup>147</sup> URIBE y TRONCOSO, 1911d.

<sup>148</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1913.

Otras enfermedades sumamente frecuentes eran las del aparato visual. Desde finales del XIX, el doctor Emilio Montaña había comenzado a examinar la visión de algunos escolares.<sup>149</sup> Hasta entonces, a los niños que no veían bien generalmente los maestros los consideraban flojos o deficientes mentales. En el examen completo que comenzó a hacerse en el siglo XX, los maestros medían con regularidad la agudeza visual de sus discípulos; entre 1909 y 1910, encontraron que casi 27% de los alumnos examinados tenía la visión disminuida. Las casas de óptica vendían lentes con descuentos considerables a los niños enviados por la Inspección Escolar.<sup>150</sup>

También muy comunes en las escuelas eran las enfermedades de la piel: la verruga vulgar (mezquino), el impétigo y la sarna; en estos casos, los inspectores enviaban a los niños que las padecían a sus casas, hasta su curación. Pero, de acuerdo con el dermatólogo Ricardo Cicero, la enfermedad escolar por excelencia, debido a sus caracteres: su contagiosidad, su cronicidad y el hecho de ser casi exclusiva de la infancia, era la tiña.<sup>151</sup> Había tres tipos de tiñas; de ellas, las tonsurantes eran las más frecuentes.<sup>152</sup>

El también dermatólogo Jesús González Uruña fue el primero que llamó la atención sobre la enfermedad en un trabajo leído ante la Academia en 1905. En él, reportó la frecuencia con que la habían observado él y Cicero en el Consultorio Central de la Beneficencia Pública, y la cifra abrumadora de 76 enfermos de esa especie tan sólo en uno de los establecimientos de beneficencia infantil: el Hospicio de Pobres. Concluyó en la necesidad de un dispensario-escuela para niños con tiña en la capital de la república.<sup>153</sup>

Cicero, por su parte, estaba alarmado por la cantidad de casos que observaba no sólo en el Consultorio Central sino también en su clientela particular. Algunos de sus pequeños pacientes pertenecían a “la mejor clase social, a la de personas acomodadas y madres cuidadosas, cuyos hijos se educaban en los planteles más acreditados”.<sup>154</sup> Imaginaba entonces lo que pasaría en las escuelas gratuitas, donde las madres no tenían el hábito ni las posibilidades de atender las necesidades de aseo de sus hijos.

---

149 RUIZ, 1901.

150 URIBE y TRONCOSO, 1911d. URIBE y TRONCOSO, 1911f.

151 Enfermedad de la piel de la cabellera causada por parásitos vegetales.

152 El nombre de tonsurante venía del aspecto que presentan los cabellos de los niños enfermos, semejante al que tienen en la tonsura de los sacerdotes; los cabellos enfermos están como en una región recién rasurada. Una de las tiñas tonsurantes la produce el hongo llamado *Tricophyton tonsurans*; en 1893, Saubrand demostró que había otra causada por el *Microsporum audouinii*. CICERO, 1911.

153 Citado por CICERO, 1911.

154 CICERO, 1911: 164.

En efecto, en el informe de Uribe y Troncoso del periodo transcurrido del 1 de julio de 1908 al 30 de junio de 1910, señaló que entre 35,324 niños inspeccionados se habían encontrado 4,455 casos, o sea 12.6% de la población escolar del Distrito Federal. Por su parte, Latapi había encontrado también en la escuela anexa a la Normal para Maestras una cantidad excesiva de niños “tiñosos”, a cuya inscripción se oponía este médico.<sup>155</sup> De hecho, la separación de los niños con tiña de las escuelas se hacía de forma indefinida.

En su trabajo de 1905, González Urueña dio cuenta también de los brillantes resultados obtenidos por Sabouraud en París con el tratamiento por los rayos X, en la Escuela Lailier, especial para niños con tiña,<sup>156</sup> y sugirió la creación de una escuela semejante. El 2 de enero de 1911, abrió sus puertas la Escuela Dr. Balmis para niños enfermos de la piel, la cual tenía varios salones de clase, patios, comedor, cocina, excusados, baños con tinas para el tratamiento de los niños con sarna, y un departamento médico, compuesto por un laboratorio y una sala de aplicación de rayos X para el tratamiento de la tiña tonsurante. Los niños ingresaban a la escuela con la boleta del inspector que los había separado de la suya. Se instruía a los padres acerca de la importancia de que sus hijos asistieran con regularidad a esta escuela-hospital donde seguirían recibiendo su educación y podrían curarse en unos seis meses. Se les demandaba que el niño o niña fuera cortado a rape por ellos mismos antes de su ingreso a la institución, operación que debía repetirse tantas veces como fuera necesario. Poco tiempo después, la Escuela Dr. Balmis ya estaba produciendo frutos; había más de 200 inscritos, y muchos se habían curado.<sup>157</sup>

Esta institución contaba con una enfermera escolar, a la que la Inspección veía como “un órgano [*sic*] útil para hacer progresar la higiene doméstica, en interés de la higiene pública.<sup>158</sup> Ella hacía a veces la limpieza de la cabeza o el corte de pelo, previo consentimiento de los padres. Con su ayuda se obtuvieron buenos resultados no sólo en la extirpación de la pediculosis, sino también en la profilaxis de la sarna, las verrugas, la tiña y otras enfermedades transmisibles, pues no escapaban a la atención de la enfermera casos que los inspectores no podían detectar en sus visitas quincenales.<sup>159</sup>

---

<sup>155</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911d. Por entonces, había muchísimos casos también en Inglaterra, donde la proporción de niños enfermos era cercana a la de México, y también muchos, aunque menos, en Francia. URIBE Y TRONCOSO, 1912b.

<sup>156</sup> Antes de esa época, el tratamiento de la tiña era largo, difícil y doloroso, con arrancamiento de los cabellos enfermos y aun de los sanos que los rodeaban. Las emanaciones de luz de Roentgen, en cambio, provocaban la caída temporal de cabellos, y expulsaban los parásitos que causaban las tiñas.

<sup>157</sup> CICERO, 1911.

<sup>158</sup> URIBE y TRONCOSO, 1911b: 61.

<sup>159</sup> URIBE y TRONCOSO, 1911d.

Desafortunadamente, casi desde su nacimiento la Escuela Dr. Balmis y otras instituciones educativas y sanitarias sufrieron limitaciones por la situación revolucionaria que vivía el país. Por eso, aunque algunos médicos insistían en que la Inspección debía curar –y no sólo a los niños, sino incluso a sus familiares para poder, por ejemplo, desterrar la sarna–; otros aseguraban que la curación no cabía dentro de las atribuciones de la Inspección Escolar, cuya única tarea era la profilaxis de las enfermedades.<sup>160</sup>

### **La higiene escolar en los estados**

El Estado buscó que toda las entidades federativas se persuadieran de las ventajas que traería la adopción de los métodos modernos de inspección médica escolar,<sup>161</sup> y de hecho, ésta se extendió por buena parte del territorio nacional.<sup>162</sup>

Para finales del periodo, no había inspección ni disposiciones de higiene escolar en Morelos, Oaxaca, Querétaro, Sonora ni Yucatán.<sup>163</sup> Al parecer, tampoco la había en Chihuahua; pero en 1905, hubo reformas a la Ley de Instrucción Pública del estado para incorporar el estudio de la higiene en las escuelas; la intención era acostumbrar a los jóvenes a practicar las reglas de higiene desde el jardín de niños hasta la preparatoria.<sup>164</sup>

Estados en los que había cierta vigilancia de la higiene de los colegios, aunque tampoco se había organizado la inspección médica, eran: Campeche, que había dictado disposiciones para evitar la propagación de las enfermedades infecto-contagiosas, y cuando en alguna escuela se encontraba un enfermo, la Secretaría de Gobierno pedía al médico de ciudad que hiciera una visita de inspección; Colima, estado en el que una vez al año el encargado de administrar la vacuna inspeccionaba las escuelas para cerciorarse de que los alumnos ya estaban vacunados; y Chiapas, Hidalgo y Tlaxcala, en los que se prohibía la presencia de niños enfermos en las escuelas, y en que

---

<sup>160</sup> “Sociedad de Médicos Inspectores de las Escuelas. Sesión del día 3 de octubre de 1912, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. II, núm. 3, enero de 1913, pp. 224-227.

<sup>161</sup> La Redacción. “Nuestro programa”, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. I, núm. 1, julio de 1911, pp. 1-3.

<sup>162</sup> La información del resto del capítulo está extraída del trabajo CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910, de los diarios oficiales de los diversos estados y algunas otras publicaciones y, sobre todo, de los informes presentados por los estados a la delegación mexicana asistente al III Congreso de Higiene Escolar (París, 1910). Dichos informes respondieron a las preguntas: ¿Se hace inspección médica en las escuelas oficiales? ¿Cómo se lleva a cabo y cuáles son las disposiciones vigentes relativas? Datos relativos a la educación física de los alumnos. Escuelas en que se imparte, y programas conforme a los cuales se lleva a cabo. Datos relativos a construcciones escolares. ¿Se encuentran las escuelas instaladas en edificios apropiados para su objeto, desde el punto de vista de la higiene? ¿Qué condiciones se requieren para las construcciones escolares? AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, fs. 18-139, 1910.

<sup>163</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 57, 92-94, 46-47, 111 y 130-130v.

<sup>164</sup> MÁRQUEZ, 1906. En opinión de este autor, la propaganda de la higiene debía hacerse sobre todo en las escuelas, aunque consideraba que también podía ser transmitida por la prensa o por medio de conferencias populares.

los directores de las escuelas estaban obligados a dar parte inmediata a la autoridad en caso de notar que alguno de sus alumnos había contraído alguna enfermedad contagiosa.<sup>165</sup>

Se hacía inspección médica en Aguascalientes, Coahuila, Durango, México, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas. Ésta se realizaba por medio de diferentes personas, instituciones y leyes.

En Aguascalientes, en ciertas circunstancias el Consejo Superior de Salubridad estatal nombraba comisiones para visitar las escuelas, a partir de cuyos informes dictaba medidas sanitarias. También inspeccionaba los locales que iban a ser usados como establecimientos de instrucción pública.<sup>166</sup> En Coahuila, se hacía inspección escolar cuando había alguna enfermedad o accidente grave. La Escuela Normal para Profesores tenía a su disposición un médico, además de que colaboraban con ella el director y los profesores de cada plantel. Actuaban de acuerdo con el Reglamento de la Ley de Instrucción Pública Primaria del estado.<sup>167</sup>

En Durango, no existía ningún cuerpo que tuviera la misión especial de la inspección médica, pero ésta era desempeñada por los médicos de los hospitales de la capital, Ciudad Lerdo y Gómez Palacio; y, en las otras poblaciones del estado, por los adscritos a los municipios en comisión de salubridad pública.<sup>168</sup> En el estado de México, la vigilancia de la higiene escolar estaba encomendada a los médicos delegados en cada distrito de la Dirección General de Salubridad Pública y al Consejo de Salubridad del Estado.<sup>169</sup>

En Guanajuato, desde 1895, el gobierno del estado quitó a las municipalidades la tarea de vigilar las escuelas para concentrarla toda en sí mismo, facilitar así la uniformidad de los programas y asegurar la marcha metódica de la enseñanza. La inspección médica se realizaba en las escuelas oficiales. Los médicos municipales se encargaban de vacunar con la mayor oportunidad a todos los educandos. Por medio de la higiene escolar y de la revista *La Educación*, fundada por Ignacio Ramírez, se hacían campañas contra la tuberculosis, la oftalmía, y otras.<sup>170</sup>

Atención especial se ponía en enseñar a los niños los peligros del alcoholismo para el individuo, la familia, la patria, la raza y la humanidad. José de Jesús González –oftalmólogo e higienista escolar guanajuatense– escribió una *Cartilla antialcohólica*, dirigida a ellos. Escribió

---

<sup>165</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, fs. 24-25, 33-34, 55-57, 63-63v. y 102-103.

<sup>166</sup> Véanse el caso del uso del antiguo Hospital Civil como escuela, en 1904. *El Republicano. Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes*, Aguascalientes, 1 de enero de 1905, p. 1. AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 18.

<sup>167</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 80-80 v.

<sup>168</sup> *Ibid.*: 60-63v.

<sup>169</sup> *Ibid.*: 134-139.

<sup>170</sup> GONZÁLEZ, 1913a. GONZÁLEZ, 1913b.



también la cartilla *Enfermedades contagiosas más frecuentes en los escolares; nociones generales para los maestros*. Como la cartilla elaborada por Uribe y Troncoso y por Joaquín Cosío, ésta describía los síntomas de las enfermedades, y fue repartida incluso en las escuelas rurales. Desde primer año, los médicos enseñaban higiene a los niños, lo mismo que a sus maestros, y conferenciaban también sobre higiene del hogar.<sup>171</sup> En León, había un médico inspector al que ayudaban los profesores.<sup>172</sup>

En Jalisco, la vigilancia estaba a cargo del inspector médico de higiene escolar en la capital, y de los médicos de los municipios en las demás poblaciones. Las disposiciones vigentes relativas se encontraban en leyes y reglamentos específicos.<sup>173</sup>

En Michoacán, la inspección médica escolar estaba encomendada en la capital a tres médicos inspectores del Consejo Superior de Salubridad del estado, y en las cabeceras de distrito, municipalidades y tenencias, a algún doctor residente en el lugar.<sup>174</sup>

En Nuevo León, desde 1898 el médico municipal hacía la inspección escolar, e informaba al Ayuntamiento tanto acerca de los niños atacados por alguna enfermedad infecciosa como sobre las condiciones higiénicas de las escuelas. Luego, el Consejo de Salubridad Pública decidió hacer inspecciones paralelas a las municipales, tanto en las escuelas oficiales como en las privadas. En el caso de los municipios foráneos no había inspección, pero las autoridades locales cuidaban escrupulosamente que los niños fueran vacunados.<sup>175</sup> Siempre que el Consejo recibía los avisos de niños atacados de sarampión, difteria, tifoidea o alguna otra enfermedad infecto-contagiosa, los visitaba en sus hogares.<sup>176</sup>

El gobierno de Puebla había fundado las primeras Escuelas Normales de la república (en septiembre de 1879 la de mujeres, y en enero de 1880 la de hombres). En ellas se impartía la materia de antropología pedagógica, que incluía elementos de fisiología y anatomía, gimnasia y ejercicios militares, e higiene. Se buscaba que los maestros pudiesen uniformar la enseñanza de la higiene a

---

171 GONZÁLEZ, 1913a.

172 AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f.: 66-72.

173 *Ibid.*: 37.

174 "Higiene de las escuelas, enfermedades contagiosas". *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 25 de septiembre de 1887, pp. 1-2. AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 75-76.

175 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Nuevo León*, Monterrey, 27 de noviembre de 1908, p. 1. AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, fs. 83-85.

176 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Nuevo León*, Monterrey, 20 de junio de 1905, p. 1.

sus alumnos, y lograr con ello su cooperación hacia la higiene pública.<sup>177</sup> Los directores de colegios estaban obligados a denunciar a los niños enfermos, y en caso de no hacerlo eran multados.<sup>178</sup>

En Tabasco, el médico de ciudad hacía la inspección médica escolar en las escuelas oficiales de la capital.<sup>179</sup> En Tamaulipas, había dos médicos escolares: uno para los planteles que dependían directamente del gobierno, y otro para los que dependían de la Junta Local de Instrucción; en 1908, los cargos eran de reciente creación.<sup>180</sup>

El Consejo de Salubridad de Veracruz tenía una comisión dedicada a la inspección de la higiene de las escuelas.<sup>181</sup> En Zacatecas, la inspección no era realizada por médicos sino por inspectores escolares, que visitaban las escuelas, consignaban lo referente a la higiene (en edificios, mobiliario o útiles), e informaban a las autoridades.<sup>182</sup>

La periodicidad de la inspección médica variaba. En algunos estados era regular: una vez al mes (Michoacán y capital de Tamaulipas), dos veces al año (León, Guanajuato) una vez al año (Durango). En otros, se hacía sólo cuando se reportaban casos de enfermedad o de accidente grave (Aguascalientes, Campeche, Coahuila, la mayor parte del estado de Guanajuato, Nuevo León, municipalidades foráneas de Tamaulipas, y Tabasco). En casi todos lados, las visitas eran más frecuentes en caso de epidemia; los médicos dictaban entonces disposiciones preventivas que daban a conocer a los profesores para su debido cumplimiento.

En Aguascalientes, antes de admitir a los niños en las escuelas investigaban si los alumnos adolecían de alguna enfermedad contagiosa, y en Hidalgo los padres o tutores debían presentar, por ley, una boleta en que constaba que sus niños no padecían enfermedad alguna que les impidiera dedicarse al estudio; para adquirir esta boleta, el Estado empleaba a médicos donde los había, y a personas prácticas “en las poblaciones de poca importancia” (pueblos, haciendas, ranchos) donde no los había, previo reconocimiento a que sujetaba a los niños.<sup>183</sup>

En general, inspectores, directores y maestros vigilaban el aseo personal de los alumnos, una o hasta dos veces cada día (Aguascalientes, Campeche, Durango, Guanajuato, Michoacán, Nuevo León y Tlaxcala), y hablaban con los padres de los niños que se presentaban desaseados para

---

<sup>177</sup> BONILLA, 1906.

<sup>178</sup> FUENTE DE LA, 1910a.

<sup>179</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 78.

<sup>180</sup> *Ibid.*: 96.

<sup>181</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 6 de abril de 1901, p. 2.

<sup>182</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 42-45.

<sup>183</sup> *Ibid.*: 102-103 y 33-34.

convencerlos de la necesidad de la higiene (Guanajuato). Algunas escuelas tenían un departamento donde se enseñaba a los niños a lavarse (capital de Michoacán).

En San Luis Potosí, un médico inspector hacía exámenes oftalmológicos a todos los alumnos de las escuelas oficiales.<sup>184</sup> También en León, Guanajuato, la inspección estaba a cargo de un médico oculista, si bien éste examinaba la higiene general de los pupilos. Dicho médico daba conferencias sobre higiene de la vista en escuelas, a maestros de planteles oficiales, religiosos y particulares. Como resultado de éstas, un sacerdote decidió regalar anteojos a todos los niños que los necesitaban.<sup>185</sup> En ese mismo estado, fue contratado un dentista para las escuelas primarias, el cual visitaba cada día una escuela y cada semana un establecimiento de beneficencia, examinaba a los alumnos y les daba reglas de higiene dentaria.<sup>186</sup>

En Puebla, cuando era necesario, se hacían visitas médicas; y en Michoacán, en las escuelas oficiales, el examen general de los niños era rutinario. En Guanajuato, el inspector de escuelas tenía entre sus tareas examinar el estado de salud de cada niño (vigilar los datos relativos a la vacuna, el estado general y el de la cabeza, la piel, la boca, los ojos, los oídos, el sistema nervioso y las funciones psíquicas).

En el estado de México los médicos dictaban a los maestros conferencias sobre higiene escolar, y tanto en ese estado como en Zacatecas les impartían clínicas de inoculación antivariolosa. En la Academia Normal Mixta de Campeche se instauró un curso de higiene escolar, y en Guanajuato, en tiempo de epidemias, se instruía a los maestros sobre la profilaxis de la enfermedad reinante en cada momento, de modo que ellos pudieran detectar los casos de enfermedad y dar aviso de los mismos.<sup>187</sup>

Inmediatamente que se observaba en un niño calentura u otras señales de indisposición, éste era enviado a su casa. Había prescripciones que mandaban que los alumnos que tuvieran enfermedades contagiosas como sarampión, escarlatina, viruela, orejones, tos ferina, sarna, conjuntivitis aguda, tracoma, tuberculosis o sífilis, lo mismo que afecciones en los ojos, la boca, la piel o el cuero cabelludo, fueran separados de las escuelas. No se les permitía volver a las aulas hasta que desaparecían los últimos signos de la enfermedad (en la escarlatina, por ejemplo, pasado el periodo de descamación), y cuando presentaban constancia médica de haber pasado en ellos todo peligro de contagio (Chiapas, Durango, Guanajuato, Hidalgo y Michoacán).

---

<sup>184</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 116-126.

<sup>185</sup> GONZÁLEZ, 1913a.

<sup>186</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 116-126 y 88-89.

<sup>187</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

En algunos estados se les impedía volver a clases hasta que “se hubieran bañado” y hubiera transcurrido un “x” número de días después del término de la enfermedad; con frecuencia, ese lapso era arbitrario pues no estaba relacionado con el peligro real del contagio: en Chiapas, diez días en los casos de sarampión; veinte en los de tifo; treinta en los de viruela, varicela, y orejones; cuarenta en los de escarlatina, erisipela y tos ferina. En Michoacán, los alumnos no eran aceptados antes de cuarenta días del término de cualquier enfermedad.<sup>188</sup>

Tampoco se permitía la asistencia de los alumnos en cuyas casas había enfermos, hasta que éstos sanaban o fallecían y se practicaba la desinfección correspondiente en la casa infectada (Chiapas, Durango, Michoacán). Había lugares en que cuando la enfermedad que motivaba la separación de los niños era contagiosa, se incineraban todos sus útiles (Durango).

Para ser admitidos nuevamente, se les exigía una constancia de salud del médico que los había curado (Guanajuato, Hidalgo, Michoacán). Los padres debían ocuparse de la curación del niño por su cuenta; solamente en casos de extrema pobreza se atendía a los niños gratuitamente.

Todo médico que asistía a un niño debía hacerlo saber al gobierno de manera inmediata (Durango y Tlaxcala). Ciertos estados llevaban un registro del estado sanitario de los niños y daban aviso de cualquier enfermedad a las autoridades (Guanajuato). En caso de epidemias llegaban a suspenderse las clases, como se ve en los siguientes ejemplos:

Durante varios meses del año 1893, los estudiantes de Zacatecas dejaron de ir a las escuelas, pues tanto las primarias, como las secundarias y las profesionales se cerraron a causa de una alarmante epidemia de tifo. A principios de febrero de ese año, el Comité de Salubridad y el Registro Civil informaron que el peligro estaba conjurado pues la epidemia había declinado de manera notable. El gobierno envió entonces un comunicado al Consejo Superior de Instrucción Primaria, en el que disponía la reapertura de las escuelas; sin embargo, unos días después dejó sin efecto esa disposición, ya que aún no se extinguía la epidemia de tifo y la reunión de los alumnos podía ser un foco de infección. Las escuelas se reabrieron a mediados de abril.<sup>189</sup>

Una situación muy parecida se dio durante la misma epidemia de tifo, pero en Guanajuato. Al principio de la epidemia las escuelas no recibían a los niños convalecientes o con familiares enfermos. Luego se optó por el cierre de todas las escuelas por condiciones higiénicas, pero el 16 de

---

<sup>188</sup> Varios sanitaristas de la época aceptaban que era difícil determinar la duración del aislamiento necesario en cada enfermedad. CHAPIN, 1906.

<sup>189</sup> *El Defensor de la Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas*, Zacatecas, 4, 8 y 25 de febrero, y 1 de abril de 1893, p. 5, 3, 1 y 3.

enero de 1893, mejoró la situación y se reabrieron los colegios, que el 15 de febrero se cerraron nuevamente.<sup>190</sup>

En vista de los progresos que en 1903 hacía la tos ferina en Jalisco, el Consejo Superior de Salubridad del estado determinó que se prohibiera la asistencia a las escuelas oficiales, de los niños afectados de tos o catarro nasal intenso.<sup>191</sup> Igualmente a causa de una epidemia de tos ferina, la escuela del pueblo de Santa Ana, Hidalgo, se cerró en 1904.<sup>192</sup> El doctor Colomé de la Junta de Sanidad de Yucatán, enviado a Teya en 1909 a causa de otra epidemia de tos ferina, propuso al gobierno el cierre de escuelas, e incluso prohibir todas las reuniones a las que pudieran asistir niños.<sup>193</sup>

### **Mejoramiento de escuelas y “escuelas modelo”**

En todo el país al principio del porfiriato, las escuelas primarias se instalaban en vecindades o casas, sin hacerles ningún arreglo, y eran sucias, de atmósfera pesada y abrumadora.<sup>194</sup> Luego, algunos de esos locales fueron adaptados como escuelas. Por último, se construyeron expresamente algunas de las llamadas “escuelas modelo”, que tomaban en cuenta las propuestas del Congreso Higiénico Pedagógico y de los Congresos Nacionales de Instrucción Pública.

Desde luego, las condiciones de las escuelas no eran iguales en todas las entidades; había también grandes disimilitudes entre las escuelas de las ciudades y las de las zonas rurales, e incluso entre las escuelas de un mismo pueblo o ciudad.<sup>195</sup> Algunos inspectores escolares de la capital del país reconocían que era difícil dar cabal cumplimiento a la ley de enseñanza obligatoria por la inmensa desproporción que existía entre los individuos en edad escolar y el número de escuelas en diferentes zonas de una ciudad. Había barrios populosos, sobre todo los de obreros, en que las escuelas eran pocas en relación con los habitantes; y otros donde la población era menos densa, que tenían locales casi vacíos. En los ocho cuarteles mayores de la capital, había excedentes de niños en las escuelas; sin embargo, algunas del cuartel 8 tenían capacidad para albergar a más alumnos de los

---

190 “Cabildo del 14 de febrero”, *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Guanajuato*, Guanajuato, 16 de febrero de 1993, p. 321.

191 *El Estado de Jalisco*, Guadalajara, 6 de septiembre de 1903, p. 477.

192 *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 16 de octubre de 1904, p. 1.

193 *Diario Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 15 de abril de 1909, pp. 6-7.

194 GONZÁLEZ URUEÑA, 1912.

195 BAZANT, 1995.

que estaban inscritos en ellas. Tampoco era apropiada la distribución de escuelas para uno u otro sexo.<sup>196</sup>

En sus informes de 1909 y 1910, algunos estados reconocían que no se había construido ninguna escuela, si bien la mayoría había tratado de introducir mejoras en las casas destinadas a ese fin. En Campeche, la mayor parte de las escuelas estaban adaptadas en casas de familia, y no se habían establecido reglas especiales para la construcción de edificios escolares.<sup>197</sup> En Tlaxcala tampoco había disposiciones relativas a la construcción de las escuelas, aunque se procuraba que éstas llenaran ciertas condiciones higiénicas indispensables, como amplitud, ventilación y aseo.<sup>198</sup> En Querétaro, las casas donde se impartían las clases se habían adaptado “más o menos” a su objeto, procurando que hubiera en ellas agua potable y ventilación, y un excusado (de sistema inglés) por cada 25 alumnos.<sup>199</sup> Igualmente en Chiapas, la mayoría de las escuelas estaban instaladas en casas alquiladas, que no habían sido construidas para escuelas sino para habitaciones: sin embargo, se reportaba que desde que la instrucción pública había pasado a manos del estado en 1892, se procuraba, “hasta donde era posible”, que las casas adaptadas como escuelas fueran higiénicas.<sup>200</sup> En Tabasco, había construcciones del gobierno que correspondían “en cuanto cabía” a la buena higiene.<sup>201</sup> Colima reportaba que no había escuelas construidas *ad hoc*, pero que las existentes tenían luz y ventilación.<sup>202</sup>

Ciertos estados, aseguraban haber edificado escuelas, teniendo en mente la higiene. En Zacatecas, desde que los establecimientos dependieron de los municipios y hasta 1891, todos los edificios destinados a escuela estuvieron construidos de acuerdo con el sistema lancasteriano (un salón único más o menos grande y más o menos iluminado);<sup>203</sup> pero ese año se adoptó el sistema simultáneo y empezaron a adaptarse los locales a las exigencias del mismo. Especialmente en la

---

<sup>196</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1911. Sobre el mismo asunto, véase URIBE Y TRONCOSO, 1913d.

<sup>197</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 55-57.

<sup>198</sup> *Ibid.*: 24-25.

<sup>199</sup> *Ibid.*: 46-47. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910: 239.

<sup>200</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 63-63v. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910: 280.

<sup>201</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 78. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910: 266.

<sup>202</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 18. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>203</sup> PRIETO, 1906. STAPLES, 2005.

capital del estado, hubo reformas tanto en el mobiliario como en la construcción de las escuelas, las cuales contaban con varios salones bien iluminados y aireados.<sup>204</sup>

En la ciudad de Aguascalientes, se habían reformado los locales destinados a la enseñanza que pertenecían a la Junta de Instrucción; se procuraba que la capacidad de los salones fuera adecuada para los educandos, de modo que cada uno dispusiera de 7 a 8 metros cúbicos de aire y 5 metros de altura, y en las municipalidades se había tratado de mejorar la iluminación.<sup>205</sup>

En Guerrero, al planificar las escuelas el gobierno había considerado los temblores de tierra y las condiciones climáticas, y las había construido, “hasta donde los elementos lo permitían”, conforme a la higiene.<sup>206</sup> En Chihuahua, la construcción de las escuelas era vigilada por las autoridades, conforme al Código Sanitario de 1905.<sup>207</sup> En el territorio de Tepic, varias casas habían sido adaptadas, y había escuelas en regulares, buenas o muy buenas condiciones en Tepic, Ahuacatlán, Tuxpam, Compostela, San Pedro Lagunillas, Santa María del Oro y Santiago Ixcuintla.<sup>208</sup>

En Oaxaca, la ley de Instrucción Primaria de 1893, impuso a los ayuntamientos la obligación de construir edificios de acuerdo con planos establecidos. No se acató esta disposición, por lo que en 1907 se les previno que no podrían construir casas-escuela sin haber obtenido la aprobación del proyecto por parte del gobierno del estado. A partir de entonces, algunas escuelas comenzaron a ser construidas de acuerdo con ciertos requerimientos de orientación, luz, existencia de jardín, salón de trabajo, patio y excusados.<sup>209</sup>

En el estado de México, tanto en la capital como en algunas cabeceras de distrito, existían escuelas que habían sido expresamente construidas, que albergaban a un máximo de cincuenta alumnos en cada clase, y que tenían excusados *cesspol* con agua para su aseo, y patios o jardines; si bien las escuelas de las municipalidades, contaban sólo con fosa fija o móvil, y en las de los poblados se carecía por completo de estos servicios.<sup>210</sup>

Durango reportaba que en las habitaciones y mobiliario destinados a la instrucción primaria, se habían realizado las reformas que aconsejaban “las reglas de la higiene en las poblaciones cultas

---

<sup>204</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 42-45. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>205</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 102-103. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>206</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>207</sup> *Ibidem*.

<sup>208</sup> *Ibidem*.

<sup>209</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 92-94.

<sup>210</sup> *Ibid.*: 134-139. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

y las que sobre el particular enseñan la ciencia de la pedagogía”.<sup>211</sup> En la capital del estado, cada escuela debía constar de cuatro departamentos con capacidad para contener cincuenta alumnos; debía estar dotada, asimismo, de agua y drenaje y tener un jardín y un patio destinado a ejercicios físicos. En el caso de las escuelas de otras poblaciones, sólo se procuraba que se ajustaran a las reglas de higiene.<sup>212</sup>

En Tamaulipas, se había dispuesto que cada vez que se fuera a construir o reparar una escuela, se enviasen los planos a la Dirección General de Instrucción Pública. Por ello, si bien los locales que ocupaban las escuelas del estado no habían sido construidos para ese fin y eran por ello inadecuados, se habían ido reparando. En Tampico, se había procurado dotar a las escuelas de los servicios indispensables, además de que estuvieran bien ventiladas, y en Laredo, donde hasta hacía poco las escuelas consistían de un solo departamento, en que se aglomeraban los alumnos; las tres escuelas oficiales: de varones, de niñas y de párvulos, se habían instalado en fincas que contaban con varias salas, jardín, salón de gimnasia y patios. También en las escuelas de la capital del estado se habían realizado mejoras higiénicas.<sup>213</sup>

En Hidalgo, muchas escuelas estaban aún en casas de propiedad particular, si bien se procuraba que tuvieran las condiciones que aconsejaba la higiene escolar, y por ningún motivo se permitía la instalación de escuelas en vecindades ni en lugares cercanos a pantanos. En Huichapan y Tecozautla, se habían construido locales destinados a escuelas públicas (en cada uno de esos lugares, una escuela para varones y una para alumnas), en los que había un salón soleado para cada grado y un amplio patio para recreo; alguno tenía jardín o salón de gimnasia.<sup>214</sup>

En Sonora, había dos escuelas, una para varones y otra para niñas, cuyos edificios eran totalmente adecuados para escuela desde el punto de vista de la higiene. Las demás, estaban instaladas en casas particulares “más o menos bien acondicionadas”.<sup>215</sup>

En Puebla, antes de construir escuelas públicas, debían presentarse los planos a la autoridad competente, con el fin de que ésta revisara lo relativo a la salubridad. Algunas ya estaban emplazadas en los lugares más sanos posibles; no estaban rodeadas de edificios altos que interceptaran la luz, ni cerca –decía el informe– de “fábricas que con el ruido y los miasmas que

---

<sup>211</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910: 231.

<sup>212</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 60-63 v.

<sup>213</sup> *Ibid.*: 96. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>214</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 33-34. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>215</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 111, 1910.



desprenden perjudiquen la disciplina y la salud de los niños”.<sup>216</sup> En ellas, se había prestado atención a la orientación, la luz y la ventilación; y contaban con patios, lavabos, excusados y mingitorios.<sup>217</sup>

Había estados que tenían al menos una escuela modelo, y en los que la preocupación por la higiene escolar era constante. En Michoacán se procuraba la higiene, aunque las escuelas retiradas del centro del estado no eran adecuadas. En Morelia, el Internado anexo a la Academia de Niños era una escuela modelo, con una pieza para biblioteca, una para guardarropa, otra para salón de estudios y un patio para ejercicios.<sup>218</sup>

Muchas escuelas de San Luis Potosí seguían estando en los edificios que se le habían quitado al clero en la época de la Reforma. Pero en 1907, el gobierno construyó en la capital del estado la Escuela Modelo núm. 3, la cual respondía en todo a las conclusiones del Congreso Nacional Pedagógico de 1899. Se procuró después que los otros edificios públicos adaptados a escuelas, se aproximaran a aquella.<sup>219</sup>

La capital de Sinaloa tenía una escuela especialmente construida de acuerdo con el Reglamento de Instrucción Pública, y en Mazatlán se construía otra en el momento de presentar el informe de los avances logrados en higiene hasta 1910.<sup>220</sup>

En Baja California, se habían realizado progresos importantes: en La Paz, existía un edificio construido específicamente como escuela, y el resto de casas particulares habían sido acondicionadas; en Tijuana había también una escuela construida expresamente; y en Mulegé estaba por terminarse una escuela levantada conforme a los planos de la Dirección de Instrucción Pública.<sup>221</sup>

La mayoría de las escuelas de Coahuila estaban instaladas en edificios “más o menos apropiados”, pero algunas escuelas que antes se encontraban en casas, habían pasado a edificios construidos para ese fin. En la capital del estado, la Escuela Normal estaba en un grandioso edificio, cuya construcción había obedecido a un plan preconcebido, y había escuelas en buenas condiciones en los municipios de Ramos Arizpe, Parras, Torreón, Sierra Mojada, Múzquiz, San Pedro, Abasolo, Arteaga, San Buenaventura, Monclova y Ciudad Porfirio Díaz.<sup>222</sup>

---

<sup>216</sup> *Ibid.*: 88-89: 88 v.

<sup>217</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>218</sup> *Ibidem.*

<sup>219</sup> *Ibid.*: 116-126. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>220</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>221</sup> *Ibidem.*

<sup>222</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 80-80 v. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

No todas las escuelas de Yucatán estaban instaladas en edificios adecuados, pero había varias construidas hacia poco, y que eran apropiadas para su objeto: tres en Mérida, dos en Ticul, y una en las siguientes poblaciones: Tekax, Peto, Motul, Izamal, Valladolid, Sotuta, Maxcanú, Halachó, Acanceh, Temax, Tixkokob, Progreso, Muna, Tekantó y Seyé. En todas ellas, había suficiente luz, ventilación, espacio suficiente para el número de alumnos, instalaciones sanitarias y locales para ejercicios gimnásticos. El Instituto Ayala era una escuela modelo.<sup>223</sup>

En Morelos, la mayoría de escuelas que no se consideraban de primera clase estaban instaladas en edificios inapropiados desde el punto de vista de la higiene; pero desde 1900 se había ordenado que las escuelas que se construyeran se sujetaran a los principios establecidos en el Código Sanitario de 1894. En este caso estaban la Escuela Oficial de Niñas de Cuautla, la de Niños Porfirio Díaz, y la Oficial de Niñas de Cuernavaca, las cuales estaban situadas en lugares secos y alejados de establecimientos ruidosos, malsanos o peligrosos, y contaban con salones de clase amplios y excusados vigilados en los patios.<sup>224</sup>

En Jalisco, no todas las escuelas estaban instaladas en edificios apropiados desde el punto de vista de la higiene; en los pueblos del estado, las casas seguían siendo usadas como escuelas, si bien se había procurado adaptarlas en cuanto era posible. Pero varias de las escuelas de Guadalajara habían sido construidas de acuerdo con el Código Sanitario entonces vigente en el estado; es decir, eran amplias, ventiladas, recibían luz solar, y contaban con agua y alcantarillado.<sup>225</sup>

Algunas entidades habían realizado progresos aún más significativos en este ramo. En Nuevo León, de 301 edificios en que se hallaban las escuelas del estado, 140 pertenecían a los municipios y 161 eran de propiedad particular. De los primeros, muy pocos eran entonces de reciente construcción, pero a los antiguos se les había ido modificando para dotarlos de las condiciones higiénicas más indispensables. Los mayores progresos se habían realizado en Monterrey, donde de los 21 edificios destinados a la instrucción primaria, 16 habían sido construidos expresamente con ese fin, con las mejores condiciones higiénicas posibles: algunos tenían agua y drenaje. También se

---

223 AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 130-130v. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

224 AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 57. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

225 AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 37. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

habían construido escuelas en algunos municipios del estado, si bien casi todas las escuelas rurales, instaladas en edificios particulares, dejaban mucho que desear.<sup>226</sup>

Desde 1894, las autoridades de Guanajuato se habían preocupado porque las escuelas se ajustaran a las resoluciones del Congreso Higiénico Pedagógico de 1882. Para 1910, había 24 escuelas modelo (todas llamadas Benito Juárez, Porfirio Díaz o Joaquín Obregón González), distribuidas en la capital (5), León (4), Celaya (2), Salamanca (2), Silao (2), Acámbaro (2), Salvatierra (2), Ciudad Porfirio Díaz (2), Santa Cruz (2) y Cortázar (1). Incluso en los colegios particulares sostenidos por el clero, se tomaban muy en cuenta las prescripciones de higiene pública; destacaba dentro de ellos el Instituto Solano, de maristas.<sup>227</sup>

En el Distrito Federal, la inspección de edificios escolares incluía la vigilancia de la ventilación en salones de clase, la seguridad e idoneidad de los patios de juego, el suministro de agua potable, y la limpieza de lavabos y excusados. En esta labor, participaban inspectores arquitectos al lado de los médicos. Emitían tres posibles dictámenes: la escuela era adecuada, necesitaba modificaciones higiénicas o debía ser clausurada. Más tarde, se advirtió que ningún local sería puesto en servicio como escuela antes de ser inspeccionado.<sup>228</sup>

En 1886 había sólo dos escuelas *ad hoc*; en 1910, ya eran cuarenta. De ellas, 25 eran escuelas modelo: El Pensador Mexicano, Padre Mier, Florencio M. del Castillo, Ignacio M. Altamirano, Horacio Mann, José María Chávez, La Corregidora, León Guzmán, Valentín Gómez Fariás, y las escuelas Elemental 37, 113, 133, 146, 174, 175, 204, 220, 235, 258, 271, 279, 280, 290, 328, 330. Sin embargo, éstas representaban una minoría pues había 422 escuelas, distribuidas en 373 edificios (ya que algunos edificios albergaban a más de una escuela).<sup>229</sup>

Las condiciones de la mayoría de las escuelas eran, pues, mucho más precarias que el ideal. Al entrar a muchos de los salones de clase del país se experimentaba una sensación desagradable por la ventilación deficiente y el exceso de niños reunidos en espacios muy reducidos, cuando la experiencia había enseñado que en las prisiones, los barcos de emigrantes y las minas muchos seres humanos hacinados en un espacio pequeñísimo morían después de luchar por el aire. Además de esos peligros inherentes a toda aglomeración humana, había otros que eran propios y exclusivos de

---

<sup>226</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 83-85. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>227</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 66-72. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910. GONZÁLEZ, 1913a.

<sup>228</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911a. A partir de este trabajo, otros organismos pidieron a la Inspección de Higiene Escolar que se ocupara de vigilar las condiciones higiénicas de algunos edificios no escolares.

<sup>229</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

la acumulación de alumnos en las escuelas.<sup>230</sup> Algunos médicos exaltaron las ventajas de usar como escuelas rurales las barracas escolares. Éstas eran construcciones ligeras, higiénicas y de carácter enteramente provisional, que servían para resolver problemas apremiantes.<sup>231</sup>

Un médico y varios arquitectos se ocupaban de la vigilancia y las mejoras de las construcciones. Sus tareas incluían inspeccionar científicamente la capacidad de un local para alojar higiénicamente a los niños, con aire suficiente y espacio para estar cómodos (a razón de 1.25 m de superficie en menores de 14 años, y 1.50 para mayores de esa edad); precisar matemáticamente la cantidad de luz que entraba a una clase (relación entre superficie del piso y la superficie de iluminación de las ventanas) o con fotómetro, y determinar el uso de alumbrado artificial en casos extremos; hacer la ventilación lo más perfecta posible (conservando abiertas las ventanas, evacuando las clases diez minutos cada hora, o ampliando puertas y ventanas); determinar las condiciones que debían llenar los lavabos y otros departamentos; así como las dimensiones de los patios en relación con el número de alumnos; por último, vigilar el estado del agua potable.<sup>232</sup>

Pero, ni los propietarios ni los contratistas de la Dirección de Instrucción Primaria llevaban a cabo las obras de adaptación correctamente. Por ello, desde el 20 de mayo de 1909, se giró la orden de que no se echara a andar escuela sin el visto bueno del médico y de los arquitectos inspectores (que eran insuficientes, por cierto). A partir de entonces hubo un mejoramiento notable de los locales escolares.<sup>233</sup>

En el Distrito Federal, hacia finales de la década de 1910, de 216 casas propuestas como escuelas, los inspectores arquitectos desecharon 102, y aceptaron 114, indicando algunas modificaciones necesarias, que sólo fueron aprobadas por los propietarios en algunos casos.<sup>234</sup> El costo de la construcción o reparación de escuelas había sido de tres millones de pesos, y la renta de otros edificios ascendía a 500 mil pesos. La Inspección gastaba 40,000 pesos anuales en el saneamiento de las escuelas, y 300,000 en muebles y enseres. La gran mayoría de las escuelas estaban provistas de filtros de agua potable y escupideras.<sup>235</sup>

Se constituyó la Inspección General de Arquitectura para examinar las casas propuestas como colegios, y hacer el cálculo del número de edificios escolares necesarios en cada cuartel de la ciudad, de acuerdo con el padrón escolar y la capacidad higiénica de las escuelas existentes. Los

---

<sup>230</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1911.

<sup>231</sup> VIRAMONTES, 1912.

<sup>232</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911a.

<sup>233</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911a.

<sup>234</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1912.

<sup>235</sup> *Ibidem.*

médicos escolares enviaban a los inspectores arquitectos sus peticiones para mejorar las condiciones de las escuelas. Los inspectores generales de Arquitectura e Higiene elaboraron especificaciones para arquitectos, relativas a las condiciones de los patios y la ventilación de los salones de clase, entre otros aspectos. El ingeniero Alberto Pani –subsecretario de Instrucción Pública y Bellas Artes– se ocupó personalmente de leer los informes, e indicar las medidas necesarias. Otros edificios no escolares comenzaron a pedirles consejo.<sup>236</sup>

Al igual que los estudiantes, los edificios escolares fueron clasificados de primera a cuarta clase.<sup>237</sup> Puede decirse que en todos lados y hasta el final del periodo, la mayoría de las escuelas siguieron estando situadas en casas que el Estado o los particulares arrendaban; puede asegurarse también que la higiene escolar dejaba mucho que desear. Pero es innegable que se hicieron entonces notables progresos.

### **Los trabajos antropométricos: homogeneidad y diferencia**

Hasta finales del siglo XIX, en las escuelas los niños se sentaban en asientos sin respaldo y desproporcionados para su estatura, por lo que tenían que hacer prodigios de gimnasia espinal para alcanzar las mesas.<sup>238</sup> Desde el Congreso Higiénico-Pedagógico, maestros y médicos habían planteado la necesidad de fabricar muebles acordes al tamaño de cada edad, para lo cual consideraban importante elaborar cuadros de tallas de niños mexicanos de seis a catorce años.

En esa época, hubo un interés creciente por los métodos numéricos;<sup>239</sup> los higienistas consideraban que la estatura y el peso, tomados periódicamente, eran fundamentales no sólo para construir mobiliario adecuado, sino también para seguir el desarrollo corporal, y formar los promedios normales de desarrollo, tanto anatómicos como funcionales de los escolares. La higiene escolar fue, así, liga entre la investigación educativa y la médica, y éste puede considerarse el cuarto objetivo de la intervención médica en las escuelas.

En 1906, en la capital del país fue creada la Sección de Antropometría e Higiene Escolar, y se implantaron exámenes individuales médicos y antropométricos a los niños de primaria; de julio de 1906 a julio de 1908, se realizaron 2,134 estudios. Se distribuyeron básculas para tomar peso, y se construyeron cartabones de madera para medir la estatura; sin embargo, éstos no llegaron a todas las escuelas. En 1909, se dio aviso de haber terminado el reglamento para los exámenes

---

<sup>236</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1913a.

<sup>237</sup> Lo que también sucedía en otros lugares del mundo. HENDRICK, 1992.

<sup>238</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1912.

<sup>239</sup> LEDERER, 1992.

antropométricos de las Escuelas Normal para Maestros, Normal para Maestras y Nacional Preparatoria. La práctica era interrumpida en caso de problemas colectivos de salud, como durante la epidemia de escarlatina de abril de 1909.<sup>240</sup>

Casi a finales del porfiriato, la Sección de Fisiología Experimental del Instituto Médico Nacional (compuesta por el jefe, Daniel Vergara Lope, el ayudante médico, Everardo Landa, y un estudiante colaborador) pasó a formar parte –con el nombre de Departamento de Antropometría– del Servicio Higiénico Escolar dependiente de la Secretaría de Instrucción Pública. Aunque no dejaron de formar parte del Médico Nacional, trasladaron su equipo a las oficinas del Servicio de Higiene Escolar. Desde ese momento, el programa al que se sujetaron los trabajos fue el mismo que estaba en vigor en el Instituto Médico Nacional para buscar los promedios anatómicos y fisiológicos de los niños mexicanos, desde el nacimiento hasta los 24 años [*sic*].<sup>241</sup>

De acuerdo con Laura Cházaro, la intención de Vergara Lope era acumular medidas para borrar las diferencias como signos de anormalidad, y ofrecer para la raza mexicana sus estándares de normalidad. Buscaba también hallar lo homogéneo en lo diferente.<sup>242</sup> Los trabajos se realizaban conforme al método antropométrico especial de este médico, que consistía en hacer el dibujo exacto del cuerpo del sujeto por la proyección vertical de los puntos de referencia (con el sujeto acostado), y valiéndose del aparato llamado ortodiógrafo de Levy y Dorn, con la mesa modificada por Vergara y ensanchada para poder acostar con facilidad al individuo.<sup>243</sup>

Al mismo tiempo que las medidas antropométricas propiamente dichas, se hacía detalladamente el examen de la sangre, y se tomaban ciertos datos fisiológicos de importancia con el empleo de aparatos de moda en Europa, como el compás de espesor y el geniómetro (para hacer las mediciones craneométricas), y con otros creados por el propio Vergara, como el toracógrafo (para medir la amplitud del tórax).<sup>244</sup> Todas las observaciones recogidas se hacían constar en cédulas antropométricas especiales. El equipo del Médico Nacional continuó utilizando como sujetos de examen a los alumnos del Hospicio de Pobres, cuyo crecimiento –argumentaban– podía ser vigilado con toda regularidad, debido a su condición de internos.<sup>245</sup>

El número de alumnos estudiados por el equipo de Vergara Lope fue el siguiente: de diciembre de 1908 a junio de 1909: 14 niños; de esa fecha al 30 de junio de 1910: 122 niños, y de

---

<sup>240</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911c.

<sup>241</sup> *Ibidem*.

<sup>242</sup> CHÁZARO, 2000-2001.

<sup>243</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911d.

<sup>244</sup> CHÁZARO, 2000-2001.

<sup>245</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911d.

entonces hasta el 30 de abril de 1911: 140 niños, todos del Hospicio. El Servicio de Higiene Escolar pidió a Vergara Lope que hiciera los promedios generales de todas las medidas practicadas desde el principio de los trabajos del Médico Nacional, lo que éste, al parecer, no hizo. Uribe y Troncoso – quien había estudiado en la Escuela de Antropología de París los métodos del profesor Monouvrier, de la Escuela de Broca–, presentó a la Secretaría un informe en que criticó los métodos empleados por los miembros del Médico Nacional: el pequeño número de niños examinados cada mes –entre 13 y 18–, lo laborioso del método del doctor Vergara, y la circunstancia de que los resultados obtenidos por él en la posición horizontal no eran comparables con los obtenidos por los “antropologistas” de todo el mundo, que usaban siempre la posición vertical del sujeto, cuando una de las propuestas de los congresos internacionales de higiene escolar era precisamente uniformar los métodos de examen para que resultados de todos lados fueran compatibles.<sup>246</sup> Vergara Lope renunció al cargo de jefe del Departamento de Antropometría en 1911. En su lugar se nombró a Nicolás León, y a partir de entonces se hicieron las medidas con el sujeto en posición vertical, siguiendo los métodos de la Escuela de Broca.<sup>247</sup>

Los inspectores escolares indicaron a los maestros la técnica para tomar los datos. Éstos realizaron el trabajo, que luego fue concentrado en la Sección de Estadística. Higiene Escolar presentó tres curvas de estatura de los alumnos: una con los datos de 1910 a 1911, otra con los de 1911 a 1912, y una más de todos esos años juntos. En esta última se calcularon las medidas de 31,625 niñas (de 6 a 15 años) y de 28,002 niños (de 6 a 14). El promedio de la talla de las niñas de 6 años, por ejemplo, fue de 1.08 m y la de las niñas de 15 años, de 1.54. Los mismos promedios para los niños fueron 1.10 m para los de 6, y 1.49’1 para los de 14.<sup>248</sup>

### **¿Alimentos o agua fría?**

Otro objetivo explícito de la inspección escolar fue garantizar el vigor de los futuros obreros y soldados de la nación, en consonancia con las políticas pronatalistas vigentes desde la Ilustración, en las que interesaba el cuerpo de los individuos, en tanto que juntos constituían el cuerpo del Estado.<sup>249</sup> Para lograrlo, se plantearon básicamente dos caminos: las duchas frías y los ejercicios gimnásticos.

---

<sup>246</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1913a.

<sup>247</sup> *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. I, núm. 2, noviembre, p. 200.

<sup>248</sup> GÓMEZ, 1913. El resto de los datos puede ser consultado en el cuadro presentado por este autor, en la p. 341 de su trabajo.

<sup>249</sup> SINGERIST, 1984.

Para combatir la palidez de los niños, el doctor Francisco de P. Leal sugirió que en todos los establecimientos de instrucción hubiese un baño hidroterápico, y que el baño frío durase entre ocho y diez segundos, lo que permitiría que en media hora lo recibiesen 180 alumnos: “Formaremos con su auxilio al cabo de cierto tiempo, una generación sana y vigorosa, en la que los hombres puedan ser enérgicos y fuertes, y las mujeres madres vigilantes de su hogar y buenas nodrizas de sus hijos”.<sup>250</sup> Este asunto de los baños a ducha en la escuela, era tema común en los congresos internacionales de higiene escolar. En su cartilla, Ruiz también había propuesto un baño de aseo semanal, y de ser posible, un baño frío cada día.<sup>251</sup>

Las duchas frías se establecieron en unas cuantas escuelas; las tibias eran aún más raras: a comienzos de la revolución, sólo contaban con ellas ocho escuelas de la capital. El jefe de la Inspección Escolar llamó a instalar duchas en las escuelas de los barrios más pobres.<sup>252</sup> A veces, ya construidas, se les consideraba deficientes, por ejemplo cuando los alumnos debían bañarse todos juntos; se demandaba entonces a las escuelas que construyeran divisiones entre las regaderas, para que cada alumno pudiera bañarse aisladamente.<sup>253</sup>

Sin embargo, todavía a finales del porfiriato era común la carencia de agua en las escuelas, no sólo para que los niños se bañaran, sino también para el aseo de los excusados y mingitorios. Era difícil convencer a los propietarios de los locales donde estaban las escuelas de hacer los desembolsos necesarios para introducir agua de la ciudad, perforar pozos artesianos o instalar las indispensables bombas manuales o eléctricas. Hasta el agua para beber llegaba a ser escasa, y a veces, no era potable, como lo comprobaban estudios hechos por el Instituto Médico Nacional. En enero de 1910, se estableció por ley que la dotación de agua suficiente era prerequisite para construir una escuela.<sup>254</sup> Además de tener la función de vigorizar a los alumnos, las duchas eran empleadas para acabar con el desaseo y la pediculosis en particular.

Durante casi tres décadas, ante la anemia de los niños la mayoría de los higienistas escolares propusieron no más y mejores alimentos, sino baños fríos y aire puro. Sin embargo, algunos eran receptivos a las propuestas de los congresos internacionales de higiene escolar y de educación física, que insistían en la importancia de los baños- duchas, pero también en la posibilidad de ofrecer a los alumnos pobres y anémicos comidas gratuitas o muy baratas.

---

<sup>250</sup> LEAL, 1896: 283.

<sup>251</sup> RUIZ, 1903.

<sup>252</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1913a.

<sup>253</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911d.

<sup>254</sup> *Ibidem*.



Durante el año fiscal de 1909 a 1910, la Inspección Médica Escolar reconoció individualmente a 27,194 niños. De ellos, 18,891 (69.48%) fueron encontrados sanos, y 8,303 (30.52%), enfermos. Entre estos últimos 6,040 (22%) estaban anémicos, y 1,933 (7.1%), escrofulosos. “Tan crecido número de anémicos –señalaba un reporte– indica la mala nutrición predominante en nuestras clases populares, la cual se debe principalmente a la miseria, a la escasa y mal preparada alimentación y a la insalubridad de las habitaciones donde se acumula gran número de personas”.<sup>255</sup>

Uribe y Troncoso consideraba que cualquier esfuerzo público o privado que procurara a los escolares cuando menos 50% de la ración diaria normal de alimentación, tendría influencia considerable sobre el desarrollo de éstos “y por consecuencia sobre el porvenir de la raza”.<sup>256</sup> Sugirió establecer comedores escolares donde se regalaran o vendieran a precios módicos el desayuno y la comida, lo cual beneficiaría no sólo el desarrollo físico sino también la instrucción de los niños.<sup>257</sup>

La atención puesta en los niños enfermos y desnutridos en muchos lugares del mundo es bien conocida, y ha sido seguida por estudios sobre el inicio del Estado benefactor.<sup>258</sup> A principios del siglo XX, en algunos países europeos había comedores escolares para los niños cuyas casas estaba muy lejos de las escuelas o cuyos padres no podían estar con ellos al medio día. En esa época, en el viejo continente esta ayuda se estaba dejando de considerar como obra de beneficencia, para ser vista como protección civil a cargo del Estado. De acuerdo con reportes, en México algunos niños llevaban a la escuela un canasto con alimentos, y en el campo, las esposas de los profesores solían preparar una sopa caliente y legumbres para los escolares. Pero muchos otros niños iban a la escuela prácticamente sin haber probado bocado. La mayoría de las escuelas estaban mal iluminadas y en ellas el aire estaba viciado, de modo que los niños debían estudiar en ese ambiente, hambrientos y mal vestidos.<sup>259</sup>

En México, desde 1908, la Secretaría de Instrucción Pública trató de establecer en la Ley de Educación Primaria la necesidad de dar alimento, vestido y calzado a los escolares menesterosos, si bien pensaba que había que tener cuidado para que los niños no lo vieran como una obligación del Estado. Se destinó una partida de 15,000 pesos, que resultó totalmente insuficiente, y se empleó

---

<sup>255</sup> TRONCOSO, 1911d: 123.

<sup>256</sup> *Ibid.*: 123.

<sup>257</sup> *Ibidem.*

<sup>258</sup> STEEDMAN, 1992.

<sup>259</sup> CAMPUZANO, 1913.

durante las fiestas del Centenario para dar ropa a los niños más necesitados de las escuelas del Distrito Federal.<sup>260</sup>

Antes de esa fecha, hubo algunos esfuerzos individuales y gubernamentales para combatir dicha situación. Durante un tiempo, el ingeniero Gabriel Mancera dio de su peculio un alimento frugal por la mañana a los niños del Barrio del Peñón, con lo que se logró que éstos fueran a la escuela con más frecuencia: Instrucción Pública, por su parte, construyó en la colonia La Bolsa dos escuelas con capacidad para 400 o 500 alumnos, que contaban con comedores escolares.<sup>261</sup>

En diciembre de 1910, la Secretaría comisionó a Uribe y Troncoso para que, en unión, del arquitecto Miguel Ajuria, formara un presupuesto para instalar dos comedores escolares en los lugares más adecuados de la ciudad. Después de estudiar el asunto, se decidió instalarlos en las escuelas 60 y 91, que por estar situadas en uno de los barrios más pobres, al oriente de la ciudad, eran las más a propósito para una obra de esta naturaleza. Comenzaron los trabajos de adaptación de dos salones y la instalación de estufas, pero los trabajos fueron suspendidos por falta de recursos.

En la discusión sobre el presupuesto de egresos de 1910-1911, algunos diputados convencieron a la Cámara de aumentar esa partida a 300,000, con el fin de dar alimento y vestido a precios ínfimos o gratuitamente a niños a los que de otra manera no podía exigírseles ir a la escuela. Con ese presupuesto, se organizaron formalmente 20 comedores escolares: 10 en la capital y 10 en las municipalidades foráneas, que aumentaron hasta llegar a 29 en la capital y 13 en las municipalidades foráneas, los cuales funcionaban en locales independientes de las escuelas. El primero de ellos comenzó a funcionar el 21 de septiembre de 1911,<sup>262</sup> cuando ya Díaz había renunciado a su cargo, ante el avance del movimiento revolucionario.

### **Vigorizar a la niñez: la educación física**

Por lo que toca a los ejercicios gimnásticos, desde el Congreso Higiénico Pedagógico de 1882 se había criticado la exigencia, común en la época, de que los alumnos estuviesen sentados mucho tiempo, sin hablar y haciendo esfuerzos prolongados de atención, y se había recomendado en cambio, la existencia de gimnasios con buena iluminación y dotados de aparatos, y de patios para juegos y ejercicios con una superficie de 6 metros cuadrados para cada alumno.<sup>263</sup>

---

<sup>260</sup> *Ibidem.*

<sup>261</sup> *Ibidem.*

<sup>262</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1913a.

<sup>263</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 1, exp. 5, 167 f., 1882.

La idea hasta entonces prevaleciente de que el niño debía estar quieto,<sup>264</sup> tenía un origen histórico. La *kalokagathia* platónica era el estado de perfecta armonía entre el cuerpo y el espíritu; en ella la higiene era parte de la educación física e intelectual de los jóvenes. En el Medioevo, en cambio, hubo una tendencia al perfeccionamiento del espíritu y al descuido de lo corporal; y es que el ideal de Quintiliano, que tendía a desarrollar sólo la capacidad mental del hombre, descuidando su cuerpo, prevaleció sobre el ideal platónico de un ser armonioso, perfectamente equilibrado en cuerpo y espíritu.<sup>265</sup>

En las últimas décadas del siglo XIX y la primera del XX, la educación física estaba teniendo un lugar importante en muchos países del mundo.<sup>266</sup> En la inauguración del III Congreso de Educación Física de la Juventud (Bruselas, 1911), dijo uno de los organizadores: “La gimnasia es actualmente obligatoria en la enseñanza primaria y secundaria, y, bien comprendida, tendrá una gran influencia sobre el futuro de las razas”.<sup>267</sup> El secretario general del congreso hizo el elogio de la educación física, y mostró el gran interés de esa cuestión en el orden pedagógico. “Se trata de hacer de cada niño una unidad fuerte en la colectividad humana”.<sup>268</sup>

En México, los Congresos Nacionales de Instrucción Pública habían recomendado que toda escuela tuviese un patio para juegos y ejercicios gimnásticos de los estudiantes. Los asistentes a estos congresos indicaron los ejercicios apropiados para los niños y las niñas, los y las jóvenes y los hombres y mujeres adultos, y sentaron las bases que debían normar la educación física en las escuelas.<sup>269</sup>

Propusieron juegos libres y gimnásticos así como trabajos manuales y jardinería en las escuelas de párvulos, colonias infantiles en lugares higiénicos para las escuelas rurales, clases de gimnasia en el programa de instrucción primaria elemental –que comprendía los primeros cuatro años de estudio–, gimnasia y ejercicios militares en las escuelas de instrucción primaria superior –que comprendía los siguientes dos–, y ejercicios físicos y excursiones campestres en las escuelas para adultos. Los gimnasios debían tener buena iluminación y contar con 6 metros cuadrados por alumno.<sup>270</sup>

---

264 CASTILLO TRONCOSO DEL, 2001.

265 SIGERIST, 1984.

266 Rabelais y Montaigne –decía el médico jalisciense Adolfo OLIVA– (1906), habían sido partidarios del ejercicio.

267 V. Desguin (concejal de la ciudad de Amberes) citado por URIBE Y TRONCOSO, 1911e: 149.

268 Fosséprez (secretario general del Congreso) citado por URIBE Y TRONCOSO, 1911e: 149.

269 AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 122-125v.

270 AVELEYRA ARROYO *et al.*, 1957.

En la primera década del siglo XX, el desarrollo físico armónico del niño tenía ya un papel fundamental en la higiene escolar; el gobierno invertía una suma considerable en educación física, la cual estaba constituida no sólo por los ejercicios gimnásticos metodizados, sino también por los juegos libres y por los deportes; y el profesor de gimnasia especializado empezaba a ser visto como una necesidad en todos lados. Los inspectores escolares pensaban que el fortalecimiento físico del niño y del joven era un método indirecto de combatir al alcoholismo, en el que se actuaba sobre el educando sin que éste se diera cuenta,<sup>271</sup> y que los juegos y los deportes aunados a la abstención de alcohol y de los libros perniciosos, favorecían la castidad hasta los 20 años [sic].<sup>272</sup>

Desde 1909, se establecieron las bases “científicas” –es decir, apoyadas en la anatomía, la fisiología, la higiene, la psicología, la sociología y la pedagogía– que debían normar a la educación física.<sup>273</sup> Algunos profesores e inspectores ponían en práctica otros métodos; pero la Inspección Escolar consideraba peligrosa cualquier innovación a los métodos de educación física ya aprobados, que pudiera obstaculizar la obtención de resultados uniforme, lo cual no era sencillo.<sup>274</sup>

Ángel Vallarino –inspector general de Educación Física–, presentó un informe sobre la enseñanza del ramo en las escuelas primarias, secundarias y profesionales, en el que criticó que los ejercicios en las escuelas se hicieran en condiciones de rutina y sin entusiasmo, y que la enseñanza de la educación física fuera encomendada a los ayudantes de la escuela, por lo general poco aptos en la materia. En su opinión, a causa de esos factores, los alumnos no mejoraban su condición física, y no se despertaba en ellos el amor por el ejercicio.<sup>275</sup>

Los inspectores de educación física daban, dos veces al mes, conferencias en las zonas que estaban a su cargo, con lecciones modelo de diversos ejercicios; pero había unos mil setecientos ayudantes y era materialmente imposible adiestrarlos a todos de manera conveniente. Por ello, el normalista Manuel Rodríguez y Cos y el médico Uribe y Troncoso propusieron fundar una Escuela Normal de Educación Física, que formara profesores competentes.

Los higienistas mexicanos demandaban la realización de ejercicio físico diario al aire libre.<sup>276</sup> Como una gran parte de las escuelas primarias carecían de patios bastante extensos para los deportes, algunos sugirieron llevar a los alumnos a los campos de juego más cercanos, y dividirlos

---

271 PRUNEDA, 1912.

272 URIBE Y TRONCOSO, 1911b.

273 VELÁZQUEZ ANDRADE, 1912.

274 URIBE Y TRONCOSO, 1911b.

275 Citado por *ibidem*.

276 Por ejemplo CAMPOS (1900), quien citaba P. Langlois. Sobre el movimiento del *open air* y la niñez en la época, véase BRYDER, 1992.

en grupos, dependiendo de si eran “normales” o necesitaban la corrección de defectos orgánicos marcados, como la estrechez de la caja torácica, las curvaturas exageradas de la columna vertebral, etc. Opinaron que era conveniente que no sólo los niños, sino también las niñas, cultivaran los deportes; eso sí, sólo los “propios de su sexo” y en horas distintas de los alumnos. Decían Rodríguez y Cos y Uribe y Troncoso: “En efecto, la educación física de la mujer mexicana hasta aquí descuidada, debe tener un lugar preeminente, dada la necesidad de que las futuras madres tengan organismos sanos y vigorosos”.<sup>277</sup> Eso sí, había ejercicios como la bicicleta, que de preferencia debía ser dejado al “sexo fuerte”, y en todo caso, podía ser realizado por las mujeres sólo si no estaban casadas, pues de lo contrario, se exponían a sufrir abortos.<sup>278</sup>

En las Escuelas Normales, se enseñaba educación física a todos los futuros maestros bajo la dirección de los profesores especiales y la vigilancia del inspector general de educación; el programa incluía las materias de ejercicios militares I, II y III.<sup>279</sup> El Internado Nacional disponía de amplios patios y de un buen estanque para natación, mientras que en la Escuela de Artes y Oficios para hombres, había un gimnasio muy bien establecido. En la Escuela de Artes y Oficios para señoritas, los ejercicios físicos tropezaban siempre con la mala voluntad persistente de las alumnas, la mayoría de las cuales eran adultas y personas de edad avanzada que se resistían a toda clase de movimientos; entre ellas, lo mismo que en las escuelas primarias, tenía que insistirse en la necesidad de evitar durante los ejercicios el uso de los vestidos estrechos, los cuellos ajustados y los zapatos de tacón alto. En la Escuela Nacional Preparatoria, toda la educación física que se impartía a los alumnos consistía en hacerles ejecutar ejercicios militares dos o tres veces por semana, sobre lo que opinaban Rodríguez y Cos y Uribe y Troncoso: “Inútil es insistir en que para ser buen soldado, se necesita antes tener un cuerpo vigoroso y armónicamente desarrollado”.<sup>280</sup>

Finalmente, las escuelas profesionales dependientes de la Universidad Nacional, así como las de Bellas Artes y Comercio, carecían de programas definidos de educación física. Por ello, sugirieron que se establecieran, si eso era posible, gimnasios en todas ellas, o que cuando menos se llevara a los alumnos a los campos de juego, y que se procurase, por todos los medios posibles, despertar en la juventud estudiosa el amor por el ejercicio físico y por los deportes, que además de vigorizar el organismo, constituían un excelente medio de moralización, ya que durante el tiempo

---

<sup>277</sup> RODRÍGUEZ Y COS y URIBE Y TRONCOSO, 1912: 90.

<sup>278</sup> GUTIÉRREZ, 1900.

<sup>279</sup> Los programas de las normal en la ciudad de México y de algunas escuelas de los estados pueden ser consultados en BAZANT, 1995.

<sup>280</sup> RODRÍGUEZ Y COS y URIBE Y TRONCOSO, 1912: 92.

dedicado al ejercicio, los alumnos se abstendrían de concurrir a las cantinas y otros lugares de disipación.<sup>281</sup> La educación física se generalizó a lo largo y ancho del país.

Con excepción de Colima –donde no había más ejercicios que los libres que realizaban a la hora del recreo–, la educación física era obligatoria para los alumnos de todos los estados (al menos de aquellos estados que rendían informes a la federación, y para los alumnos inscritos en escuelas oficiales).

En algunos estados, como Aguascalientes y Durango, las clases de gimnasia se impartían diariamente, y en Guanajuato, en todo el estado. En Jalisco, se impartían desde párvulos hasta el segundo año de instrucción primaria superior; y en Chiapas, Michoacán, Puebla y San Luis Potosí, desde párvulos hasta las escuelas profesionales; en la ciudad de Puebla, destacaba el gimnasio de 527 metros cuadrados construido en 1896 en el Colegio del Estado,<sup>282</sup> el cual aún existe. En Aguascalientes, Durango, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas, se organizaban excursiones escolares.

Había ejercicios libres o espontáneos (correteos o saltos) –con los que los niños “perfeccionaban gradualmente sus aptitudes, aumentaban su resistencia a la fatiga y adquirían cualidades morales que hacían de ellos seres sociables”–, en Chiapas, Durango, Estado de México, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas.

En las escuelas de Morelos, Puebla, Querétaro Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán, los niños realizaban ejercicios disciplinados (como juegos de pelota y ciertas rondas), los cuales se efectuaban mediante la observación de reglas bien definidas. Había juegos pedagógicos en Chiapas, donde los alumnos hacían ejercicios con bastones y masas; en Guanajuato y Tamaulipas, donde los realizaban con aparatos gimnásticos sencillos; y en Aguascalientes, Coahuila, Durango, Estado de México, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, San Luis Potosí, Tabasco y Zacatecas, donde practicaban gimnasia sueca. En ésta, había aparatos que funcionaban por medio de la fuerza muscular de la misma persona (con movimientos de brazos, piernas o tronco); aparatos que funcionaban por medio de un motor cualquiera (de vapor, de gas o electromotor), y que realizaban operaciones de retracción o fricción; aparatos ortopédicos (con los que se hacían enderezamientos activos o pasivos) y aparatos de mensuración. Para Monjarás, la escuela sueca –que buscaba producir el máximo de trabajo con el mínimo de fuerza– había dado bases científicas y aplicaciones racionales a la gimnasia.<sup>283</sup>

---

<sup>281</sup> *Ibidem*.

<sup>282</sup> MEMORIA INSTRUCTIVA Y DOCUMENTADA, 1899a.

<sup>283</sup> MONJARÁS, 1908.

El estado de México reportaba que en sus escuelas se practicaban juegos deportivos o atléticos (básquetbol, carreras y saltos; natación, equitación y tiro al blanco). En Chiapas, Coahuila, Durango, estado de México, Guanajuato, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas, los niños practicaban, desde la primaria, ejercicios militares. Éstos incluían marchas, movimientos e incluso manejo de armas y esgrima de bayoneta. Para impartirlos, los maestros utilizaban una cartilla expedida por el Ministerio de Guerra, y los programas de estudio de las normales incluían la materia de ejercicios militares.<sup>284</sup>

En la Escuela Modelo para niños de León, Guanajuato, se organizó un batallón escolar que, “con oportuna instrucción impartida por un oficial del Ejército Federal, emprende frecuentes excursiones a los campos, a las próximas montañas o a las poblaciones vecinas, que ha influido vigorosamente en la salud y desarrollo de los niños, pues aun algunos delicados y enclenques, han visto robustecer sus fuerzas, animarse su rostro y mejorar su constitución”.<sup>285</sup> Las autoridades encargadas de vigilar la higiene escolar pretendía extender los batallones a otras escuelas, pues consideraban que había pasado ya el tiempo en que los chiquillos debían pasar de 8 am a 12 pm y de 2 a 5 pm, sin un solo instante de descanso; buscaban que los estudiantes tuvieran intervalos de recreo, ejercicio, paseos y excursiones, “bajo severa disciplina militar”.<sup>286</sup>

Los juegos de competencia representaban el más alto grado de intensidad del trabajo físico, y los educadores del mundo no se ponían de acuerdo sobre su conveniencia.<sup>287</sup> Lo mismo pasaba con los ejercicios militares. Por lo que tocaba a éstos, el Programa del Partido Liberal Mexicano consideraba conveniente la instrucción militar en las escuelas, para poner a los ciudadanos en aptitud de prestar sus servicios en la Guardia Nacional, en la que sólo perfeccionarían sus conocimientos militares. Teniendo todos los ciudadanos estos conocimientos, podrían defender a la patria cuando fuera preciso y harían imposible el predominio de los soldados de profesión, es decir, del militarismo.<sup>288</sup>

En cambio, en sus conclusiones generales, el Congreso Internacional de Higiene Escolar de 1910 criticó los batallones escolares que existían en varios países. Algunos congresistas hacían notar que no podía exigirse al niño una atención tan intensa como la que podía prestar el soldado. El interés de aquél había que sostenerlo con ejercicios variados, intercalados con juegos. “No debe

---

<sup>284</sup> BAZANT, 1995. Véase, también, el caso de la Escuela Normal de Puebla. MEMORIA INSTRUCTIVA Y DOCUMENTADA, 1899b.

<sup>285</sup> GONZÁLEZ, 1913a: 61.

<sup>286</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, Secretaría, caja 6, exp. 32, 7 f.: 6, noviembre de 1910.

<sup>287</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911e.

<sup>288</sup> PROGRAMA DEL PARTIDO LIBERAL, 1906.

forzarse al niño a obedecer como un autómeta, como se hace con el soldado”.<sup>289</sup> Las propuestas adoptadas por el congreso fueron que toda agrupación que recordara los batallones escolares debía ser proscrita de la escuela; y que la instrucción dada en las escuelas y las sociedades no podría extenderse al terreno militar profesional: las federaciones y sociedades deportivas conservarían su autonomía, y a cambio de ciertas ventajas, ofrecería al Estado el concurso de su trabajo; la instrucción dada en las escuelas debía ser adecuada a las aptitudes y la naturaleza del niño, y dirigida por educadores que poseyeran conocimientos pedagógicos.<sup>290</sup>

Sin embargo, había acuerdo en que el principal objetivo de la educación física era imbuir en los niños la disciplina que necesitarían como futuros trabajadores y defensores de la nación. El primer tema desarrollado en el congreso fue “Preparación de la juventud para el servicio militar. Objeto y acción de esta preparación; su organización, sus procedimientos y su programa. Ejercicio corporal prerregimiento, regimiento y posregimiento. Conexiones y diferencias que deben establecerse entre la gimnasia de los niños y los adolescentes, por una parte, y la gimnasia del soldado, por la otra”. En la reunión el conde de Ribeaucourt –sacerdote encargado de la educación física en los liceos– dijo: “El papel de la escuela es formar alumnos inteligentes, fuertes y amantes de los ejercicios corporales; los oficiales se encargarán de hacer de ellos buenos soldados”.<sup>291</sup>

### **Inspección médica escolar: un balance**

En el último tercio del siglo XIX mexicano, hubo una mayor atención hacia el niño en tanto paciente, y surgieron los pediatras. Hubo preocupación por él, en tanto hijo y educando, y la atención social se dirigió hacia padres y maestros; también nacieron los higienistas escolares.

A partir del Congreso Higiénico-Pedagógico de 1882, pero sobre todo desde 1896, la profesión médica intervino de manera creciente en la prevención de enfermedades entre los estudiantes, tanto dentro como fuera de las aulas, y particularmente en las zonas urbanas. Estos servicios dependieron de la Secretaría de Instrucción Pública y no del Consejo Superior de Salubridad, si bien había relaciones entre una y otra. Para muchos, fue en esa época que las ideas de higiene escolar alcanzaron precisión científica. El objetivo no explícito de la higiene escolar fue trasladar a las instituciones la atención médica hasta entonces otorgada en familia, y, como en otros países, este traslado implicó un cambio de las mujeres a los hombres como figuras principales en la

---

<sup>289</sup> Dupont citado por URIBE Y TRONCOSO, 1911e: 151.

<sup>290</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911e.

<sup>291</sup> Citado por *ibid.*: 151.



administración de la salud y la atención de la enfermedad.<sup>292</sup> La fuerza de los médicos derivó de su visión de que la escuela era un asunto médico tanto como pedagógico. Se les autorizó en el periodo a penetrar a las escuelas, para inspeccionar a los locales y los niños, tarea que fue sostenida con fondos públicos, utilizando los recursos de la medicina clínica y preventiva y ligando la salud escolar al sistema establecido de salud pública.

La higiene escolar fue presentada como parte de la “evolución civilizadora”, y como la encargada de vigilar la educación, el ejercicio y el aseo individual, el cuidado del vestido, la alimentación, la recreación, la protección contra el maltrato físico, la moral y las buenas costumbres de los niños, con la finalidad de preservar la salud física y mental y espiritual de éstos y aumentar su bienestar, conservar el orden civil y la moralidad pública, e influir en el futuro de la raza.

Los higienistas escolares mexicanos seguían de cerca los avances que en la materia tenían otros países.<sup>293</sup> Puede decirse que casi todas las propuestas del III Congreso Internacional de Higiene Escolar de 1910 se seguían hacía tiempo en México; principalmente expedientes sanitarios individuales, educación física obligatoria y enseñanza de la higiene escolar en las escuelas formadoras de maestros. *La Medecine Scolaire*, publicación oficial de la Sociedad de Médicos Inspectores de las Escuelas de París, alabó los trabajos mexicanos; mientras que *L'Hygiene Scolaire*, órgano de la Liga Francesa de Higiene Escolar, calificó a México como segunda de las potencias de América Latina que había participado en el III Congreso.<sup>294</sup> España y Ecuador pidieron a los delegados mexicanos copias de impresos para impulsar en sus países inspecciones semejantes a la existente en México,<sup>295</sup> y otras delegaciones estaban interesadas en lo que se hacía en este país.<sup>296</sup>

Además de presentar 16 memorias, el país participó en la Exposición de Higiene Escolar, paralela a dicho Congreso, con la finalidad de “demostrar a los pueblos civilizados los progresos alcanzados en materia de higiene e inspección médica de las escuelas”.<sup>297</sup> Envío planos de los colegios, y fotografías de la oficina del Servicio de Higiene Escolar, así como del mobiliario usado en las escuelas de México; documentos de inspección médica de las escuelas incluyendo expedientes sanitarios, estadísticas, curvas y gráficas de enfermedades y enfermos en las escuelas de 1908 a 1910; aparatos de antropometría, el Reglamento de la Inspección de Higiene Escolar y la Ley

---

292 STARR, 1991.

293 URIBE Y TRONCOSO, 1912a.

294 “México en el III Congreso de Higiene Escolar y en la exposición anexa”, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. I, núm. 1, julio de 1911, pp. 107-109. BARREIRO, 1911.

295 URIBE Y TRONCOSO, 1911b.

296 Véase el caso de Portugal, URIBE Y TRONCOSO, 1913c.

297 URIBE Y TRONCOSO, 1911d: 128.

de Educación Primaria. Los mismos materiales fueron expuestos después durante la conmemoración del Centenario de la independencia de México, en la Exposición Nacional de Higiene de septiembre de 1910.<sup>298</sup>

De acuerdo con Alberto del Castillo Troncoso, no fue casual que las fotografías sobre la inspección escolar (que en eran un tipo de descripción o reporte) formaran parte de exhibiciones públicas en congresos nacionales e internacionales; sino que constituyeron una muestra del poder estatal que veían en la fotografía un instrumento eficaz para el cumplimiento de sus objetivos propagandísticos<sup>299</sup>; es decir, de exaltación de su gobierno.

El bienestar de los niños fue un poderoso argumento en favor de la extensión del papel del Estado en la salud.<sup>300</sup> “La mirada médica se fue filtrando en espacios considerados hasta ese momento como íntimos y privados, para reinsertarlos en un nuevo código público de lo normal y lo patológico”.<sup>301</sup> Los médicos escolares aseguraban que para preservar la salud de los sanos había que excluir de la escuela a los alumnos enfermos durante el tiempo necesario para la curación, aunque se censurara a la Inspección por su rigorismo. Se defendían de las críticas de la población con el argumento de que las ideas de mejoramiento y progreso partían de las autoridades o los grupos dirigentes, pero en la colectividad aún no estaban “suficientemente preparados los espíritus para recibirlas”.<sup>302</sup> En realidad, la inspección tenía grandes limitaciones. Lo primero que salta a la vista es que los trabajos de higiene escolar no tuvieron uniformidad ni en todos los estados, como resultado de la independencia que cada uno de ellos tenía en asuntos sanitarios;<sup>303</sup> ni en todas las poblaciones de un estado, con mayor énfasis puesto en las capitales; ni en todas las escuelas de una población.

En algunas escuelas, los alumnos eran instruidos para que al llegar al plantel se limpiaran el calzado en tapetes acondicionados para tal fin, y dejaran su sombrero, impermeable, paraguas u otros objetos personales en un sitio especial, en el que no estuvieran en contacto con los objetos del resto de los niños. También, para que después del recreo, de las clases de gimnasia y de los trabajos manuales, y antes de ir a su casa, se lavaran las manos. En caso de necesitar asearse, contaban con

---

298 “México en el III Congreso de Higiene Escolar y en la exposición anexa”, *Anales de Higiene Escolar. Órgano del Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública*, vol. I. núm. 1, julio de 1911, pp. 107-109.

299 CASTILLO TRONCOSO DEL, 2006: 113.

300 COOTER, 1992.

301 CASTILLO TRONCOSO DEL, 2001: 158.

302 URIBE Y TRONCOSO, 1912c: 26.

303 Llama la atención que no se hiciera inspección médica escolar en estados donde había comunidades médicas, escuelas de medicina u organismos sanitarios, como Oaxaca y Yucatán.

lavabos, cepillos de varias clases y grasa para el calzado.<sup>304</sup> En cambio, en otras escuelas los niños asistían prácticamente desnudos, y no tenían agua ni para beber.<sup>305</sup> Ruiz advertía en su cartilla al jurado que iba a calificarla: “Y si indico que la escuela tenga un *solo* peine para todos los sanos, es porque prácticamente no se podrá conseguir más y es bueno empezar por algo.”<sup>306</sup>

Los miembros del Congreso Higiénico-Pedagógico habían aspirado a sentar a los niños en pupitres adecuados y cómodos; más tarde, el Estado mandó construir mesa-bancas de diferentes tamaños, adaptadas a la estatura de los niños, para tratar de evitar que éstos adoptaran malas posturas al escribir.<sup>307</sup> Sin embargo –de acuerdo con denuncias de los inspectores–, en las escuelas populares las mesa-bancas se juntaban a veces, “al grado de no dejar entre ellas espacio para que los discípulos se pongan de pie y puedan circular, [y] [...] en cada asiento binario se colocan tres y hasta cuatro niños, y en cada asiento unitario, dos y tres también; entonces la aglomeración aparece con todos sus peligros y de nada han servido los mejores arreglos higiénico-escolares”.<sup>308</sup>

Al parecer, en algunas escuelas los niños se sentaban por turnos. Por supuesto que en esas circunstancias estaban inquietos, tomaban posiciones viciosas o se dormían por la pesadez de la atmósfera. Lo anterior se agravaba si la aglomeración era de alumnos sucios de cuerpo y ropa.<sup>309</sup> Peor era la situación de las escuelas rurales, las cuales estaban en total abandono, y en las que los niños se sentaban en el suelo.<sup>310</sup> Por otro lado, en la época sólo fue aceptada la escritura con el brazo derecho,<sup>311</sup> y las mesa-bancas para niños se construyeron con esa idea en mente.

La distancia entre el consultorio de la Beneficencia Pública y las escuelas de muchas zonas de la ciudad era muy grande, la admisión de enfermos en aquél muy dilatada, y, con frecuencia, el despacho de medicamentos no se hacía el mismo día. El pueblo conocía ya esas demoras, las cuales imposibilitaban los beneficios que los inspectores buscaban y truncaban las ilusiones que se hacían las familias. A algunas personas de medianos recursos les decían en el consultorio que éste era sólo para los pobres; sin embargo, no tenían dinero para pagar médicos particulares. Muchos alumnos con problemas de visión eran rechazados en el Hospital de Nuestra Señora de la Luz. Y como aún no había una institución especial para niños anormales (se referían a los deficientes mentales ¿?),

---

304 LATAPÍ, 1911.

305 URIBE Y TRONCOSO, 1911d.

306 RUIZ, 1903: 164. El subrayado es suyo.

307 URIBE Y TRONCOSO, 1906.

308 GONZÁLEZ URUEÑA, 1911: 195.

309 *Ibidem.*

310 TORRES QUINTERO, 1901.

311 CASTILLO TRONCOSO DEL, 2001.

éstos eran separados de las escuelas o permanecían en ellas, pero ineducados.<sup>312</sup> Además, muchos inspectores no eran realmente especialistas, y en los colegios no había lugares apropiados para realizar la inspección.<sup>313</sup> Por si eso fuera poco –decía un inspector–: “[...] la época revolucionaria tan calamitosa para nuestro país, iniciada hace ya casi tres años, sorprendió a la inspección médica escolar en la primera etapa de su vida”.<sup>314</sup>

Hacia principios del siglo XX, en diferentes países se reconocía que el nivel de la salud nacional dependía del bienestar físico de las generaciones de niños y jóvenes.<sup>315</sup> “[...] la esperanza de hoy y [...] la patria de mañana” –en palabras de un higienista mexicano–.<sup>316</sup> Por eso, la escuela ya no sólo intervenía en casos de enfermedades contagiosas como un medio de defensa social contra las epidemias, sino también frente a las no contagiosas para proteger al individuo contra las causas de deterioro orgánico que disminuían su salud y lo hacían menos apto, primero para las tareas escolares y luego para la lucha por la vida.<sup>317</sup>

Los profesionales de la salud se manifestaban dispuestos a influir sobre el régimen material y moral de las familias.<sup>318</sup> Dos de las preocupaciones de la época eran el crecimiento de la población y el mejoramiento de la raza; la higiene infantil en general y la inspección médica en particular, fueron elementos de la estrategia higienista para lograr esos objetivos.<sup>319</sup> Uno de los más visibles logros de la higiene escolar fue la extensión –por voluntad o por fuerza– de la vacunación antivariolosa.

---

<sup>312</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1913.

<sup>313</sup> GAMBOA, 1912.

<sup>314</sup> GONZÁLEZ URUEÑA, 1913: 116.

<sup>315</sup> WOHL, 1983.

<sup>316</sup> GONZÁLEZ, 1913a: 52.

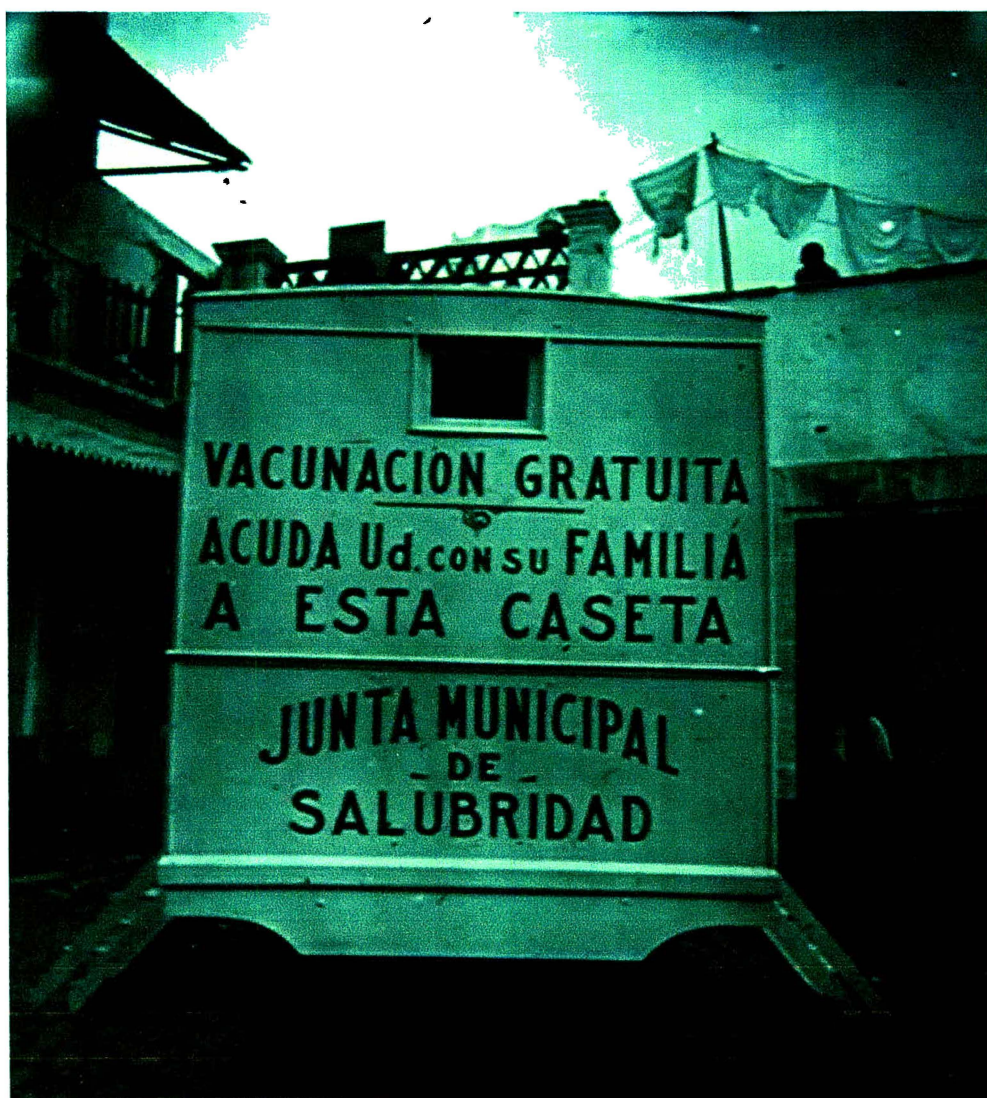
<sup>317</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1913f.

<sup>318</sup> URIBE Y TRONCOSO, 1911b.

<sup>319</sup> STEEDMAN, 1992. Durante la Revolución de 1910-1917 el servicio fue prácticamente suspendido, y no sería reorganizado hasta 1921, durante el gobierno de Álvaro Obregón. CARRILLO, 2002c.

## Capítulo VII

### “El precioso preservativo”: la campaña antivariolosa



**La vacuna ambulante.**

## La vacuna y su introducción en México<sup>1</sup>

Es bien conocido que la introducción del virus variológico en lo que hoy es la república Mexicana cambió la situación de indígenas y españoles en la guerra de conquista. La falta de inmunidad<sup>2</sup> de los indígenas favoreció el paso acelerado de persona a persona del agente biológico, y –con la contribución de otras enfermedades y de la guerra–, el posterior despoblamiento del territorio.<sup>3</sup> La viruela siguió haciendo estragos durante toda la época Colonial, y a lo largo del siglo XIX hubo constantes epidemias de esta enfermedad en todo el país.<sup>4</sup>

Como medida preventiva, algunos sugerían blanquear y pintar las casas,<sup>5</sup> o ingerir una onza de cremor tártaro disuelta en un cuartillo de agua hirviendo y tomada a cortos intervalos;<sup>6</sup> mientras que para curar la viruela los pobladores y los médicos intentaban un sinnúmero de tratamientos: dieta láctea para los periodos de erupción, supuración y descamación;<sup>7</sup> ingestión de miel virgen;<sup>8</sup> exposición a luz a través de vidrios rojos;<sup>9</sup> ingestión de un dracma de polvos de excremento de paloma en un vaso de agua;<sup>10</sup> frotamiento del pecho del paciente con aceite de croto y unguento tartárico, antes de que apareciera la erupción y cuando la fiebre estuviera en su más alto grado, son sólo unos cuantos de ellos.<sup>11</sup>

Otros tratamientos provenían de médicos no titulados.<sup>12</sup> Pero no había un método curativo realmente efectivo; de hecho, no lo hay aún ahora. Sin embargo, existían un método para prevenir el mal: la vacunación, cuyo descubrimiento fue hecho a finales del XVIII por el médico inglés Edward

---

<sup>1</sup> Presenté un avance de este capítulo en la sesión académica de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 25 de mayo de 2000. Un breve resumen del mismo es CARRILLO, Ana María (1999c). “Los difíciles caminos de la campaña antivariolosa en México”, *Ciencias*, núms. 55-56, julio-diciembre, pp. 18-25.

<sup>2</sup> Individuo inmune es la persona o animal que tiene anticuerpos protectores específicos contra el microorganismo causante de una enfermedad infecciosa o contra su toxina, como consecuencia de una infección o inmunización (vacunación) previas.

<sup>3</sup> BUSTAMANTE, 1977.

<sup>4</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.* (1960) citan alrededor de media centena de ellas.

<sup>5</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 30 de marzo de 1887, p. 3.

<sup>6</sup> *Violetas del Anáhuac*, México D.F., vol. II, núm. 23, junio de 1889, p. 276.

<sup>7</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 27 de febrero de 1887, p. 3.

<sup>8</sup> *La Sombra de Arteaga. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro*, 17 de agosto de 1884, p. 130.

<sup>9</sup> *La Homeopatía. Periódico mensual de Propaganda. Órgano de la Sociedad Hanhemann*, vol. I, núm. 11, 5 de julio de 1894, p. 88.

<sup>10</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 17 de marzo de 1887, p. 3.

<sup>11</sup> *Periódico Oficial del Estado de Puebla*, Puebla, 24 de marzo de 1880, p. 3. Este tratamiento era empleado en la India.

<sup>12</sup> Hasta en la prensa oficial se reconocía el papel de algunos de ellos en la curación de la enfermedad; tal fue el caso del señor Juan González, nativo de Oaxaca, que combatió una epidemia de viruela que azotaba a la Villa de Juárez, en ese estado; curó a 106 personas y sólo fallecieron ocho de sus pacientes. *Periódico Oficial del Estado de Chiapas*, San Cristóbal de las Casas, 4 de junio de 1887, p. 4.

Jenner (1749-1823).<sup>13</sup> quien descubrió en las vacas un virus que da inmunidad cruzada con el virus humano.<sup>14</sup> En 1796, inyectó a un niño con dicho virus; al cabo de tres días, las punciones se cubrieron con pequeños botones. Le inoculó entonces el virus de la viruela y las punciones se extinguieron sin que presentara calentura u otro síntoma de infección. Dos años más tarde, hizo público su descubrimiento. La comunicación de sus investigaciones a la comunidad médica no encontró eco, pero en 1798 publicó la memoria, hoy clásica, *Variolae vaccinae*, de la que deriva el término de vacuna, que adquirió luego un sentido genérico.<sup>15</sup> La introducción formal de la vacuna en Nueva España se remonta a 1804.<sup>16</sup> A partir de entonces, la vacunación fue siempre parte de los programas de consejos y juntas de salubridad en la capital del país o en los estados, si bien no fue hasta el porfirato que hubo campañas sanitarias contra la viruela.

En este capítulo, presento algunos datos sobre la extensión del padecimiento en el México porfiriano, así como sobre la manera en que la oposición asoció a la enfermedad con la situación política. Enumero los organismos e instituciones encargados de la vacunación antivariolosa en el Distrito Federal y en los estados. Describo los mecanismos por medio de los cuales se logró vacunar a los pobladores, por voluntad o por fuerza. Analizo el debate que se dio entre los médicos porfirianos que defendían la vacuna humanizada y los que defendían la vacuna animal. Señalo, finalmente, los alcances y límites de la campaña antivariolosa en el periodo.

### **La extensión del padecimiento en el porfirato**

De acuerdo con Domingo Orvañanos, a finales del siglo XIX la viruela era endémica en todos los estados, y hubo en esa época numerosas y graves epidemias;<sup>17</sup> la de 1889 afectó a todo el país, se prolongó durante más de un año, y causó cerca de 40,000 muertes.<sup>18</sup> Hacía su aparición generalmente en invierno. Podía durar tres o cuatro meses, como la viruela negra de 1882, en varios estados, de la que hubo noticias desde febrero,<sup>19</sup> y no declinó sino en junio de ese año.<sup>20</sup>

---

<sup>13</sup> Citado por BABINI, 1985.

<sup>14</sup> El término "virus" está empleado aquí con el sentido que tenía en la época, es decir, de "virulento" o venenoso.

<sup>15</sup> NORIEGA, 1909. En 1896, para celebrar el centenario del descubrimiento de Jenner, el Consejo Superior de Salubridad dedicó un número especial de su *Boletín* a la viruela. Realizó también un festival, con trabajos de Liceaga, Juan José Ramírez de Arellano y Fernando Malanco.

<sup>16</sup> OROPEZA, 1921-1922. COOPER, 1980. FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, 1985. VIESCA TREVIÑO, 2001.

<sup>17</sup> ORVAÑANOS, 1889.

<sup>18</sup> EROSA BARBACHANO, 1982.

<sup>19</sup> *La Unión Yucateca. Periódico del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 22 de febrero y 1, 6, 13 y 31 de marzo de 1882: p. 4, 3, 4, 3 y 3.

<sup>20</sup> *La Unión Yucateca. Periódico del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 14 de junio de 1882, p. 1.



La enfermedad comenzaba de manera repentina, con fiebre, malestar general, dolor de cabeza, dorsalgia intensa, postración y, a veces, dolor abdominal. Después de un lapso de tres o cuatro días, la temperatura bajaba y aparecía una erupción, que pasaba por fases: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras; éstas se desprendían al final de la tercera o cuarta semana; generalmente la fiebre aumentaba después que la erupción evolucionaba a la fase pustulosa. Las lesiones aparecían en la cara y, más tarde, en extremidades y en tronco.<sup>21</sup>

Había dos variedades clínico-epidemiológicas de viruela: la *variola minor* (alastrim) y la *variola major* (viruela clásica). En la *variola major*, moría entre 15 y 40% de las personas no vacunadas; la muerte sobrevenia al tercer o cuarto día, pero con mayor frecuencia durante la segunda semana. Un porcentaje menor sufría enfermedad fulminante, que se caracterizaba por pródromo intenso, postración y hemorragias cutáneas y de las mucosas, el útero y las vías genitales, especialmente en las mujeres embarazadas; en estos casos sobrevenia la muerte rápidamente.<sup>22</sup>

El mal se transmitía por contacto íntimo con secreciones de las vías respiratorias y, en menor medida, por lesiones cutáneas de los pacientes. Especialmente riesgosos eran los contactos en el hogar, las escuelas y los hospitales; la epidemia de 1880 en Veracruz se extendió también en éstos. Debido a las epidemias de viruela y con la finalidad de evitar el contagio, las autoridades políticas o religiosas llegaban a cancelar fiestas populares.<sup>23</sup>

De los numerosos reportes sobre epidemias de viruela en el periodo, he seleccionado algunos que me parecen significativos. Durante el primer semestre de 1880, la viruela ocupó el primer lugar como causa de muerte en Querétaro, seguida de la pulmonía, el sarampión y la disentería.<sup>24</sup> También en el año 80, la viruela fue la enfermedad más frecuente en el estado de Puebla, seguida de la pulmonía, la alferecía y la fiebre.<sup>25</sup> En 1892 murieron 3,416 personas a causa de la viruela en

---

<sup>21</sup> La gente llamaba “cacarizos” a quienes las tenían.

<sup>22</sup> SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, 1972.

<sup>23</sup> Véase el caso de la suspensión de la Feria de la Paz, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, a causa de una epidemia de viruela en esa capital. *Periódico Oficial del Estado de Chiapas*, San Cristóbal de las Casas, 24 de abril de 1886, p. 1. También, la decisión de la Junta Superior de Sanidad del gobierno de Yucatán de prohibir una fiesta en Mérida, a causa de otra epidemia de viruela. *Periódico del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 18 de diciembre de 1900, p. 1.

<sup>24</sup> *La Sombra de Arteaga. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro*, Querétaro, 19 de abril de 1880, p. 143.

<sup>25</sup> “Cuadro estadístico” *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, Puebla, 8 de mayo de 1881, s/np. En el informe del gobernador de ese año, lo relativo a salubridad pública se limitó a la vacuna, que estaba a cargo de la Secretaría de Justicia. “Discurso del gobernador el 15 de abril en la inauguración del periodo de sesiones de la Legislatura”, *Periódico Oficial del Estado de Puebla*, Puebla, 17 de abril de 1880, p. 1-3.

Zacatecas;<sup>26</sup> y en Morelia, 4,354 ese año, 3,761 en 1893, 627 en 1894 y 135 en 1895.<sup>27</sup> En Guanajuato, en los cuatro trimestres anteriores a marzo de 1909, hubo 1,828 muertes por viruela.<sup>28</sup>

Las pérdidas económicas y en vidas humanas ocasionadas por los enfermos y muertos, fueron estímulos para combatir a las epidemias de viruela. Lo mismo puede decirse de las cuarentenas que los países se imponían unos a otros a causa de aquéllas. Algunas de las medidas que otros países, principalmente Estados Unidos, tomaban para protegerse, eran arbitrarias. Por ejemplo, a quienes en 1899 enfermaron de viruela en Presidio, Texas, los transportaron a Ojinaga, Chihuahua, sin autorización de las autoridades de este estado.<sup>29</sup> Ese mismo año, otros enfermos de viruela llegaron a México huyendo de las medidas sanitarias tomadas en Laredo, Texas. Durante toda la epidemia, el agente sanitario de esa ciudad empleó la estufa mexicana para desinfectar los equipajes que pasaban de Texas a Laredo, Tamaulipas, lo mismo que 150 tiendas de campaña que habían servido de “hospitales” para los enfermos de viruela en Estados Unidos.<sup>30</sup>

En 1890, algunos casos de viruela en puntos de la frontera mexicana con Texas determinaron a ese estado a tomar medidas perjudiciales para el comercio con México. Se esperaba que la participación de este país en las reuniones de la Asociación Americana de Salubridad Pública pudiera evitar esos problemas.<sup>31</sup> Sin embargo, cuando a causa de una epidemia en Torreón en 1904, las autoridades de Estados Unidos prohibieron el comercio y la comunicación con México, Eduardo Liceaga lo justificó: “[La] salvación de una sola vida vale todas estas medidas.”<sup>32</sup>

También las autoridades mexicanas ponían restricciones al comercio en caso de epidemias. Para evitar la importación de la viruela negra de 1882 en Estados Unidos, el Consejo Superior de Salubridad sugirió pedir a los cónsules de México en aquel país el envío a su gobierno de noticias constantes sobre el desarrollo del mal. Decidió, igualmente, averiguar a la llegada de cualquier buque procedente de Estados Unidos, si éste trasladaba enfermos de viruela “prieta”, y, en caso afirmativo, ponerlos en aislamiento riguroso, y al buque en cuarentena durante ocho días, además de proceder a la desinfección del mismo.<sup>33</sup>

---

<sup>26</sup> *El Defensor de la Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas*, Zacatecas, 1 de abril de 1893, p. 2

<sup>27</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 28 de junio de 1896, p. 5

<sup>28</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato*, Guanajuato, 4 de marzo de 1909, p. 244.

<sup>29</sup> “Reportes de viruela en los estados de Tabasco, Coahuila, Tamaulipas y Chihuahua”, AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 3, exp. 7, 53 f., 1899.

<sup>30</sup> *Ibidem*.

<sup>31</sup> DÍAZ, 1890.

<sup>32</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 219-220 v, 1904.

<sup>33</sup> Citado por ALVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, 1960, vol. I.

El 26 de agosto de 1887, el gobierno de México expidió una circular que ponía ciertas restricciones a la entrada a puertos mexicanos, de buques procedentes de puertos atacados por la viruela.<sup>34</sup> En 1909, ante una epidemia de la enfermedad en Guatemala en zonas cercanas a México, y con fundamento en artículo 33 del Código Sanitario, el gobierno de este país prohibió la entrada a su territorio de individuos enfermos de viruela, y ordenó la inspección médica de los pasajeros y el aislamiento de los posibles sospechosos. Autorizó al Consejo para enviar a la zona fronteriza a un médico que organizara el servicio de la vacuna, y pidió a la Secretaría de Guerra que las fuerzas que guarnecían a la frontera fueran puestas al servicio de las autoridades sanitarias federales o de Chiapas, cuando se les requiriese.<sup>35</sup>

### **Organismos encargados de la vacunación**

Durante más de cien años, en la ciudad de México la vacuna estuvo en manos de cinco personas: Miguel Muñoz, que la recibió de Balmis en 1804, y la mantuvo hasta 1842; Luis Muñoz, su hijo, que se encargó de ella desde entonces hasta 1872; Fernando Malanco que la tuvo de 1872 a 1898; Joaquín Huici, que la conservó de ese año a 1903; y Francisco de P. Bernáldez, que cuidó su conservación entre 1903 y el fin del periodo.<sup>36</sup>

Hasta 1872, el Servicio de Vacuna dependió del Ayuntamiento de la capital. Ese año pasó a depender del Consejo Superior de Salubridad; sin embargo, el Ayuntamiento continuó erogando los gastos para el sostenimiento del servicio. Se le denominó entonces Inspección General de la Vacuna.<sup>37</sup>

En los dos años y medio en que el Consejo Superior de Salubridad estuvo bajo la dependencia de la Dirección General de la Beneficencia Pública,<sup>38</sup> el servicio de la vacunación dependió de aquélla. Pero cuando en 1879 el Consejo –presidido entonces por Agustín Reyes– dejó de depender de la Beneficencia y pasó a hacerlo directamente de la Secretaría de Gobernación, se decidió que el organismo sanitario se encargaría nuevamente y en exclusiva del ramo de la vacuna.<sup>39</sup>

De acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento provisional para la organización de la Policía, las funciones que anteriormente tenía la Inspección de la Vacuna fueron asumidas por

---

<sup>34</sup> DÍAZ, 1887.

<sup>35</sup> 16 de febrero de 1909. Reproducido en DUBLÁN Y LOZANO, 1910: 168.

<sup>36</sup> LICEAGA, 1949.

<sup>37</sup> En ese momento, el señor José María Oropeza, al que se debe la importante memoria inédita sobre la vacunación aquí ampliamente utilizada, fue nombrado conservador.

<sup>38</sup> Véase el capítulo “Búsqueda de una organización nacional de salud: el Consejo Superior de Salubridad”.

<sup>39</sup> La Dirección de Beneficencia entregó entonces al Consejo la existencia del pus vacuno (18 tubos). AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 3, exp. 1, 9 f., 1879.

médicos adscritos a demarcaciones, auxiliados por el conservador de la vacuna, y bajo la inspección inmediata del Consejo Superior de Salubridad, y especialmente de un vocal comisionado al efecto. Cuando el doctor Ildefonso Velasco estuvo al frente del Consejo, reorganizó al organismo y modificó el Departamento de Vacuna, transformándolo de una Inspección General de Vacuna en una Oficina Conservadora bajo la dependencia de uno de los vocales.<sup>40</sup> Además de la aplicación de la vacuna, el Consejo se ocupaba de llevar un registro detallado de la misma.<sup>41</sup>

Originalmente, el Estado no deseaba que se descentralizara la conservación de la vacuna; quería evitar, incluso, la venta de tubos de pus vacuno a particulares. Después, promovió la descentralización;<sup>42</sup> pero en 1898, de los 27 estados de la república, sólo cuatro tenían oficinas conservadoras de la vacuna en la capital y algunas de sus municipalidades o distritos, doce las tenían únicamente en la capital, y el resto carecía de elementos para prevenir el padecimiento. A eso se atribuía el que hubiera muchos lisiados o personas con marcas indelebles.<sup>43</sup>

Hubo estados en que los conservadores de la vacuna duraron también muchos años en el puesto. En Guanajuato, Vicente Manrique lo ocupó de 1837 –año en que la vacuna fue llevada ahí desde Austria– a 1895, y Luis Ojeda –quien se encargó de impartir la vacuna desde ese año hasta finales del porfiriato–. En San Luis Potosí, Gustavo López Hermosa fue conservador de 1885 a 1910, al menos.<sup>44</sup>

En algunas entidades, había organismos encargados exclusivamente de la vacunación: la Oficina Central de Vacuna contra la Viruela en Chihuahua,<sup>45</sup> la Inspección General de Vacuna en Hidalgo, las Oficinas de Vacuna en Puebla, la Oficina Conservadora y Propagadora de la Linfa Vacunal en Tamaulipas, la Oficina de Vacunación en Torreón y la Dirección General de Vacuna en Yucatán.

En otros lugares, se responsabilizaba de ella la burocracia sanitaria: sucesivamente, la Junta Superior de Salubridad y el Consejo de Salubridad en Aguascalientes,<sup>46</sup> la Oficina Inspectora de Salubridad en la capital de Coahuila, la Junta de Sanidad en Durango, la Dirección General de Salubridad Pública en México y el Consejo de Salubridad en Nuevo León.

---

<sup>40</sup> AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 3, exp. 4, 16 f., 1879.

<sup>41</sup> VARGAS OLVERA, 1993b.

<sup>42</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 24 de marzo de 1891, p. 3.

<sup>43</sup> Huici citado en OROPEZA, 1921-1922: 66.

<sup>44</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>45</sup> Cuyas autoridades reportaban que “desde tiempo inmemorial” (1843) [sic], el Ayuntamiento de la capital se había preocupado por la vacuna, y había nombrado empleados especiales para su propagación. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910: 441-442.

<sup>46</sup> LÓPEZ, 1905.

A veces, el Estado encargaba la tarea a un responsable: el administrador del ramo de la vacuna en Colima; el director del Hospital Civil primero, y el inspector sanitario después, en la capital de Tepic; un empleado especial en Tuxtla Gutiérrez. Los médicos cantonales o facultativos enviados con ese fin a alguna población, en Veracruz.

En otros casos, la correcta conservación y aplicación de la linfa vacunal estaba en manos de autoridades políticas: los jefes y directores políticos en Jalisco; y los ayuntamientos en Guerrero, Oaxaca, Sinaloa y Querétaro, si bien en este último estado trabajaban bajo las instrucciones del Consejo de Salubridad.

En ocasiones, en un mismo estado diferentes instituciones o personas se encargaban de la vacunación. En la capital de Coahuila, desde 1899 la vacuna estuvo a cargo de la Oficina Inspectorada de Salubridad antes mencionada, mientras que en los distritos de Parras y Viesca estaba a cargo de empleados nombrados especialmente, y en el resto de municipios, a cargo de los Ayuntamientos. En la ciudad de Puebla, las Oficinas de Vacuna estaban abiertas todos los días; mientras que en los distritos, médicos expertos vacunaban una vez a la semana en las cabeceras, y en dos épocas del año en los municipios.<sup>47</sup>

En ciertas poblaciones del territorio de Tepic, durante las epidemias el Ayuntamiento contrataba a un práctico que vacunaba en pueblos y ranchos donde no había médicos; más tarde se contó con médicos adscritos a los juzgados, a las prefecturas y a las subprefecturas políticas. En Sinaloa, los ayuntamientos llegaban a entregar la administración de la vacuna a los facultativos o prácticos que en defecto de aquéllos pudieran servir para administrarla y propagarla a domicilio; en las escuelas, la administraban los directores o maestros, previamente instruidos por un facultativo o práctico. También en el estado de México, los profesores de instrucción primaria impartían la inoculación antivariolosa, si bien la recolección y conservación de la vacuna quedaba a cargo exclusivo de los delegados de la Dirección de Salubridad.<sup>48</sup>

Como en los casos de Sinaloa y Tepic arriba citados, en otras poblaciones en que no había facultativos, el Estado contrataba a agentes inoculadores no médicos. Tal sucedió en 1890 en el distrito de Molongo, Hidalgo, donde la viruela había causado la muerte de cincuenta personas, y en Tianguistengo, en el mismo estado,<sup>49</sup> así como en diferentes poblaciones de Puebla.<sup>50</sup> A principios

---

<sup>47</sup> ESCOBAR, 1907. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>48</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 134-139. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>49</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 6 de febrero y 6 de marzo de 1890, p. 41-42 y 74.

<sup>50</sup> MEMORIA INSTRUCTIVA Y DOCUMENTADA, 1899c.

de siglo, en Hidalgo fueron empleadas mujeres en la propagación de la vacuna.<sup>51</sup> Hubo casos en que los particulares, y no el Estado, se hacían cargo de la vacuna, como el médico Francisco Delgado, quien ministraba la vacuna gratuitamente de su peculio en Fresnillo, Zacs., dos días a la semana.<sup>52</sup>

En varios estados, el servicio de vacunación se practicaba sólo en las principales ciudades: en Sinaloa, se hacía en Culiacán, Mazatlán, el Rosario, Concordia, San Ignacio, Mocorito, Badiraguato y el Fuerte. Otras entidades, como Chihuahua y Tamaulipas, aseguraban que la linfa se enviaba a todas las municipalidades. También se aplicaba la vacuna en Aguascalientes, Baja California Norte, Campeche, Coahuila, Guanajuato, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí y Zacatecas.<sup>53</sup> Pero todavía en 1905, de acuerdo con algunos reportes, la vacuna antivariolosa no se practicaba oficialmente en Bacalar por no haber delegado sanitario, ni en Las Guásimas por falta de linfa; tampoco, en Bahía de Ascensión, Churubusco, Santa Cruz de Bravo o Xcalack. Se practicaba de manera deficiente en Oaxaca, San Cristóbal de las Casas, San Juan Teotihuacan y Bacum.<sup>54</sup>

Se procuró en todos lados llevar el registro de vacunados, enfermos y muertos, lo que no había sucedido antes del porfiriato. Los informes de vacunas distinguían los niños de pecho de los mayores de un año y, en cada caso, los hombres de las mujeres. Solía haber siempre más vacunados entre los menores de un año.<sup>55</sup> De 1877 a 1910 fueron vacunadas en la capital del país 717,289 personas, y en las municipalidades, en el mismo lapso, otras 123,578.<sup>56</sup> Entre 1893 y 1907, se habría inmunizado en Yucatán a unas 256,351 personas, con una proporción mucho más alta que en el resto de México.<sup>57</sup> En San Luis Potosí, las autoridades reportaron en 1910 haber vacunado en 25 años a más de 70,000 pobladores.<sup>58</sup> El delegado sanitario de Tepic aseguró en 1913, haber vacunado en menos de veinte años a 23,293 personas en la ciudad de Tepic, y a 15,000 en otras poblaciones del territorio, además de que algunos pobladores habían recibido el fluido protector de directores de escuelas nacionales, y vacunadores de municipios, lo que daba un total de 50,000 personas vacunadas.<sup>59</sup>

---

<sup>51</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 12 de febrero de 1903 y 12 de abril de 1904, p. 1 y 2.

<sup>52</sup> *El Defensor de la Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas*, Zacatecas, 5 de agosto de 1880, p. 3.

<sup>53</sup> ESCOBAR, 1907.

<sup>54</sup> *Ibidem*.

<sup>55</sup> Véase, por ejemplo, AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 3, exp. 3, 14 f., 1879.

<sup>56</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>57</sup> En el país, el promedio de vacunados fue en ese lapso de 36%; en Yucatán, de 78%. GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>58</sup> *Ibidem*.

<sup>59</sup> Fénelon citado en OROPEZA, 1921-1922: 129-135.

En el distrito de Tehuacán, Puebla, fueron vacunados de 1900 a 1909, 13,149 individuos; en ese estado, los datos referentes a la mortalidad por viruela y a la vacunación se publicaban en el *Boletín de Estadística*.<sup>60</sup> En 1886, en Michoacán, hubo 1,038 vacunados, y sólo en febrero de 1891 se aplicó esta medida preventiva a 753 habitantes de Morelia.<sup>61</sup> Las autoridades de Guanajuato reportaron haber vacunado 38,336 personas únicamente en 1908.<sup>62</sup> El mismo año de su creación, la Inspección General de Vacuna de Hidalgo informó haber vacunado a 22,599 individuos;<sup>63</sup> en 1894, a 27,101;<sup>64</sup> y en 1895, a 28,402,<sup>65</sup> independientemente de los vacunados por otros médicos en todo el estado. Durante una epidemia, en Torreón la burocracia sanitaria vacunó a 5,234 personas en sólo un mes.<sup>66</sup> En Aguascalientes, en 1905 fueron vacunados 1,033 niños, y 1,344 en 1906.<sup>67</sup>

### **Por voluntad...**

El Estado mexicano trató de persuadir a los ciudadanos de acceder a la campaña antivariolosa. Uno de los mecanismos que empleó fue impartir la vacuna gratuitamente a quienes no tenían medios para pagarla; tal fue el caso de Nuevo León, donde a quienes podían pagarla se les vendía a 25 centavos;<sup>68</sup> de Zacatecas;<sup>69</sup> de Puebla, donde se advirtió a los vacunadores que no pidieran retribución o serían destituidos;<sup>70</sup> o de Tepic, donde el responsable de la vacunación exhortaba a los padres: “Ya que el Ilustre Ayuntamiento de esta capital se ha ocupado de vacunar gratis, padres de familia, ¡llevad a vacunar a vuestros hijos!”.<sup>71</sup> En la ciudad de México, las madres de niños vacunados que los presentaban cuando tenían buenos granos vacunos recibían una gratificación.<sup>72</sup>

---

<sup>60</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>61</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 12 de abril de 1891, p. 3.

<sup>62</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>63</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 8 de abril de 1893, p. 1.

<sup>64</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 16 de enero de 1895, p. 2.

<sup>65</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 12 de enero de 1896, p. 2.

<sup>66</sup> OROPEZA, 1921-1922. De acuerdo con GONZÁLEZ NAVARRO (1970), las epidemias de viruela de 1895 y 1904 en Torreón, pusieron a esta población en peligro de desaparecer.

<sup>67</sup> LÓPEZ, 1907.

<sup>68</sup> Véase, por ejemplo, *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Nuevo León*, Monterrey, 2 de enero de 1906, p. 1.

<sup>69</sup> *Diario Oficial del Gobierno del Estado Zacatecano*, Zacatecas, 17 de enero de 1877, p. 2.

<sup>70</sup> FUENTE DE LA, 1910a.

<sup>71</sup> *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 10 de abril de 1879, pp. 3-4.

<sup>72</sup> OROPEZA, 1921-1922.

Las autoridades sanitarias establecieron la vacuna ambulante,<sup>73</sup> y aprovecharon los días de mercado y de pago de jornales, así como las fiestas públicas, para conseguir que el mayor número de personas se vacunara.<sup>74</sup> Otra táctica fue la utilización de escuelas, hospitales y parroquias como centros de vacunación, con lo que se pretendía vencer la resistencia de las madres a vacunar a sus hijos en las estaciones de policía: en la capital, desde 1872 el Consejo de Salubridad ministró la vacuna en las parroquias.<sup>75</sup> Emplearon también la propaganda activa en la prensa,<sup>76</sup> y organizaron conferencias públicas para divulgar los beneficios de la vacuna.<sup>77</sup>

Desde la promulgación, a inicios del porfiriato, de un nuevo Reglamento de Vacuna, quedó estipulado que, además del conservador de la vacuna que se encontraba en la Oficina Central, situada en el edificio del mismo Consejo (en la capilla anexa al Hospital de San Andrés), habría médicos inspectores en los ocho cuarteles de la ciudad. Las autoridades sanitarias creían que tener inspectores de la vacuna en todas las demarcaciones permitiría que la “gente pobre” tuviera mayor acceso a este profiláctico, porque la Oficina Central estaba distante de sus hogares. Igualmente en los distritos foráneos fueron nombrados médicos para tal efecto.<sup>78</sup> Y como muchas personas de “las clases acomodadas” se negaban a presentarse en los centros de vacunación, los vacunadores los visitaban en sus casas.<sup>79</sup>

En los estados, hubo esfuerzos similares para evitar el rechazo de la población a los centros de vacuna. En Aguascalientes, en 1910 el Servicio de la vacuna estaba instalado en oficinas de policía, pero también en casas anexas a escuelas,<sup>80</sup> y en la capital de Yucatán, la Dirección General de Vacuna administraba el preservativo todos los días tanto en las comisarías de la policía como en los suburbios.<sup>81</sup> En Nuevo León se vacunaba en el Hospital González.<sup>82</sup>

---

<sup>73</sup> Véanse los bandos de 9 de agosto y 18 de diciembre de 1871 en el Distrito Federal. AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 2, exp. 11, 153 f., 1876-1878. Sobre la inspección ambulante en Puebla habla FUENTE DE LA, 1910a.

<sup>74</sup> En sus *Memorias*, GONZÁLEZ URUEÑA (1947) relata que su tarea fundamental como médico inspector sanitario del CSS era practicar la vacunación, y que aprovechando las fiestas de diciembre en la Villa de Guadalupe vacunaba a cientos de personas, niños en su mayoría. Véase también, *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas*, Ciudad Victoria, 1 de octubre de 1907, p. 2.

<sup>75</sup> OROPEZA, 1921-1922.

<sup>76</sup> En 1847, ya aparecían avisos de la aplicación de la vacuna en casas consistoriales en ciertos días del mes. Véase *Diario del Gobierno de la República Mexicana*, México D.F., 16 de mayo de 1847, p. 4.

<sup>77</sup> Por ejemplo, las que dictaba el médico José León Martínez en los centros de vacunación de las inspecciones de policía. AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 10, exp. 25, 48 f., 1911-1912.

<sup>78</sup> “REGLAMENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN...”, 1879.

<sup>79</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>80</sup> *El Republicano. Periódico Oficial del Gobierno del Estado*, Aguascalientes, 13 de noviembre de 1910, p. 5.

<sup>81</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>82</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Nuevo León*, Monterrey, 2 de enero de 1906, p. 1.



Un solo caso de la enfermedad era motivo para alertar a la población y conminarla a vacunar a sus hijos.<sup>83</sup> Si aumentaban los casos, aumentaba también el número de horas en que se administraba la vacuna. Tal fue el caso de Morelia en 1886,<sup>84</sup> o de la capital del país en 1889, en que hubo diez vacunadores extraordinarios.<sup>85</sup> Para evitar el desarrollo de la viruela se crearon organismos sanitarios y de ayuda a los desvalidos, como la Junta de Sanidad de Teloloapan, Guerrero<sup>86</sup> o la Junta de Caridad de Torreón.<sup>87</sup>

### ... o por fuerza

A finales del XVIII y principios del XIX había, en general, buena disposición para aceptar medidas de carácter colectivo por el resultado obtenido con la cuarentena, que había evitado el paso de la peste bubónica a algunas poblaciones, de modo que muchos aceptaron la variolación y la vacunación. Sin embargo, ya desde la época de Jenner y en la propia Inglaterra, se habían formado sociedades antivacunistas. En el siguiente siglo, Herbert Spencer citó en su artículo "Vaccination", un documento parlamentario de 1880, que mostraba que comparando los quinquenios 1847-1851 y 1874-1878, se observaba en el último una disminución en las defunciones de niños de menos de un año, causadas por todos los motivos, de 6,600 por cada millón de nacimientos anuales; mientras que la mortalidad causada por ocho enfermedades, ya directamente comunicadas o exacerbadas por los efectos de la vacuna, había aumentado de 20,524 a 41,353 por cada millón de nacimientos al año (más del doble). Era claro –decía– que eran más los que habían muerto por estas enfermedades que los que se habían salvado de la viruela.<sup>88</sup> Se atribuía a la vacuna el aumento de cáncer y tuberculosis; algunos consideraban que era una manera de provocar la enfermedad artificialmente,<sup>89</sup> y otros veían en la introducción obligatoria de un cuerpo extraño en las personas, un atentado a la libertad individual.<sup>90</sup>

En México, un siglo después de la introducción de la vacuna antivariolosa aún había oposición a ella, de lo cual hay numerosos testimonios. Ya el cirujano Miguel Muñoz había dicho en 1840, que la vacuna era poco conocida o usada en México, y que el establecimiento que estaba a su

---

<sup>83</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Nuevo León*, Monterrey, 17 de octubre de 1905, p. 1.

<sup>84</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 24 de octubre de 1886, p. 3.

<sup>85</sup> DÍAZ, 1889.

<sup>86</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero*, Chilpancingo, 1 de marzo de 1899, p. 9.

<sup>87</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 213 v, 1904.

<sup>88</sup> Spencer citado por ARAGÓN, 1902.

<sup>89</sup> OFFICIAL REPORT OF THE PROCEEDINGS, 1898.

<sup>90</sup> BABINI, 1985.

cuidado no se había podido formalizar; dejaba ver el poco apoyo que había recibido del poder político.<sup>91</sup>

Malanco y Oropeza, como médico inspector de la vacuna y celador de la misma, respectivamente, dedicaban los días feriados a ir al campo, donde tenían que luchar –en sus palabras– “con todas las dificultades que [acarreaba] la ignorancia y la incultura”.<sup>92</sup> Las autoridades de Tepic aseguraron que la epidemia de 1893 se había cebado especialmente entre los niños de la clase más humilde del pueblo que “como en todas partes siente una extraña pero invencible repugnancia por la vacunación”.<sup>93</sup>

El 7 de enero de 1897, fueron dictadas unas disposiciones para combatir la viruela en Puebla, y cuatro destacados facultativos recibieron el nombramiento de médicos vacunadores, bajo la dirección del jefe de la vacuna, J. de Jesús Díaz González. Una semana después, otros tres médicos fueron contratados como vacunadores, pero antes de transcurrido un mes, se clausuraron las oficinas de la vacuna por no ocurrir los niños a vacunarse, y esos médicos recién nombrados fueron cesados.<sup>94</sup>

El gobierno de Tamaulipas lamentó en 1907 las defunciones ocurridas principalmente en “gentes de edad resistentes a dejarse vacunar”.<sup>95</sup> Por su parte, el gobernador de Guerrero, Manuel Guillén, se quejó ese mismo año de la oposición de la población a la vacunación en todo tiempo: “[...] tienen la creencia de que lejos de ser benéfica, les es nociva”.<sup>96</sup> Como en Tepic, en Oaxaca se empleaba la palabra repugnancia para designar la actitud de los indígenas hacia la vacunación; de acuerdo con fuentes contemporáneas, a principios de siglo quedaban sin vacunar al menos tres de cada siete niños que nacían en ese estado.<sup>97</sup>

Por eso, cuando el convencimiento no dio resultado, la burocracia sanitaria defendió su derecho de vacunar por la fuerza a quienes “por falta de cultura” no ocurrían voluntariamente a solicitar el preservativo.<sup>98</sup> En opinión de Manuel Septién y Llata, como el entendimiento no

---

<sup>91</sup> Citado en OROPEZA, 1921-1922.

<sup>92</sup> *Ibid.*: 59.

<sup>93</sup> *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 5 de febrero de 1893, p. 4. Sobre la vacunación, que en la época de Balmaceda se hizo obligatoria en Chile, dice una autora: “Como mandados por Herodes, visitarían los funcionarios, su vacuna bajo el brazo, los hogares de los recién nacidos”. ILLANES, 1993: 79. Asegura que las madres los escondían.

<sup>94</sup> FUENTE DE I.A., 1910a.

<sup>95</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas*, Ciudad Victoria, 4 de abril de 1907, p. 2.

<sup>96</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero*, Chilpancingo, 2 de marzo de 1907, p. 2.

<sup>97</sup> GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA, 1993.

<sup>98</sup> LICEAGA, 1911c: 6.

caracterizaba a las clases bajas (y en el asunto de la vacunación, desgraciadamente, tampoco a las altas), era necesario hacer respetar la medida por medio del temor al castigo.<sup>99</sup>

Para finales del periodo la vacuna era obligatoria en muchas entidades de la república, las cuales cito a continuación, aclarando entre paréntesis los códigos, leyes o reglamentos que así lo estipulaban, cuando dispongo de dicha información. En la capital (artículos 16 y 17 del Código Sanitario y Reglamento para la administración de la vacuna), Baja California (mismos del Distrito Federal), Chiapas (Reglamento de Instrucción sobre la Administración de Vacunas), Chihuahua (artículo 254 del Código Sanitario), Coahuila (Reglamento de Vacuna), Durango (artículo 33 del Bando General de Policía y Reglamento de la Junta de Sanidad de Durango), Estado de México (Reglamento de la Vacunación Obligatoria), Hidalgo (prescripciones de una ley sobre la materia), Jalisco (Reglamento de Vacuna y artículo 227 del Código Sanitario), Morelia (Reglamento para hacer cumplir la vacuna obligatoria), Morelos, Nuevo León (Ley sobre propagación y conservación de la vacuna y capítulo VIII de las disposiciones sanitarias), Oaxaca, Puebla (varios acuerdos municipales, una Ley, Reglamentos de la vacuna y una Circular del Ministerio de Fomento), Querétaro, Sinaloa (Decreto 129, expedido por la Legislatura y sancionado por el Ejecutivo), Sonora (artículo 83 del Bando de Policía de Hermosillo), Tabasco (Código Sanitario), Tamaulipas (Código Sanitario de la capital de la república), Tepic (mismos del Distrito Federal), Veracruz (Ley para la administración de la vacuna y Código Sanitario del estado), Yucatán (artículos 119 y 120 del Código Sanitario), Zacatecas (capítulo V del Reglamento de Policía).<sup>100</sup> Huici elaboró la última reglamentación de la vacuna sancionada por las Cámaras de la Unión durante el porfiriato (1899), la cual estaba vigente años después de terminada la revolución.<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> Sostenía también que la viruela debía haber ya desaparecido de todas las naciones civilizadas. SEPTIÉN Y LLATA, 1898. Este trabajo fue ampliamente discutido por los asistentes a la Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública, en la que lo presentó.

<sup>100</sup> *Periódico Oficial del Estado de Chiapas*, San Cristóbal de las Casas, 9 de agosto de 1889, pp. 1-2. *El Coahuilense*. *Periódico Oficial del Estado de Coahuila*, Saltillo, 2 de junio de 1909, p. 1. *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 8 de abril de 1893, p. 1. "Reglamento para la administración de la vacuna". *El Estado de Jalisco*, Guadalajara, 31 de enero de 1902, p. 117. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, 11 de junio de 1896, p. 2. GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA, 1993. MEMORIA INSTRUCTIVA Y DOCUMENTADA, 1899b. MEMORIA INSTRUCTIVA Y DOCUMENTADA, 1899c. FUENTE DE LA, 1910a. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910. *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 21 de mayo de 1899, p. 2. "Memoria del Ayuntamiento Constitucional de Tepic", *Periódico Oficial. Órgano del Gobierno del Territorio de Tepic*, Tepic, 9 de enero de 1901, p. 3. "Circular del gobierno del estado informando de la Ley para la administración de la vacuna", AHMV, *Ayuntamiento*, caja 361, vol. 487, 29 f., 1902.

<sup>101</sup> El artículo 278° de la misma decía: "La vacuna es obligatoria. Todos los niños deberán ser vacunados dentro de los cuatro primeros meses de su existencia". Se aclaraba ahí que el Consejo recomendaba la revacunación. OROPEZA, 1921-1922.

En otros estados, era durante las epidemias que se dictaban “disposiciones terminantes para la propagación de la vacuna”.<sup>102</sup> Los niños debían ser vacunados: en Puebla, en los primeros seis meses de su existencia; en la capital, Durango, Jalisco, Sonora, Tamaulipas y Veracruz, en los cuatro primeros meses; en Nuevo León y Coahuila, en los tres primeros meses; en Chihuahua, Sinaloa y Zacatecas, en los primeros dos meses. En caso de epidemias, algunas entidades exigían la vacunación de los recién nacidos. La obligatoriedad de la ley recaía sobre los padres de familia, tutores o encargados de los niños.

En Veracruz, los médicos, parteras y prácticos debían informar a la madre la obligación que tenía de llevar a su hijo a vacunar antes de que cumpliera cuatro meses de nacido. A su vez, ellos estaban obligados a informar a las autoridades políticas todo nacimiento de un niño (incluyendo la dirección en que vivía), al día siguiente de que éste tuviese lugar, lo mismo que sobre su eventual muerte, si ésta ocurría en los primeros cuatro meses de vida.<sup>103</sup>

Para que la ley se cumpliera, se emplearon numerosas estrategias: vacunación y revacunación obligatoria, secuestro y aislamiento de enfermos, desinfección de utensilios, ropa y habitaciones de enfermos, e inhumación inmediata de cadáveres de “variolosos”<sup>104</sup> en departamentos especiales, clausurados al término de la epidemia.<sup>105</sup>

Por lo que toca a la vacunación forzosa, en el Distrito Federal desde la época en que el doctor Velasco estuvo al frente del Consejo de Salubridad, se nombraron agentes de propaganda que buscaban a los niños que no tenían huellas de haber sido vacunados, y los llevaban a los centros de vacuna, no sin resistencia de aquéllos. La principal ventaja de vacunar en las comisarias y no en las parroquias, era que en éstas no había personas encargadas de la vigilancia del local, por lo que muchas veces los agentes trabajaban sin fruto, pues cuando salían a buscar nuevos niños a la calle, los primeros a los que habían conducido se escapaban.

A finales del XIX, había 25 centros de vacuna, cada uno de los cuales contaba con agentes, que buscaban a niños y adultos no vacunados en calles, plazas y sitios concurridos. Dichos agentes podían extender sus pesquisas al interior de las casas, y pedir en caso necesario el auxilio de la policía, la que estaba obligada a apoyarlos.<sup>106</sup>

---

<sup>102</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 3 de junio de 1898, p. 1.

<sup>103</sup> “Circulares sobre vacuna de 27 de abril y de 12 de junio de 1902”. AHMV, *Ayuntamiento*, caja 361, vol. 487, 29 f., 1902.

<sup>104</sup> En el capítulo, llegan a aparecer los términos “variolosos” o “apestado”, porque eran los empleados en la época y no tienen aquí ninguna connotación peyorativa.

<sup>105</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>106</sup> OROPEZA, 1921-1922.

En 1889, el jefe político del puerto de Veracruz recibió una carta del gobernador del estado, en que éste le recordó: “Usted ya sabe el empeño que tengo en que la vacunación sea general en todo el estado”, y le pidió que recurriera a los alcaldes municipales para que, en casos de resistencia a recibir la vacuna, se aplicara a los responsables las penas que las leyes y circulares relativas tenían prevenidas.<sup>107</sup>

Durante la epidemia de 1904 en Torreón, Coahuila, Liceaga sugirió que las autoridades políticas de ese estado hicieran obligatoria la vacuna; también, que organizaran visitas domiciliarias para comprobar si las personas tenían cicatrices indelebles de buena vacunación; y que vacunaran a los no vacunados o con cicatrices dudosas, sin importar su edad, sexo o condición social. La policía era la encargada de llevarse a las personas para hacerlas vacunar por la fuerza, y había doce inspectores domiciliarios (algunos de los cuales también eran policías).<sup>108</sup> Más tarde, en el estado la exigencia de estar vacunado fue requisito para contraer matrimonio o registrar a un niño. Los jueces del Registro Civil mandaban a los inspectores las listas mensuales de los nacimientos ocurridos, con el nombre y domicilio de los padres de los niños; las autoridades imponían multas a los padres que no acudían a las citas para vacunar a sus hijos sin causa justificada, y de todos modos aplicaban a éstos la vacuna.<sup>109</sup>

En Tepic había un agente de policía destinado a hacer que todos los niños fueran vacunados,<sup>110</sup> por lo que la mayoría de ellos lo estaba; pero entre los adultos era mayor el número de no vacunados y en caso de epidemias eran las principales víctimas. Había, incluso entre las personas de “cierta ilustración”, la idea de que contraerían la viruela si recibían la vacuna en tiempo de epidemia; por lo que –decían las autoridades del territorio– era necesario buscarlos en sus casas y en los establecimientos donde se hallaba reunido un número más o menos considerable de personas, y vacunarlas por la fuerza.<sup>111</sup>

En Veracruz, se recomendaba a los dueños de talleres y fábricas que promovieran la vacunación entre su personal; mientras que los aspirantes a laborar al servicio del Estado y las fuerzas de policía y seguridad debían hacerse vacunar o revacunar, como requisito indispensable para obtener el trabajo. Los empleados ya contratados debían cumplir también con la ley, so pena de 1 a 50 pesos de multa, suspensión hasta por 15 días de su trabajo remunerado, o entre uno y diez

---

<sup>107</sup> AHMV, *Ayuntamiento*, caja 321, vol. 436, f. 772-841: 804, 1881-1889.

<sup>108</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 215, 1904.

<sup>109</sup> *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado de Coahuila*, Saltillo, 2 de junio de 1909, p. 1.

<sup>110</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>111</sup> *Periódico Oficial. Órgano del Gobierno del Territorio de Tepic*, Tepic, 31 de mayo de 1908, p. 4.

días de arresto.<sup>112</sup> Además, en Puebla se reportaba la vigilancia de la vacunación en las fábricas;<sup>113</sup> en Veracruz, en las cárceles;<sup>114</sup> y en todo el país, en el ejército.<sup>115</sup>

De acuerdo con los diferentes reglamentos de vacuna, las personas cuyos niños recibían el beneficio de la vacuna, estaban obligados a permitir que se tomase de ellos el virus siempre que fuere necesario.<sup>116</sup> Por eso, los agentes también llevaban a los niños a los centros de vacunación a los ocho días de vacunados, tanto para que los médicos certificaran si la vacuna “era legítima” como para utilizarlos como vacuníferos.

La omisión del deber de vacunar a los hijos o dependientes, o de llevarlos a los ocho días para saber si la vacuna les “había prendido” se castigaba con multas (generalmente de 5 a 500 pesos) y hasta con la prisión. La ley no obligaba sólo a los padres o tutores. Los directores de los planteles de enseñanza –oficiales o privados– los maestros de talleres, los dueños de fábricas y casas de comercio, así como los propietarios de haciendas o rancherías y los jefes militares estaban también obligados a cumplir o exigir que se cumplieran las disposiciones relativas a vacunación y revacunación.<sup>117</sup>

Se recurrió a otros mecanismos para forzar a los padres a vacunar a sus hijos. En varios estados de la república –y desde luego en la capital del país–, los directores de escuelas o de establecimientos de beneficencia debían verificar antes de inscribir a los niños en las escuelas o asilos, que éstos estuvieran vacunados a satisfacción, y si no lo estaban, debían canalizarlos para que pudieran recibir el preservativo.<sup>118</sup>

Lo mismo sucedía en Aguascalientes, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo y Tepic.<sup>119</sup> Para 1908 la vacunación estaba tan generalizada en este territorio, que un examen

---

112 AHMV, *Ayuntamiento*, caja 361, vol. 487, 29 f., 1902.

113 FUENTE DE LA, 1910a.

114 AHMV, *Ayuntamiento*, caja 361, vol. 487, 29 f.: 2-3, 1902.

115 AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 2, exp. 10, 12 f., 1882.

116 *Diario Oficial del Supremo Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos*, México D.F., 14 de julio de 1879, p. 1. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910. AHMV, *Ayuntamiento*, caja 361, vol. 487, 29 f., 1902.

117 AISSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 2, exp. 1, 172 fs., 1873-1877. *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado de Coahuila*, Saltillo, 2 de junio de 1909, p. 1. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910. Sobre las penas por rehusarse a la vacunación de hijos en Puebla véase FUENTE DE LA, 1910a.

118 En esta época, ir a la escuela se consideraba un derecho de los niños. Sin embargo, a partir de entonces, surgió la idea de que la ley podía quitar a ciertos individuos los derechos que tenía la población en general; por ejemplo, podían prohibir la inscripción en las escuelas de los niños que no hubieran sido vacunados. “REGLAMENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN...”, 1879. Durante una epidemia de viruela en la capital del país, LICEAGA (1900b) insistió que no se admitiera en las escuelas a los niños que no estaban vacunados, y que se les llevara por la fuerza a la Oficina Conservadora.

119 AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, fs. 102-103, 18, 66-72, 33-34. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910. *El Republicano*, Aguascalientes, 15 de enero de 1905, p. 3. *El Coahuilense. Periódico*

minucioso practicado en las escuelas mostró que de 1,500 alumnos y alumnas inscritos, sólo catorce carecían de cicatrices de vacuna.<sup>120</sup> En Puebla, las autoridades sanitarias iban al Hospital de Pobres y al Orfanatorio y vacunaban a los asilados;<sup>121</sup> y lo mismo hacían con los alumnos de las escuelas municipales.<sup>122</sup> En Veracruz, los médicos cantonales visitaban las escuelas (aun las particulares) una vez al año para vacunar a los estudiantes;<sup>123</sup> en cambio, los directores de hospitales, asilos y establecimientos de beneficencia en general, estaban obligados a aplicar la vacuna ellos mismos.<sup>124</sup>

En las poblaciones de Zacatecas donde había médico, éste –con la intervención de las autoridades políticas– asesoraba a los profesores e inspectores para aplicar la vacuna, y quedaba a cargo de éstos “corregir las imperfecciones en que incurrieran los maestros al practicar esta operación”.<sup>125</sup> Llama la atención que ésta era la única disposición referida a la sanidad en el estado. Algunos padres preferían dejar a sus hijos sin escuela antes que vacunarlos. En algunos estados tampoco se permitía la entrada a clase de los estudiantes que presentaban huellas de tener o haber tenido viruela hacía poco tiempo.<sup>126</sup> Más tarde, se prohibió la asistencia a la escuela de cualquier niño que tuviera contacto con un enfermo.<sup>127</sup>

La burocracia sanitaria insistía también en que los médicos del Ejército hicieran un reconocimiento entre los soldados de sus respectivos cuerpos para averiguar si estaban o no vacunados, y, en vista de que se contaba con “el precioso preservativo” de la vacuna, procedieran a vacunar a los que no lo estaban o los remitiesen a las oficinas correspondientes para que ahí se les vacunase.<sup>128</sup>

Fueron comunes la denuncia de casos y el secuestro y aislamiento de los enfermos. En el Distrito Federal, y otros estados como Coahuila, Tabasco y Yucatán, la viruela estaba dentro de las enfermedades que las personas que ejercían la medicina, los directores de hospitales y cárceles, los jefes militares de cuarteles, los dueños de hoteles, casas de huéspedes o mesones, los

---

*Oficial del Estado de Coahuila*, Saltillo, 2 de junio de 1909, p. 1. *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 29 de abril de 1886, p. 258.

<sup>120</sup> *Periódico Oficial. Órgano del Gobierno del Territorio de Tepic*, Tepic, 31 de mayo de 1908, p. 4. Fenelón citado en OROPEZA, 1921-1922.

<sup>121</sup> “Discurso del gobernador el 15 de abril en la inauguración del periodo de sesiones de la Legislatura”, *Periódico Oficial del Estado de Puebla*, Puebla, 17 de abril de 1880, p. 1-3.

<sup>122</sup> FUENTE DE LA, 1910a

<sup>123</sup> AHMV, *Ayuntamiento*, caja 321, vol. 436, f. 772-841, 1881-1889.

<sup>124</sup> AHMV, *Ayuntamiento*, caja 361, vol. 487, 29 f., 1902: 2-3.

<sup>125</sup> AGN, *Instrucción Pública y Bellas Artes*, caja 274, exp. 19, f. 42.

<sup>126</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 16 de febrero de 1893, p. 1.

<sup>127</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 4 de febrero de 1908, p. 1.

<sup>128</sup> COMISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, 1882a.

administradores de fábricas o industrias, los jefes de cuartel y de manzana, los directores de escuelas y colegios y, en última instancia, los jefes de familia, estaban obligados a reportar al Consejo Superior de Salubridad. Al informar de la enfermedad, debían indicar la casa en la que el paciente había contraído la enfermedad.<sup>129</sup>

Para evitar que la población ocultara a sus enfermos de viruela, se recurrió a la práctica de investigación y visitas domiciliarias por parte de los agentes sanitarios o auxiliares de policía.<sup>130</sup> Hubo casos de agentes sanitarios del Consejo Superior de Salubridad que fueron despedidos por no dar cuenta de algún enfermo de viruela.<sup>131</sup>

En Hidalgo, no se permitía que los niños con viruela anduvieran por la calle, y los que lo hacían, eran secuestrados por la policía, además de que también se imponía una multa a sus padres. Esas medidas se extendían a los administradores de haciendas de beneficio, minas, talleres y todos los lugares donde trabajaban niños.<sup>132</sup> En Torreón en 1904, cincuenta policías se dedicaron a impedir que los enfermos o convalecientes anduvieran por las calles.<sup>133</sup> También se aislaba a los enfermos en Tlaxcala.<sup>134</sup>

El aislamiento a veces tenía lugar en el domicilio del enfermo, pero se consideraba imposible hacerlo en el caso de los pobres cuyas casas estaban situadas en vecindades, o en el de los extranjeros alojados en hoteles o casas de huéspedes.<sup>135</sup> A ellos se les enviaba a lazaretos de “variolosos” o “apestados”, como los establecidos en 1882 en Sinaloa,<sup>136</sup> en 1884 en San Juan Bautista, Tabasco,<sup>137</sup> y en 1904 en Durango y Torreón,<sup>138</sup> y a los que la población tenía terror. La prensa de la época reportaba que para evitar que sus enfermos fueran descubiertos, muchas familias

---

<sup>129</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1891. *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado de Coahuila*, Saltillo, 2 de junio de 1909, p. 1. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>130</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 17 de septiembre de 1908, p. 1.

<sup>131</sup> Como el de Amador García, de Veracruz, a quien se le habían impuesto multas por omisiones en el servicio, y finalmente fue despedido por no reportar tres casos de enfermos que habitaban una vecindad. AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 31, exp. 5, 24 f., 1906-1913.

<sup>132</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 16 de febrero de 1893, p. 1.

<sup>133</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 215, 1904.

<sup>134</sup> *El Estado de Tlaxcala. Órgano Oficial del Gobierno*, Tlaxcala, 2 de octubre de 1909, p. 329.

<sup>135</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Nuevo León*, Monterrey, 15 de abril de 1910, p. 1-2.

<sup>136</sup> AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 2, exp. 9, 9 f., 1882.

<sup>137</sup> Cuya localización, por cierto, no se consideraba buena pues estaba casi frente al Hospital Civil y en una parte céntrica de la ciudad. *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 28 de octubre de 1884, p. 2.

<sup>138</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 213 v, 1904.



los alojaban en los lugares más inadecuados, por lo que no era raro que murieran pocas horas después de ser descubiertos por quienes hacían las visitas domiciliarias.<sup>139</sup>

Con frecuencia cada vez mayor, se empleó a la población civil –con o sin su consentimiento– en las tareas de vigilancia sanitaria. La prefectura del partido de Tepic, dispuso un servicio de vigilancia en la población para disminuir los peligros del contagio de la viruela que en 1893 estaba causando estragos. A personas particulares se les dio el nombramiento de jefes de cuartel, para que recogieran y transmitieran a la prefectura los partes diarios que les dieran los jefes de manzana, que ellos nombraban con ayuda del ayuntamiento.<sup>140</sup>

Era común la desinfección de utensilios, ropa y habitaciones de enfermos. Dentro de las medidas tomadas ante la epidemia de 1898 en Yucatán y Campeche, estaban el establecimiento de puntos de fumigación en las fronteras y la vigilancia estricta en los lugares en que se había desarrollado la epidemia.<sup>141</sup> Hay asimismo reportes de desocupación y desinfección –con cloruro de cal entre otros medios– de las casas de los enfermos en Campeche, Tabasco, Coahuila y el Distrito Federal.<sup>142</sup>

La oposición de la población a la vacunación llegó a superar a las medidas coercitivas; tal fue el caso Oaxaca, donde en 1903 la vacuna se hizo obligatoria, pero cinco años después la rebeldía popular orilló a las autoridades a darle el carácter de voluntaria.<sup>143</sup> Todavía en 1913 se aseguraba: “[...] la causa de que muchos niños no sean vacunados no depende de la escasez de linfa, sino de la falta de vacunadores y de la oposición de una gran masa del pueblo”.<sup>144</sup> Algo similar ocurrió en San Luis Potosí, donde –de acuerdo con Gámez–, las disposiciones relativas a la vacunación de finales del siglo XIX favorecieron la gestación de una cultura de la higiene, y aun así, en 1904 hubo resistencia de grupos indígenas a la vacunación de sus niños.<sup>145</sup>

Otros factores dificultaron el buen éxito de la cruzada nacional contra la viruela; ellos fueron: las deficiencias del servicio de vacunación; la falta de tubos de linfa vacunal aun durante las epidemias; la insuficiencia de administradores de la vacuna; la inexistencia de buenas

---

<sup>139</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango*, Durango, 17 de julio de 1904, p. 3-4.

<sup>140</sup> *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 15 de enero de 1893, p. 2 y 4.

<sup>141</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 3 de junio de 1898, p.1.

<sup>142</sup> *La Reforma. Órgano Oficial del Estado de Tabasco*, San Juan Bautista, 18 de julio de 1882, p. 3-4. OROPEZA, 1921-1922.

<sup>143</sup> GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA, 1993. SEVCENKO, 1993, analiza la revuelta contra la vacuna en Rio de Janeiro, Brasil, aproximadamente en esa misma época.

<sup>144</sup> OROPEZA, 1921-1922: 169.

<sup>145</sup> GÁMEZ, 1999.

comunicaciones; y la división de los médicos mexicanos, entre los que defendían el empleo del virus bovino, y los que pugnaban por continuar con la vacunación de brazo a brazo.

### **Deficiencias del servicio de vacunación**

En ocasiones, la resistencia de la población a la vacuna tenía que ver con las deficiencias en el servicio de vacunación. Un abuso muy común, denunciado por los mismos médicos, era que un agente subalterno del Consejo pretendiera llevar por la fuerza a la oficina de una demarcación de policía para ser vacunados, a niños enfermos, que no deberían haber salido de sus casas. Sólo se excusaba del “absurdo mandato” a la madre o la familia que exhibía un certificado médico; pero los pobres casi nunca estaban en condiciones de satisfacer tal requisito, pues no eran atendidos por facultativos. *El Observador Médico* reconocía que la ignorancia de muchas personas oponía a la práctica de la vacuna resistencias que la nulificaban, pero proponían vencer éstas con otros métodos, por el buen nombre del servicio médico y por el bien general.<sup>146</sup>

Otro problema era la inconveniencia de los locales donde se impartía la vacunación, que en la capital eran las ocho estaciones de policía y las viejas oficinas del Consejo Superior de Salubridad. Las oficinas del Consejo estaban en muy malas condiciones, mientras que las estaciones de policía, exceptuando la de la primera demarcación, carecían de piezas destinadas a la vacunación, por lo que ésta se hacía a la intemperie o en algún rincón del patio, donde no era posible reconocer convenientemente a los niños ni hervir el agua que debía emplearse para la asepsia de los brazos, por lo que se acababa prescindiendo de este importante cuidado. Tenían las madres que sufrir larga espera, sin más sitio para sentarse que el pavimento siempre encharcado o sucio por el riego o la lluvia, y en contacto inmediato con gendarmes, presos y cadáveres de adultos y hasta de niños, que eran conducidos a las comisarías para que se expidiera el certificado de defunción. Fácilmente se explicaba entonces la aversión de la gente pobre a llevar a sus hijos a vacunar.<sup>147</sup>

Durante la presidencia de Liceaga, las oficinas del Consejo de Salubridad fueron trasladadas del callejón de las Condes –donde estaban desde 1876– a la calle de Xicoténcatl; como las instalaciones eran mejores, se empezó a notar la presencia de “gente de cultura y valimiento que hasta entonces había rehuído asistir a oficinas públicas de vacuna, impresionados, con justicia, de su mal aspecto”.<sup>148</sup> En 1891, las oficinas se trasladaron al edificio de la exaduana de Santo Domingo, aún mejor.

---

<sup>146</sup> *El Observador Médico*, México D.F., 2ª serie, vol. I, 1886, p. 95.

<sup>147</sup> Ihuici (1901) citado por OROPEZA (1921-1922).

<sup>148</sup> OROPEZA, 1921-1922.

En parte, la vacuna era rechazada por sus efectos secundarios. En algunos estados se daba a las personas una hoja impresa que indicaba los cuidados a tomar con los vacunados, a modo de evitar flegmones, erisipela, linfangitis, etcétera. También, porque varias personas sufrían la enfermedad después de haber sido vacunadas, lo que quizá sucedía porque ya estaban infectadas. Decía R. Martínez, responsable de la vacunación en Tepic:

He oído, no sin desagrado, que algunas personas tienen la preocupación de que la vacuna acarrea o produce la enfermedad durante el periodo de epidemia. Sépanse dichas personas que la vacuna opera sus buenos resultados siempre y por siempre. Si durante una epidemia se desarrolla la viruela, uno, dos, tres u ocho días después de la vacuna, no es debido ciertamente a aquélla, sino a que la sangre se encontraba infectada del principio virulento diseminado por la atmósfera, o bien en la ropa de los enfermos, los objetos de uso, el contacto preexistente con ellos, etc.<sup>149</sup>

Lo cierto es que la idea de que las personas no debían ser vacunas durante las epidemias era sostenida incluso por médicos diplomados.<sup>150</sup>

### **Insuficiencia de linfa vacunal**

El Consejo Superior de Salubridad de la capital daba tubos de linfa a los estados que no tenían otro medio de proporcionársela o donde ésta no era suficiente. (En ocasiones, los enviaba por intermedio de sus delegados, como el de San Benito, Chiapas, que repartía tubos de pus vacuno entre los médicos de la localidad.)<sup>151</sup> Ese organismo aseguraba públicamente que nunca había faltado linfa para vacunar en toda la república, lo que no era cierto. Si bien en tiempos normales la cantidad de linfa alcanzaba para abastecer a todos los estados, cuando la viruela se desarrollaba de forma epidémica los pedidos solían exceder a la demanda. El organismo sanitario se veía entonces obligado a negar el recurso, cuando las circunstancias más imperiosamente lo exigían.<sup>152</sup>

El periódico oficial de Tlaxcala aseguró en 1877 que las viruelas no estarían haciendo tantas víctimas si los ayuntamientos establecieran la vacunación y procuraran conservar el pus vacuno, pero había al respecto el mayor descuido.<sup>153</sup> Y unos meses después denunció: “¡Terribles!,

---

<sup>149</sup> *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 10 de abril de 1879, pp. 3-4.

<sup>150</sup> OROPEZA, 1921-1922.

<sup>151</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 40, exp. 11, 116 f., 1900-1915.

<sup>152</sup> Véase, “Reportes sobre viruela en los estados de Tabasco, Coahuila, Tamaulipas y Chihuahua”, AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 3, exp. 7, 53 f., marzo de 1899.

<sup>153</sup> *El Estado de Tlaxcala. Órgano Oficial del Gobierno*, Tlaxcala, 1 de diciembre de 1877, p. 4.

¡horrorosos!, son los estragos que la viruela está haciendo [en Morelos], y sin embargo no está establecida la vacunación”. La prefectura de Morelos se había comprometido a establecerla si el Superior Gobierno del Estado se servía ministrarle el pus.<sup>154</sup>

Cuando en 1880 el gobernador de Oaxaca solicitó al Consejo Superior de Salubridad de México el envío de tubos de pus vacuno, ya que eran frecuentes los casos de viruela en el estado y éste carecía del preservativo, la Secretaría de Gobernación pidió al presidente del Consejo: “Sírvasse remitir al gobierno de Oaxaca los tubos que se piden en número conveniente, atentos a la cantidad que haya de existencia y las necesidades del Distrito Federal que deben cubrirse preferentemente”.<sup>155</sup> El Consejo mandó cincuenta tubos.

La falta de linfa vacunal fue reportada, en 1889, como la causa por la que en algunas municipalidades de Veracruz no se había aplicado la vacuna y en otras se había hecho con poca eficiencia.<sup>156</sup> Zacatecas reportó también falta de pus vacuno en sus poblaciones en 1881, 1889, 1893, 1894 y 1895;<sup>157</sup> e Hidalgo hizo lo mismo en 1889.<sup>158</sup> En Cocula, Guerrero, había viruela en 1897, y no se aplicaba la vacuna por falta de pus.<sup>159</sup> En 1900, también en Guerrero, el periódico oficial prometió que tan pronto como el pus llegara de México, el gobierno empezaría a administrarlo para combatir la epidemia de viruela que entonces había en el estado.<sup>160</sup>

Durante una epidemia de viruela en 1899, el agente del Consejo en Ciudad Porfirio Díaz, Coahuila, informó que no tenían ni un solo tubo de linfa vacunal; solicitó que el preservativo les fuera enviado con regularidad, pues tenían atacados en varios pueblos, y acababan de nombrar a un facultativo inspector general de la vacuna en la entidad. Ese mismo año, desde Tabasco, el delegado del Consejo en el estado solicitó tubos de linfa vacunal, pues los que había eran viejos y no estaban dando buenos resultados.<sup>161</sup>

Ante la persistencia de una epidemia en Torreón, Liceaga dio instrucciones de enviar pus vacuno a esa población, donde el Consejo de Salubridad tenía un agente sanitario. En su opinión, se

---

<sup>154</sup> *El Estado de Tlaxcala. Órgano Oficial del Gobierno*, Tlaxcala, 11 de mayo de 1878, p. 4.

<sup>155</sup> AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 3, exp. 5, 3 f., 1880.

<sup>156</sup> AHMV, *Ayuntamiento*, caja 321, vol. 436, f. 772-841: 826, 1881-1889.

<sup>157</sup> *El Defensor de la Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas*, Zacatecas, 17 de diciembre de 1881, 3 de abril de 1889, 28 de octubre de 1893, 2 de enero de 1894, 11 de mayo de 1895, p. 1, 2, s/np, s/np y 3.

<sup>158</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 20 de junio y 31 de octubre de 1889, p. 91-92 y 249.

<sup>159</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero*, Chilpancingo, 10 de marzo de 1897, p. 2.

<sup>160</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero*, Chilpancingo, 24 de febrero de 1900, p. 4.

<sup>161</sup> “Reportes de viruela en los estados de Tabasco, Coahuila, Tamaulipas y Chihuahua”, AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 3, exp. 7, 53 f., 1899.

estaban administrando pocas vacunas.<sup>162</sup> En un municipio de Guerrero, la Junta de Sanidad sólo pudo aplicar la vacuna a once niños, pues aunque había epidemia, se carecía de linfa vacunal.<sup>163</sup> Un informe del Consejo Superior de Salubridad tomado al azar sobre la distribución de tubos de linfa vacunal indicaba: 203 para el Distrito Federal, seis para Guanajuato, cinco para Zacatecas, dos para Sinaloa.<sup>164</sup>

### **Falta de propagadores de la vacuna y otras dificultades**

También había problemas con los propagadores de la vacuna. En ocasiones, éstos tenían que ver con la escasez de médicos o la dificultad para pagar sus honorarios y otros gastos. En 1881, el Periódico Oficial de Zacatecas aseguró que “las viruelas” eran el único mal con carácter epidémico en Nochistlán, y que no podían ser combatidas por falta de facultativo que aplicara la vacuna;<sup>165</sup> días después diría que por falta de recursos para pagar a un médico.<sup>166</sup> El Distrito Federal no estaba exento de estas dificultades.<sup>167</sup>

No en todos los estados o poblaciones de un estado había médicos que pudieran suministrar la vacuna; tal era el caso de Chiapas.<sup>168</sup> En otras ocasiones, el problema era la gran carga de trabajo que los propagadores tenían. El agente Antonio Rodríguez reportó en 1877 hallarse enfermo “a causa de lo mucho que ando en solicitud de niños para vacunar”; por lo que pidió un permiso con goce de sueldo. Por cierto, le contestaron que sí, siempre y cuando dejara en su lugar a una persona y él se encargara de pagarle.<sup>169</sup>

Durante una epidemia de viruela en Santa Fe, el encargado de la vacuna, Leandro Arroyo, se quejó de tener, únicamente él, la responsabilidad de los distritos de Tacubaya y San Ángel, que abarcaban las municipalidades de Coyoacán, Tlalpam, Xochimilco, Oxtotepec, Actopam, Milpalta, Mixquic, Tulyehualco, Tláhuac, Tacuba, Atzacapotzalco, Guadalupe, Santa Fe, Cuajimalpa, Mixcoac, Ixtacalco y Huastahuacan. Además, era médico de registro y tenía por tanto que hacer la

---

<sup>162</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 213-213 v. 1904.

<sup>163</sup> *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero*, Chilpancingo, 27 de abril de 1907, p. 5.

<sup>164</sup> *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, México D.F., 3ª época, vol. XIII, núm. 10, 30 de abril de 1908, p. 375.

<sup>165</sup> *El Defensor de la Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas*, Zacatecas, 1 de septiembre de 1881, p. 3.

<sup>166</sup> *El Defensor de la Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas*, Zacatecas, 9 de noviembre de 1881, p. 3.

<sup>167</sup> AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 2, exp. 16, 32 f., 1877.

<sup>168</sup> *Periódico Oficial del Estado de Chiapas*, San Cristóbal de las Casas, 9 de agosto de 1889, pp. 1-2.

<sup>169</sup> AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 2, exp. 19, 5 f., 1877.

primera curación de los heridos.<sup>170</sup> Después, hubo doce médicos vacunadores en la ciudad de México y once en las municipalidades del Distrito.<sup>171</sup>

Las dificultades se presentaban a veces por la inexperiencia de los vacunadores. Aunque sin aclarar el asunto, en 1900 dijo la prensa oficial, que en 1892 se había desarrollado en la ciudad de Tepic una “desastrosa epidemia de viruela [...] por una lamentable y punible incuria de los encargados de la vacuna”.<sup>172</sup> En 1904, hubo en Jalisco 1,156 casos de viruela en diversos cantones. El gobierno del estado envió médicos y practicantes para que combatieran la epidemia, pero se observaron tantos defectos en la manera de administrar la vacuna, que se decidió renovar la linfa en todo el estado, distribuir varios millares de tubos de la misma y dictar nuevas medidas de administración del preservativo.<sup>173</sup> Casos como los anteriores son explicables si se toma en cuenta que algunos estados como Chihuahua, reportaban que en las localidades donde no había médicos titulados, procuraban que “una persona medianamente inteligente”, administrase con provecho la vacuna.<sup>174</sup>

Sin embargo, los defectos en la vacunación eran a veces responsabilidad de médicos titulados. El periódico *Industria Nacional* denunció en 1880, la vacunación practicada con torpeza en la 3ª demarcación de la ciudad de México, con graves inconveniencias para los vacunados. El Consejo Superior de Salubridad solicitó al inspector sanitario Vicente Gaona, que respondiera a las acusaciones. Éste reportó que alrededor de 30% de los individuos vacunados por él eran afectados de erisipela. Se comprobó que su lanceta estaba sucia, “circunstancia –aseguró el Consejo– que no tiene importancia tratándose de la verdadera vacuna”. El organismo visitó a todas las personas vacunadas por él, y a los médicos que los habían atendido; varios de ellos declararon que el problema era la mala calidad del pus con el que sus pacientes habían sido vacunado, y el inspector sanitario fue destituido.<sup>175</sup>

En ocasiones, la vacunación no podía practicarse por la existencia de enfermedades epidémicas diferentes de la viruela. Como en Omitlán, Hidalgo, desde donde se reportó en 1899 que era casi general el desarrollo de la escarlatina, influenza y neumonía; entre los niños la primera, y

---

<sup>170</sup> AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 2, exp. 2, 23 f., 1880-1881.

<sup>171</sup> *Ibidem*. LICEAGA, 1949.

<sup>172</sup> *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 1 de marzo de 1900, p. 1.

<sup>173</sup> “Mensaje leído por el gobernador del estado”, *El Estado de Jalisco*, Guadalajara, 6 de febrero de 1905. p. 238.

<sup>174</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910: 441-442.

<sup>175</sup> AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 3, exp. 7, 18 f., 1880.

entre los adultos las segundas.<sup>176</sup> Lo mismo ocurrió ese año en Tlalixcoyan, Veracruz, donde había epidemias de sarampión, varioloides y otras, y el médico Gregorio M. Groudin solicitó suspender la vacunación “para no hacer varios virus eruptivos en un solo sujeto”, lo que fue aceptado por las autoridades responsables de la vacunación.<sup>177</sup>

Un problema más era la inexistencia de buenas comunicaciones y de una organización nacional de salubridad, lo que hacía lenta la información sobre la enfermedad. Un médico avisaba al jefe político del distrito donde trabajaba, que lo avisaba a las autoridades sanitarias de su estado – cuando las había–, quien informaba a su gobernador, quien lo comunicaba a la Secretaría de Gobernación, quien participaba al Consejo Superior de Salubridad, que una epidemia de viruela estaba asolando determinada región.<sup>178</sup>

### **Vacuna humanizada contra vacuna animal**

En la Academia Nacional de Medicina tuvo lugar un combate memorable a propósito de las vacunas humanizada y animal; ambas tenían su origen en el virus vacuno, pero ésta se tomaba directamente de las pústulas de la ternera mientras aquella iba pasando de brazo a brazo.<sup>179</sup> La controversia comenzó en 1867, cuando Ángel Iglesias –quien había sido segundo director de la vacuna– trató de implantar la vacuna animal, con el argumento de que la humanizada podía ser causa de transmisión de sífilis vacunal;<sup>180</sup> y tuvo otro punto muy alto en los años anteriores al movimiento armado de 1910-1917.

La posibilidad de transmisión de la sífilis por medio de la vacuna humanizada, fue demostrada en 1883 por el doctor Cory –del Government Board of London– quien se vacunó a sí mismo con linfa de niños con sífilis, hecho que llevó a su sustitución por la vacuna animal en varios países. Entre los médicos militares mexicanos había también quienes defendían la vacuna animal, pues – para ellos– “[estaba] plenamente comprobado que la sífilis vacunal [era] producida por la vacunación de brazo a brazo”.<sup>181</sup>

---

<sup>176</sup> *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*, Pachuca, 12 de abril de 1899, p. 3.

<sup>177</sup> AHMV, *Ayuntamiento*, caja 321, vol. 436, f. 772-841: 799, 1881-1889.

<sup>178</sup> “Cartas de la Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación al Presidente del Consejo Superior de Salubridad, de 12 y 17 de abril de 1882”, AHSSA, *salubridad pública, epidemiología*, caja 2, exp. 11, 3 f.

<sup>179</sup> BERNÁLDEZ, 1906.

<sup>180</sup> LICEAGA, 1901d. Acerca del inicio de este debate, que en México continuaría hasta finales del Porfiriato, consultar la *Gaceta Médica de México* de 1868, vol. III, núms. 12, 13, 14, 15 y 16; pp. 179-204, 205-211, 221-228, 237-245 y 253-268.

<sup>181</sup> GONZÁLEZ, 1891: 301.

Pero en México, el Consejo Superior de Salubridad insistió en la vacunación de brazo a brazo, que no demandaba la revacunación;<sup>182</sup> es decir, que proporcionaba inmunidad indefinida.<sup>183</sup> No negaba la posibilidad de transmitir la sífilis por medio de la vacuna humanizada, pero aseguraba que en el país siempre se había tenido gran cuidado al elegir a los niños vacuníferos, por lo que en sus estadísticas no se había registrado ningún caso de sífilis vacunal.<sup>184</sup>

El presidente del organismo alegaba que el virus vacuno tomado con las debidas precauciones, aun de granos de niños sífilíticos, no contenía virus gálico; a pesar de ello, no se tomaba virus ni de niños enfermos ni de niños sospechosos. Como vacuníferos, consideraban sólo a mayores de cuatro meses, pues la sífilis hereditaria tenía manifestaciones dentro de los primeros tres meses de vida, además de que se inquiría en cada caso los antecedentes morbosos de los padres de aquél, y se desechaban aquellos casos en que había sospecha de sífilis o de alguna otra enfermedad contagiosa. Eran desechados también todos los niños que presentaran alguna erupción de la piel. Si por accidente, al picar las pústulas para que escurriera la linfa, se hacía brotar sangre, igualmente se desechaba esa linfa, porque la sangre, más que aquélla, era vehículo para la inoculación de las enfermedades trasmisibles.<sup>185</sup>

Sin embargo, en un informe interno, al reportar las vacunaciones practicadas del 1 de julio de 1876 a diciembre de 1877, el Consejo de Salubridad señaló las enfermedades que habían tenido 46 vacunados: viruela, varioloides, varicela, escrófula, pitiriasis, psoriasis, liquen, herpes, impétigo, sarna, acnea, roseola, letiosis, erupción sospechosa, ulceraciones y sífilis.<sup>186</sup>

Como en tantos otros asuntos, no hubo uniformidad en toda la república. En el Distrito Federal las autoridades sanitarias defendían la vacuna humanizada, pero algunos médicos ofrecían la de ternera a su clientela particular. En Colima, el estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Querétaro, Sonora, Tabasco, Veracruz y Zacatecas, la vacunación se hacía empleando sólo la linfa humanizada; en ocasiones de brazo a brazo y en otras aplicando la que se conservaba en tubos capilares de vidrio.<sup>187</sup>

---

<sup>182</sup> MALANCO, 1876-1878.

<sup>183</sup> LICEAGA, 1897b. Éste fue un trabajo leído por su autor en el Congreso Internacional de Medicina, realizado en Moscú en 1897.

<sup>184</sup> BERNÁLDEZ, 1901. También las autoridades sanitarias de Zacatecas reportaban que no habían tenido un solo fracaso, ni en lo referente a la vacunación misma ni en la trasmisión de enfermedades por medio de ella. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>185</sup> LICEAGA, 1901d.

<sup>186</sup> AHSSA, *salubridad pública*, inspección de la vacuna, caja 2, exp. 11, 153 f., 1876-1878.

<sup>187</sup> La vacuna extraída del brazo de una persona a veces era colectada y guardada en tubos, pero ésta daba menos seguridades que la que pasaba de brazo a brazo. AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 2, exp. 2, 23 f., 1880-1881.



Se había usado la vacuna de pulpa glicerinada de ternera –si bien la humanizada estaba más generalizada–, con mal éxito en Morelos y Nuevo León, y con regular o buen éxito en Chihuahua, Coahuila, Durango, Jalisco, Puebla, San Luis Potosí y Tamaulipas y Tepic. Se le tomaba directamente de las pústulas de la ternera o se importaba de Europa o Estados Unidos.<sup>188</sup> (En 1904, las autoridades sanitarias de México pidieron a la población que no usara linfa americana, ya que, de acuerdo con datos del Public Health Report de Estados Unidos, había viruela en todos los estados de la Unión Americana, y de noviembre de 1903 a enero de 1904 se habían presentado 12,799 casos.)<sup>189</sup>

No todas las poblaciones de un estado ni todos los médicos de una población tenían un criterio único respecto de la vacuna humanizada o animal. En Puebla, por ejemplo, casi todos los distritos empleaban la vacuna humanizada; pero en Zacapoaxtla se empleaban las dos, y en Acatlán, sólo la de ternera. En Tamaulipas, se empleaba la vacuna humanizada, pero en Matamoros se recurría a ambas.

En todo el estado de San Luis Potosí, la vacunación contra la viruela se hacía de brazo a brazo; si bien había lugares donde también se practicaba la vacunación con pulpa de ternera. Las remisiones de una y otra las hacía el Gobierno del estado, por conducto de la Inspección General de Salubridad. El doctor Gustavo López Hermosa, de San Luis Potosí, sostenía que el poder inmunizante de la vacuna humana duraba toda la vida y que jamás había observado un solo caso de sífilis vacunal; lo mismo aseguraba el doctor Javier Gallardo, quien durante veinte años había sido vacunador oficial en Río Verde, en ese estado. En cambio, el doctor Luis Friedrich, médico extranjero radicado en San Luis Potosí, vacunaba exclusivamente con vacuna de ternera, de preferencia suiza.<sup>190</sup>

El doctor Juan Román, médico de la vacuna de Tepic, estudió y ensayó durante cuatro meses, hasta que logró obtener el pus animal.<sup>191</sup> Por su parte, Fenelón, inspector sanitario del mismo territorio, al relatar observaciones hechas en Tampico con las vacunas animal y humanizada, rechazó a la primera después de comprobar que con ella había pocos casos de desarrollo de pústula de la verdadera vacuna.<sup>192</sup>

---

<sup>188</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>189</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 216-217, 1904.

<sup>190</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>191</sup> *Periódico Oficial. Órgano de la Jefatura Política y Comandancia del Distrito Militar de Tepic*, Tepic, 22 de abril de 1897, p. 8.

<sup>192</sup> FENELÓN, 1899.

De acuerdo con Erosa-Barbachano, el médico Pedro Pablo Rangel –quien era regidor de sanidad en la Villa de Mixcoac, preparó linfa vacunal de ternera, con ayuda del veterinario José de la Cruz [debe de ser de la Luz] Gómez, y ejecutó una amplia vacunación entre niños y adultos, lo que salvó a esa población de la enfermedad, por unos años.<sup>193</sup>

El asunto se discutió muchas veces en la Academia Nacional de Medicina, y los médicos mexicanos llevaron la discusión también a la Asociación Americana (Canadiense, Mexicana y Cubana) de Salud Pública, donde llegaron a pedir que la asociación hiciera una investigación sobre el mismo.<sup>194</sup> Manuel Domínguez –catedrático de terapéutica médica en la Escuela Nacional de Medicina– estuvo a favor de la vacuna de brazo a brazo, y se sometió a vacunación con linfa extraída de una pústula vacunal de un niño con sífilis.<sup>195</sup> También Tomás G. Perrín –médico español, discípulo de Santiago Ramón y Cajal y asentado en México– se hizo practicar una inoculación con linfa tomada de un niño heredo-sifilítico, sin resultados negativos; en este caso, verificaron Ricardo E. Cicero y Jesús González Urueña.

Para Oropeza, aun aceptando que la vacuna humanizada fuera un medio de comunicación de la sífilis, en Europa, de cien millones de vacunados sólo se habían presentado 420 casos. Afirmaba: “[...] si un pequeño número conserva su realidad, desde el punto de vista teórico desaparece casi por completo ante una crítica serena, imparcial y sobre todo lógica y en el terreno esencialmente práctico”.<sup>196</sup> El suero antidiftérico –señalaba como ejemplo– podía causar la muerte, y sin embargo nadie pedía que se le desechara.

El Consejo Superior de Salubridad aceptó en 1908 que era conveniente proceder a la experimentación, para saber si la linfa de las pústulas vacuníferas de los niños con sífilis era capaz de transmitir la enfermedad al inocular la vacuna, y propuso a Tomás Gutiérrez para hacer el estudio.<sup>197</sup> No aclaró con qué sujetos se iba a hacer la investigación. En 1908 y 1910, la Academia Nacional de Medicina nombró comisiones para tratar de dirimir la disputa.<sup>198</sup>

---

<sup>193</sup> EROSA-BARBACHANO, 1982. Desafortunadamente, no proporciona en su trabajo ninguna referencia bibliográfica o de archivo.

<sup>194</sup> GARCADIÉGO, 1901. De acuerdo con este autor, en México, los indígenas eran especialmente susceptibles a la viruela y, a diferencia de MÁRQUEZ (1894) (1900), que defendió la vacuna animal en reuniones de esta asociación, él consideraba que la vacuan humanizada era el único medio seguro para prevenir la viruela.

<sup>195</sup> Si bien Domínguez tuvo la suerte de no enfermar, no están en lo correcto PRESIDENTES DE LA... (1993) y varios autores que citan esta obra, cuando dicen que este médico demostró la falsedad de que la vacuna antivariolosa era vehículo del contagio de otras enfermedades.

<sup>196</sup> OROPEZA, 1921-1922: 70.

<sup>197</sup> *La Escuela de Medicina*, México D.F., vol. XXIII, núm. 3, 15 de febrero de 1908, p. 69.

<sup>198</sup> SORIANO *et al.*, 1908.

Ricardo E. Manuell, fue el principal detractor de la vacuna humanizada en los últimos años del porfiriato. En sus trabajos, citaba casos de sífilis vacunal, razón por la que proclamaba la superioridad de la linfa de ternera,<sup>199</sup> y defendió a ésta de las acusaciones de que por medio de ella era transmitido el tétanos.<sup>200</sup> Este médico se propuso, en sus palabras, “derrumbar un monumento vetusto que [era] foco de morbosidad, para substituirlo por otro que [sería] templo de salubridad”.<sup>201</sup> Pero, como toda revolución, no podía implantarse sin oposiciones, sin resistencias, sin choques, sin luchas. En 1911, el notable clínico José Terrés envió cartas a los periódicos en las que alertó acerca de los peligros a que se exponía a los niños que recibían la vacuna humanizada. Esto causó alarma en el público.<sup>202</sup>

En el Consejo de Salubridad y la Academia de Medicina, volvieron a discutir el asunto quienes pensaban que la sífilis vacunal era una quimera, y quienes estaban convencidos de la existencia de la misma. Se pidió a Perrín que hiciera el estudio de las propiedades bacteriológicas de la vacuna humanizada y la encontró de gran pureza; en cambio en muestras de vacuna de origen japonés, encontró múltiples bacterias.<sup>203</sup> Como la vacuna animal se producía en el extranjero por compañías particulares y nadie respondía de su pureza, algunos médicos solicitaron crear un Instituto de Vacuna Animal en México.<sup>204</sup>

El principal argumento de los defensores de la vacuna humanizada era la inmunidad permanente contra la viruela que ésta proporcionaba, a diferencia de la vacuna animal, que habían recibido la mayoría de los extranjeros, y que demandaba la revacunación.<sup>205</sup> Uno de sus argumentos era que por cada vez que no prendía la vacuna humanizada, no prendía cinco veces la vacuna animal.<sup>206</sup> En muchos estados y ocasiones se hicieron llamados a los extranjeros –que generalmente habían recibido la vacuna animal– para que se revacunaran. En 1896 a propuesta de Manuel Aveleyra, el Consejo Superior de Salubridad mandó esta sugerencia en varios idiomas a los delegados en puertos y fronteras del país, así como a los ministros y cónsules de México en el extranjero,<sup>207</sup> como puede verse en los casos de Sonora<sup>208</sup> y Nuevo León.<sup>209</sup>

---

<sup>199</sup> MANUELL, 1908a. MANUELL, 1908b. MANUELL, 1910.

<sup>200</sup> MANUELL, 1908c.

<sup>201</sup> MANUELL, 1910: 123.

<sup>202</sup> Sobre el asunto, véase GARAY DE, 1910a.

<sup>203</sup> OROPEZA, 1921-1922: 54.

<sup>204</sup> Propuesta de Orvañanos, N. Ramírez de Arellano y Ruiz, en 1910, citados por OROPEZA, 1921-1922: 54.

<sup>205</sup> MALANCO, 1876-1878.

<sup>206</sup> Litre citado por OROPEZA, 1921-1922: 54.

<sup>207</sup> *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3ª época, vol. II, núm. 1, 31 de julio de 1896, p. 1-12. DÍAZ, 1896.

En realidad, muchas personas que habían recibido la vacuna humanizada debían ser revacunadas. En Ciudad Porfirio Díaz, hubo en 1899 casos de viruela en vacunados (lo que probaban las cicatrices que habían dejado las vacunas).<sup>210</sup> Igualmente, durante una epidemia de viruela en Querétaro se observó que la mayoría de los atacados habían sido vacunados, lo cual –se decía– demostraba la necesidad de la revacunación periódica.<sup>211</sup> El propio Liceaga hizo un llamado a todos los médicos de Torreón, azolada por la viruela en 1904, para que “en nombre de la humanidad y de la civilización” cooperaran a la extinción de la epidemia, vacunando ellos mismos con vacuna humana a todas las personas de su clientela, estuvieran o no vacunadas, y suplicándoles que se unieran al Consejo Superior de Salubridad.<sup>212</sup>

Pero eso –aseguraban algunos defensores de la vacuna de brazo a brazo, como el delegado sanitario Leandro Arroyo– se debía a que había falsa y verdadera vacuna. Para distinguir una de otra, no bastaba con que un médico certificara que determinada persona había sido vacunada, sino que era necesario reconocer las pústulas al sexto o séptimo día de la vacunación. En el caso de que las pústulas no prendieran bien en algunas personas “refractarias a la vacuna”, éstas debían ser revacunadas periódica y frecuentemente. De cualquier manera, la revacunación era conveniente a los cuatro o cinco años. Estas ideas coincidían con las sostenidas en la Francia de ese momento.<sup>213</sup> En Tabasco, era obligatoria la revacunación cada 10 años; lo mismo en Sinaloa, donde se administraba hasta llegar a los 50 años.<sup>214</sup> Otro de los argumentos a favor de la vacuna humanizada era que ésta tenía un precio casi insignificante, mientras que la animal era muy cara. Tanto la vacuna humanizada como la animal se descomponían a veces, lo que explica que aparecieran anuncios como el siguiente: “Con pus reciente, se administrará gratuitamente la vacuna”.<sup>215</sup>

### **Límites y alcances de la campaña antivariolosa**

Por todos los problemas antes expuestos, al final del porfiriato México aún estaba lejos de la erradicación. No comparto la opinión de Miguel E. Bustamante de que para el Consejo de

---

<sup>208</sup> *La Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Sonora*, Hermosillo, 14 de febrero de 1900, p. 2.

<sup>209</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>210</sup> “Reportes de viruela en los estados de Tabasco, Coahuila, Tamaulipas y Chihuahua”, AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 3, exp. 7, 53 f., 1899. Sobre resultados de revacunación, véase BERNÁLDEZ, 1907.

<sup>211</sup> *La Sombra de Arteaga. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro*, Querétaro, 20 de febrero de 1901, p. 64.

<sup>212</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 213 v, 1904.

<sup>213</sup> OROPEZA, 1921-1922.

<sup>214</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>215</sup> *Diario Oficial del Gobierno del Estado Zacatecano*, Zacatecas, 17 de enero de 1877, p. 2.

Salubridad no era grave la epidemia de viruela en la república, ni el supuesto desinterés por los estados que él atribuye al gobierno federal; tampoco su idea de que la epidemia causada por el virus variólico empezó a verse como problema de salud nacional al redactar la Constitución de 1917.<sup>216</sup>

La poca intervención de la federación en los estados se debía a la resistencia de éstos, con base en la organización federal de la República. Pero en varias ocasiones el Estado se ocupó del problema de la viruela de manera global. En 1882 –año en que en los estados hubo una alta mortalidad por viruela–, la Secretaría de Gobernación envió a todos los gobernadores una circular sobre la vacuna, en que se criticaba que en la mayoría de las entidades los servicios de vacunación carecieran de una buena organización, y que la campaña estuviera encomendada a personas ajenas a la medicina. Nicolás Ramírez de Arellano, por entonces vocal del Consejo Superior de Salubridad, tuvo una iniciativa para que en todos los estados de la federación se organizara un servicio de vacuna, y una vez logrado esto, la vacunación se hiciera obligatoria.<sup>217</sup> Esta propuesta no se llevó a efecto de manera inmediata, pero se tomó en cuenta al redactar en Código Sanitario.<sup>218</sup>

La necesidad de establecer la vacuna obligatoria en todo el país durante los primeros cuatro meses de la vida de un niño, fue una de las conclusiones del Congreso Nacional de Higiene de 1883.<sup>219</sup> De hecho, el gobernador del estado de Veracruz declaró la obligatoriedad de la vacunación, a partir de dichas recomendaciones.<sup>220</sup>

En 1898, el Consejo de Salubridad comisionó a Malanco para ir a Europa a estudiar los establecimientos vacunadores, con la finalidad de mejorar los trabajos en el país, pero este médico murió trágicamente en Texas. Ese año, Huici envió a los gobernadores de los estados un cuestionario relativo a la vacuna. Les inquirió en él si en su entidad la vacunación era o no obligatoria; las medidas de que se valían para propagarla; si empleaban la vacuna animal, la humana o ambas, y en este último caso, a cuál daban preferencia; si había oficinas vacunadoras, y en caso afirmativo, cuántas; si existía reglamento relativo a la vacuna y personas encargadas de administrarla; si se llevaban estadísticas; si eran frecuentes en su entidad las epidemias de viruela, y cuál era la mortalidad producida por esa enfermedad. Este cuestionario tenía la función de reorganizar el servicio nacional de la vacuna.<sup>221</sup>

---

<sup>216</sup> BUSTAMANTE, 1977.

<sup>217</sup> COMISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, 1882b. La propuesta incluyó unas instrucciones para la aplicación de la vacuna. Sobre el intento de generalizar la vacuna, véase GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>218</sup> OROPEZA, 1921-1922.

<sup>219</sup> Véase el capítulo “Búsqueda de una organización nacional de salud: el Consejo Superior de Salubridad”.

<sup>220</sup> AHMV, *Ayuntamiento*, caja 321, vol. 436, f. 772-841: 785, 1881-1889.

<sup>221</sup> OROPEZA, 1921-1922.

Por otro lado, cuando los estados lo solicitaban, el Consejo Superior de Salubridad de la capital establecía servicios sanitarios para combatir las epidemias de viruela desarrolladas en ellos, como hizo en Torreón, en 1904, donde se aplicó de manera eficaz la vacuna, se aisló a los enfermos, se hicieron desinfecciones, y la epidemia fue dominada.<sup>222</sup>

Mientras que en 1891 se debieron a la viruela 14% de todas las defunciones registradas en el país: para 1903 la enfermedad fue responsable de sólo 0.23% de éstas.<sup>223</sup> En 1910, el Consejo aseguraba que la viruela que periódicamente hacía irrupciones epidémicas en la capital, había sido recluida a zonas apartadas, gracias a la generalización de la vacuna “entre la gente menesterosa que antes era refractaria a recibir la inoculación del virus salvador”.<sup>224</sup>

Ese año, el médico Luis E. Ruiz, en su calidad de concejal del ayuntamiento de México, hizo una nueva propuesta de extender en todo el país “contra la nefanda viruela [y] sus terribles ataques [...] la fecunda vacuna jenneriana”, y así extinguir la viruela de la patria, como se había hecho con la peste de Mazatlán y la fiebre amarilla del golfo de México. Sugirió que los estados, distritos y territorios federales se asociaran para proporcionar sus recursos, y celebrar el Centenario dejando establecidas las bases para extinguir la viruela en México.<sup>225</sup> Había, a finales del periodo, la proposición de reformar nuevamente el Código Sanitario, para dar más poder al Ejecutivo, sobre todo en lo tocante a la viruela, y hacer obligatoria la vacunación en todo el país, pero este proyecto se vio interrumpido por la revolución.<sup>226</sup>

A pesar de que las epidemias de viruela llegaban a durar hasta cuatro meses, que en ocasiones la letalidad<sup>227</sup> por ellas era altísima, y que sus secuelas –dentro de las que estaban la ceguera y la sordera– eran terribles, cerca de cincuenta epidemias de viruela en el siglo XIX habían enseñado a la población a convivir con ella.<sup>228</sup> No causaba el pánico que si iba a provocar el solo nombre de la peste.

---

<sup>222</sup> DÍAZ, 1904.

<sup>223</sup> GONZÁLEZ NAVARRO, 1970.

<sup>224</sup> “La salubridad en México”, *Boletín Oficial del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal*, México D.F., vol. XIV, núm. 7, 25 de enero de 1910, p. 97.

<sup>225</sup> “Iniciativa del II. Ayuntamiento de México, para practicar y extender la vacuna contra la viruela”, *Boletín Oficial del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal*, México D.F., vol. XIV, núm. 16, 25 de febrero de 1910, pp. 241-243: 242.

<sup>226</sup> LICEAGA, 1949.

<sup>227</sup> Tasa que suele expresarse como la proporción de personas con el diagnóstico de una cierta enfermedad, que mueren en un periodo determinado a consecuencia de dicha enfermedad.

<sup>228</sup> En 1919, los médicos mexicanos aún discutían cuál era el mejor método de vacunación. Ese año, el Departamento de Salubridad Pública –que al término de la Revolución sustituyó al Consejo Superior de Salubridad– expidió una orden para que sólo se utilizara la linfa animal en el combate a la viruela, y se hiciera obligatoria su aplicación. Uno de los éxitos más significativos de la medicina del siglo XX ha sido la erradicación de la viruela del planeta. En México, la

---

enfermedad se declaró erradicada el 16 de junio de 1952, después de un año sin casos. Se puso así fin a más de cuatro siglos de epidemias recurrentes e incapacitantes, y a 147 años de esfuerzos por vacunar a toda la población. Durante los últimos años de la campaña antivariolosa, algunos sectores de la población siguieron oponiéndose a la vacunación, y las profesiones sanitarias dieron sus mártires a aquélla. El último caso de infección natural de *variola major* en el mundo ocurrió en 1975, en Bangladesh, si bien la *variola minor* persistió en África hasta octubre de 1977. Actualmente, el virus sólo existe en laboratorios de investigación. BUSTAMANTE, 1977.





## Capítulo VIII

### Centralización de las actividades sanitarias: la campaña contra la peste



Vacunación pública de los poderosos de Mazatlán, durante la epidemia de peste de 1902-1903.

## La llegada de un extraño mal<sup>1</sup>

En los últimos meses del año 1902, los rumores recorrían el puerto de Mazatlán. Decenas de ratas atolondradas iban de un lado a otro antes de perecer, y cada vez más personas fallecían también a causa de un mal raro caracterizado por fiebre alta y ganglios inflamados. La enfermedad –decían los reportes– había comenzado en la zona en que estaban ubicados los muelles de desembarco y alijo, la Aduana Marítima y muchas viviendas de los alijadores o trabajadores del muelle,<sup>2</sup> y se había cebado después en los barrios por donde pasaba el caño del desagüe o había basureros.<sup>3</sup> Los médicos diagnosticaron tuberculosis, paludismo “linfangítico”, fiebre recurrente o pulmonía; mientras que la población denominó a la enfermedad “fiebre con bolas”. El doctor Felipe Mc Hatton, escocés que había vivido en Oriente, fue el primero en sospechar que el mal que amenazaba a la ciudad era la fatídica peste bubónica.<sup>4</sup>

En este capítulo, analizo la significación social de la epidemia de peste en los estados de Sinaloa y Baja California, en los años 1902 y 1903, así como la campaña sanitaria organizada para combatirla, que fue la primera en México basada en los emergentes campos científicos de la microbiología, la inmunología y la medicina tropical, y también la primera en que un estado cedió la dirección de las actividades sanitarias al gobierno federal. Busco mostrar que en ella la burocracia sanitaria y las autoridades políticas recurrieron al convencimiento pero sobre todo a la compulsión, y describo las formas de resistencia con que la población se opuso a las medidas sanitarias. Analizo las contradicciones que se dieron entre todos los actores implicados en la campaña, y explico las razones de su buen éxito. Señalo, por último, que la lucha de 1902-1903 contra la peste sirvió de modelo para las campañas sanitarias posteriores en el país.

La epidemia hizo que todos los ojos se volvieran hacia las condiciones higiénicas de Mazatlán. Decía un periódico mazatleco: “La fatalidad, más bien dicho, la falta de higiene pública, hizo que una epidemia aún no definida se ensañara en la población”.<sup>5</sup> Responsabilizaba al gobierno federal por la falta de drenaje en la ciudad, ya que el puerto pagaba a aquél por derechos de importación más de un millón de pesos anuales, gran parte de los cuales se empleaban para obras de

---

<sup>1</sup> Presenté un avance de este capítulo en el Simposio Latinoamericano No Una Sino Muchas Muertes, ciudad de México, 23 de agosto de 1995. Una versión muy similar del mismo es CARRILLO, Ana María (2005a). “¿Estado de peste o estado de sitio?: Sinaloa y Baja California, 1902-1903”, *Historia Mexicana*, vol. LIV, núm. 4, abril-junio de 2005, pp. 1049-1103.

<sup>2</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>3</sup> *El Popular*, Mazatlán, 11 de noviembre de 1902, p. 2.

<sup>4</sup> CARVAJAL, 1903.

<sup>5</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 31 de diciembre de 1902, p. 1.

ornato en la capital.<sup>6</sup> Igualmente, la prensa radical contrastaba las pingües rentas que proporcionaba Mazatlán a la federación con el regateo de la ayuda que ésta le proporcionaba,<sup>7</sup> si bien censuraba también al ayuntamiento de Mazatlán por no haberse acordado del drenaje o de las obras de saneamiento hasta la llegada de la enfermedad.<sup>8</sup>

Cierto, en Mazatlán la clase privilegiada vivía en zonas que contaban con red de agua potable, planta de energía eléctrica, servicio de teléfono y transporte colectivo de mulas o de vapor;<sup>9</sup> pero en otras áreas, las habitaciones se habían extendido entre cerros y marismas, y estaban rodeadas de lagunas, esteros y muladares; las calles eran estrechas y sucias; la mayoría de las casas eran oscuras, húmedas y mal ventiladas,<sup>10</sup> y muchas viviendas tenían albañales que echaban sus desechos a la playa.<sup>11</sup>

El médico Leopoldo Ortega –quien era prefecto del distrito–, convocó a todos los facultativos a una junta privada, para preguntarles su opinión sobre la enfermedad reinante. La reunión se realizó el 12 de diciembre, y los médicos, que decían haber visto 19 casos, concluyeron que se trataba de “paludismo de forma insólita” y como tratamiento, propusieron baños fríos e inyecciones hipodérmicas de quinina.<sup>12</sup> Los doctores ingleses Pearson y O’Leary, después de una visita al Hospital Civil donde presenciaron una autopsia, afirmaron que el mal que los enfermos padecían no era la peste.<sup>13</sup> (Luego se comprendería que habían hecho esta declaración para evitar que se diera patente sucia al crucero “Grafton” del que eran médicos, y que se impusieran a éste restricciones cuarentenarias.)<sup>14</sup>

A diferencia de los facultativos, la población reaccionó con alarma. El 10 de diciembre, *El Correo de la Tarde* informó que había preocupación en la ciudad por una epidemia que la gente denominaba “chaquetilla”;<sup>15</sup> y unos días después, señalaba: “[Los] vecinos ven con lente de aumento la enfermedad [y] se imaginan que somos presa de la terrible peste de Oriente”; pero, en su opinión, se trataba de “casos de paludismo que reviste una forma diferente”. Según el periódico, hacía más estragos el miedo que la enfermedad; sólo debían preocuparse aquellos que no seguían las

---

<sup>6</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 17 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>7</sup> *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 11 de enero de 1903, p. 27.

<sup>8</sup> *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 28 de diciembre de 1902, p. 1560.

<sup>9</sup> Vega Ayala citado por VALDÉS AGUILAR, 1985.

<sup>10</sup> CARVAJAL, 1903.

<sup>11</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 26 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>12</sup> CARVAJAL, 1903.

<sup>13</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 19 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>14</sup> BUTRON Y RÍOS, 1916.

<sup>15</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 10 de diciembre de 1902, p. 1.

reglas de la higiene, y puso como ejemplo la entonces reciente epidemia de fiebre amarilla en Orizaba que –aseguraba– no había atacado sino a los desaseados.<sup>16</sup> *El Popular* comentó que se había extendido la alarma por la presencia en el puerto de una fiebre que habían dado en llamar bubónica, y propuso poner en cuarentena a los rumores.<sup>17</sup>

En 1902, Mazatlán –que contaba con 18 mil habitantes–<sup>18</sup> era el principal puerto de Sinaloa, y el que representaba la más importante fuente de ingresos para el erario del estado. Había en él una numerosa colonia extranjera, integrada por empresarios, banqueros, comerciantes, industriales y profesionistas.<sup>19</sup> De 1877 a 1902, el valor de las exportaciones en el puerto había aumentado en 120%. De Mazatlán salían exportaciones de metales preciosos, azúcar, tabaco labrado, mantas y jabón; y se importaban textiles, vinos, loza, papel, abarrotos, maquinaria y material ferroviario.<sup>20</sup>

Una epidemia de fiebre amarilla en 1883 había cegado la actividad comercial del puerto, y éste había tardado mucho en recuperarse. Por eso, los comerciantes estuvieron muy atentos al desarrollo de la enfermedad.<sup>21</sup> A mediados de diciembre, solicitaron al prefecto una reunión de los médicos; pero éste les informó que la reunión ya había tenido lugar, y los facultativos no creían que la enfermedad reinante fuese la peste.<sup>22</sup>

Aunque las autoridades políticas tampoco reconocían que la peste hubiera invadido la Mazatlán, con la finalidad de calmar los ánimos, desde principios de diciembre la Prefectura creó una junta de mejoras materiales de la ciudad;<sup>23</sup> el ayuntamiento demandó a la abastecedora de agua que limpiara las tuberías,<sup>24</sup> decidió desecar pantanos, y destinó lugares para el lavado de ropa o caballos; nombró, asimismo, a dos médicos responsables para cada uno de los seis cuarteles en que estaba dividida Mazatlán,<sup>25</sup> y exigió a los habitantes que pintasen las fachadas de sus casas, lo cual, –al decir de algunos– no evitó la epidemia pero le dio buen aspecto a la ciudad.<sup>26</sup> También por disposición del cuerpo edilicio, la población tuvo que sacar a sus cerdos de la ciudad, pues se decía

---

<sup>16</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 15 de diciembre de 1902, 1.

<sup>17</sup> *El Popular*, Mazatlán, 24 de diciembre de 1902, p. 2.

<sup>18</sup> Diecisiete mil ochocientos cincuenta y siete pobladores había arrojado el censo de 1900, citado por BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>19</sup> Valadés citado por VALDÉS AGUILAR, 1985.

<sup>20</sup> Estadísticas económicas del porfiriato, citadas por ORTEGA y LÓPEZ MAÑÓN, 1987a.

<sup>21</sup> Lo que muestra que, al menos por lo que tocaba a sus intereses, tenían memoria histórica.

<sup>22</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 17 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>23</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 8 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>24</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 17 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>25</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 15 y 20 de diciembre de 1902, p. 4 y 1.

<sup>26</sup> *El Popular*, Mazatlán, 24 de diciembre de 1902, p. 2.

que éstos podían ser vehículos del contagio.<sup>27</sup> Las autoridades organizaron faenas de reos criminales custodiados por agentes de policía, que se ocupaban de limpiar los corrales y las calles;<sup>28</sup> trabajando en estas obras, en las que estaban expuestos a la “vergüenza pública”, los presos podían reducir a la mitad su tiempo de permanencia en la cárcel.<sup>29</sup>

### **Órdenes superiores de cercar y aniquilar a la enfermedad**

Las primeras noticias sobre la existencia de peste en la República Mexicana las tuvo Eduardo Liceaga en Nueva Orleans, donde se estaba llevando a cabo la reunión de la Asociación Americana [Canadiense, Mexicana y Cubana] de Salud Pública. Walter Wyman –cirujano general del Departamento de Salud Pública y del Servicio de Hospitales de Marina de los Estados Unidos– le comunicó el 11 de diciembre que en Ensenada de Todos los Santos, de la Baja California, había aparecido la enfermedad, y propuso que Samuel B. Grubbs –médico del Laboratorio de Bacteriología de aquel Departamento– fuera enviado a Ensenada, lo que el gobierno mexicano aceptó.<sup>30</sup>

A pesar de la opinión de los médicos de Mazatlán, José María Dávila –médico delegado del Consejo Superior de Salubridad en el puerto–, envió el 13 de diciembre un telegrama a Eduardo Liceaga: “En medio de paludismo reinante muy extendido y revistiendo formas graves [...] han aparecido algunos casos con infartos ganglionares inflamatorios, terminados algunos por supuración, ora en una ingle, ora en la axila o en el cuello [...]. Por carta recibida hoy de Ensenada sé de manera fidedigna que ahí existe enfermedad igual”.<sup>31</sup>

Liceaga le respondió de inmediato que, cualquiera que fuese la afección a que aludía, se pusiera de acuerdo con las autoridades locales para hacer aislamiento rigurosísimo de los enfermos y de quienes hubiesen estado en contacto con ellos, sin tomar en consideración sexo, edad o condición social; desinfección de sus habitaciones, ropas de uso y de cama; combate a ratas, ratones y pulgas; aseo de la ciudad y de las casas, y cremación de la basura; inspección domiciliaria casa por casa para buscar a los enfermos; incineración de casas no susceptibles de desinfección perfecta, y enterramiento de cadáveres de “epidemiados” en lugares especiales; establecimiento de estaciones

---

<sup>27</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 15 y 20 de diciembre de 1902, p. 1 y 1.

<sup>28</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 2 de diciembre de 1902, p. 2. *El Popular*, Mazatlán, 16 de diciembre de 1902, pp. 2-3.

<sup>29</sup> *El Popular*, Mazatlán, 11 de noviembre de 1902, p. 1.

<sup>30</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1, diciembre 1902-enero 1903.

<sup>31</sup> *Diario Oficial del Supremo Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos*, México D.F., 23 de diciembre de 1902, pp. 1-2. (El telegrama fue enviado el día 13 de ese mes.)

sanitarias en los caminos que iban a las poblaciones vecinas, y exigencia de pasaportes sanitarios a quienes quisieran salir de la ciudad. Al mismo tiempo, se dirigió al gobernador de Sinaloa y al jefe político de Mazatlán con la misma solicitud, les informó que quizá había ahí peste bubónica,<sup>32</sup> y les advirtió: “De la buena ejecución de esas medidas, depende que no se extienda en todo el país la terrible plaga bubónica, que causa destrozos inauditos.”<sup>33</sup>

El presidente Díaz pidió personalmente al prefecto de Mazatlán que se cumplieran esas disposiciones, aunque no tenía el poder para obligarlo a hacerlo. De acuerdo con el Código Sanitario, la federación autorizaba a intervenir en puertos y fronteras en casos de epidemias, pero la Constitución de 1857 –que tenía mayor jerarquía que la ley sanitaria– daba autonomía a cada estado para resolver sus problemas sanitarios.<sup>34</sup> A pesar de ello, las autoridades locales accedieron a la petición presidencial, y cuatro días después ya comenzaba la búsqueda de los enfermos y la persecución de las ratas. Hasta el 27 de diciembre de 1902, los miembros del Consejo Superior de Salubridad no tenían noticia de tales medidas. En su reunión secreta de ese día, Liceaga les informó que éstas habían sido dictadas por la Comisión de Asuntos Federales del Consejo, con autorización verbal de la Secretaría de Gobernación, de la que el organismo dependía.<sup>35</sup> El Consejo comisionaría, más tarde, a cuatro de sus miembros para ocuparse exclusivamente del caso.<sup>36</sup>

Si bien la descripción clínica de la epidemia había hecho comprender a Liceaga desde el primer momento que se trataba de casos de peste, para tener una certeza absoluta, envió al puerto a Octaviano González Fabela –responsable del Laboratorio de Bacteriología del Consejo de Salubridad–, quien llegó a la isla de Belvedere para hacer la autopsia a un paciente fallecido. Del cadáver de éste, el bacteriólogo extrajo productos para hacer investigaciones microscópicas; estudió también fragmentos viscerales y ganglios de otros cadáveres, reprodujo la enfermedad en cuyos, y comprobó bacteriológicamente la existencia de la peste. Observó, también, un caso de forma neumónica, y encontró el bacilo en los esputos. No fue nunca demostrado pero se supuso que el mal había llegado en el buque “Curaçao”, de matrícula estadounidense y procedente de San Francisco, que después de tocar Ensenada, arribó al puerto en octubre de 1902.<sup>37</sup>

---

<sup>32</sup> *Ibidem*.

<sup>33</sup> *Diario Oficial del Supremo Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos*, México D.F., 23 de diciembre de 1902, p. 3.

<sup>34</sup> Véase el capítulo “Reglamentarismo en zonas estratégicas: la legislación sanitaria”.

<sup>35</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión secreta del 27 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf].

<sup>36</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión secreta del 7 de mayo de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>37</sup> CARVAJAL, 1903.

*El Hijo del Ahuizote* criticó al Consejo de Salubridad por haber enviado a Mazatlán a González Fabela, a quien calificó como “perfectamente desconocido en el mundo científico”. Censuró, asimismo, que este miembro del organismo hubiese bautizado “dogmáticamente” a la enfermedad con el nombre de peste bubónica, cuando la mayor parte de los médicos de Mazatlán opinaban que era una “fiebre malaria de carácter infeccioso” que tenía como causa las pésimas condiciones higiénicas del puerto.<sup>38</sup> En realidad, el doctor González Fabela era un médico instruido en bacteriología (se había preparado en la Universidad de Harvard),<sup>39</sup> y su diagnóstico era correcto.

Grubbs, por su parte, llegó a Ensenada el 17 de diciembre, y para finales de ese mes había averiguado que en esa población se habían presentado casos muy aislados. La prensa informó que la peste había llegado a ese puerto desde mayo de 1902,<sup>40</sup> mientras que el enviado estadounidense situó los primeros casos en diciembre del año anterior,<sup>41</sup> y comunicó al Consejo de Salubridad sus resultados exactamente el mismo día que González Fabela lo hizo con los suyos. Ya no había duda: la enfermedad que afectaba a la costa oeste de la República Mexicana era la peste, a la que Galeno había calificado de mortal, porque era capaz de quitar la vida a los más y perdonar a los menos.<sup>42</sup> Sin embargo, en enero de 1903, todavía doce de los catorce médicos de Mazatlán seguirían diagnosticando “fiebre ganglionar”, “fiebre sospechosa” o “fiebre contagiosa”, en oposición al diagnóstico de peste hecho por el bacteriólogo del Consejo,<sup>43</sup> y lo mismo pasaba con la Junta de Caridad de esa población.<sup>44</sup>

El administrador de correos de Ensenada había dado a sus jefes el primer aviso sobre la enfermedad el día 3 de diciembre, si bien el Consejo de Salubridad lo conoció mucho más tarde. Los primeros casos se dieron, al parecer, en personas de las familias más ricas, que no habían salido del puerto, y al tiempo que ocurría la muerte de ratas, lo mismo que de conejos que criaba la población.

Existe en esta ciudad –reportaba el administrador– una terrible enfermedad que tiene alarmados a todos los habitantes de este puerto, porque con la asistencia y auxilio de cinco médicos de la localidad, no ha podido salvarse ni uno solo de los individuos que han sido atacados, contándose ya como doce casos. La enfermedad que ha causado las últimas defunciones entre personas de las familias más conocidas de esta población se

---

<sup>38</sup> *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 11 y 18 de enero de 1903, pp. 27-30 y p. 30.

<sup>39</sup> CARRILLO, 2001b.

<sup>40</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 29 de diciembre de 1902, p. 4.

<sup>41</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, 20 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf]. *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1, diciembre de 1902-enero de 1903.

<sup>42</sup> ZUBIRI VIDAL y ZUBIRI DE SALINAS [s/fe].

<sup>43</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1, diciembre de 1902-enero de 1903.

<sup>44</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903. BUTRÓN Y RÍOS, 1916.



presenta con los síntomas siguientes: el enfermo comienza a sentir [...] quebrantos del cuerpo [...] amargor de boca y después entra en [...] calentura [...]. El signo característico de la segura muerte de la persona atacada se revela por una bola que le sale en las partes blandas ya sea del cuello o de las ingles, que a medida que se desarrolla presenta el aspecto como de un rollo de nervios amontonados y negros, causando al paciente un intenso dolor, que o le priva del sentido o le produce desesperación, que sólo calma con larga y penosa agonía, quedando después el cadáver en estado de descomposición.<sup>45</sup>

La opinión de B. H. Peterson –delegado del Consejo en ese puerto– era que se trataba de “fiebre remitente perniciosa y tifoidea”, y lo mismo que otros médicos de la zona aseguraba que no era contagiosa. Durante los seis últimos meses, se habían presentado diez casos fatales, dos de ellos en la prisión; pero no habían sido atacados ni el cuartel ni el barrio chino, en el que habitaban más de cien personas. A pesar de lo anterior, se atribuía a los chinos haber llevado la enfermedad a Ensenada.<sup>46</sup>

Las autoridades políticas optaron por la limpieza, y muchos pobladores por huir del lugar. A finales de 1902, el doctor Grubbs consideró que la epidemia había terminado, pues aunque confirmó la presencia de peste en un enfermo no encontró casos nuevos. Sin embargo, en enero del siguiente año había reportes de que la población estaba tratando de ocultar a los enfermos.<sup>47</sup>

A inicios del siglo había en el país más de 70,000 kilómetros de red telegráfica, pero Baja California era el único territorio de la república que no estaba comunicado por este medio con el resto del país. Esta es una de las razones por las que el Consejo Superior de Salubridad supo tardíamente de la existencia de la epidemia e intervino de manera muy limitada para combatirla a pesar de tener ahí un delegado. Al parecer, la epidemia de peste perdió su fuerza por la poca densidad de población del puerto.<sup>48</sup>

A finales de diciembre, se comunicó oficialmente la existencia del mal a todas las autoridades de la república, al público en general y a la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, de acuerdo con la resolución adoptada en la Primera Convención Internacional Sanitaria que se había reunido en Washington del 2 al 5 de diciembre de ese mismo año.<sup>49</sup>

---

<sup>45</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903, p. 38.

<sup>46</sup> *Ibidem*.

<sup>47</sup> *Ibidem*.

<sup>48</sup> Y puede decirse que aún debe ser historizada.

<sup>49</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, 31 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf]. LICEAGA, 1903a. LICEAGA, 1903b. Véase el capítulo “Imperialismo y sanidad: internacionalización de la salud pública”.

A lo largo de la epidemia, el Consejo de Salubridad publicó cuatro números de un boletín extraordinario acerca de la peste, en español, inglés y francés. Con dicho boletín buscaba informar a los habitantes y autoridades políticas del país, así como a los agentes diplomáticos y consulares del extranjero, acerca de la marcha de la epidemia y las medidas tomadas para sofocarla. En él fue reproducida toda comunicación habida entre el Consejo y los médicos, así como las autoridades políticas y sanitarias, sin omitir errores, inexactitudes o contradicciones.<sup>50</sup>

Sin embargo, no siempre hubo acuerdo entre los organismos gubernamentales. En una sesión del Consejo Superior de Salubridad, se informó que la Secretaría de Relaciones Exteriores de Nicaragua había preguntado a su homóloga en México por la enfermedad reinante en Mazatlán, a lo que ésta había contestado: “La peste en Mazatlán es benigna y completamente local”;<sup>51</sup> mientras que el Consejo insistió siempre en la gravedad del mal, y en sus posibles consecuencias.<sup>52</sup>

### **La pandemia, las pulgas y las ratas**

Esta epidemia correspondió a la tercera pandemia histórica de peste, la cual tuvo su origen en la provincia de Yunnan y en la comarca Quan-Si, colindante con Tonkín, en 1894. El mal se extendió a Cantón, Hong-Kong y Macao. En 1896, había llegado a Bombay, desde donde se extendió a los puertos vecinos por vía marítima, y más tarde, a Europa, África y América.<sup>53</sup> La extensión de la pandemia era indicativa de las nuevas facilidades para la transmisión de las enfermedades, abiertas por el comercio moderno, los lazos coloniales y neocoloniales, y el desarrollo del transporte.<sup>54</sup>

Si bien entre 1896 y 1914 la peste bubónica mató a cerca de ocho millones de personas,<sup>55</sup> otras enfermedades fueron causantes de mayor morbilidad y mortalidad.<sup>56</sup> A pesar de ello, en el combate a la peste de finales del siglo XIX triunfó en Europa el modelo militar de salud pública, que luego ese continente exportó al resto del mundo, lo cual parece confirmar la tesis de que la violencia de la reacción no siempre es equivalente a la violencia de la enfermedad.<sup>57</sup>

---

<sup>50</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1, diciembre 1902-enero 1903; núm. 2, enero-febrero de 1903; núm. 3, febrero y marzo de 1903; núm. 4, marzo-junio de 1903.

<sup>51</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 7 de enero de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>52</sup> PESET y PESET (1972), señalan que con frecuencia un país declaraba cerrado al comercio un puerto “apestado”, para evitar que las naciones extranjeras se negaran a comerciar con él del todo.

<sup>53</sup> POLLITZER, 1954.

<sup>54</sup> ARNOLD, 1988b.

<sup>55</sup> POLLITZER, 1954. HIRST, 1953. Esta estadística toma en cuenta sólo los casos confirmados.

<sup>56</sup> En ese mismo periodo, la tuberculosis y la malaria causaron la muerte de por lo menos el doble de personas. Klein citado por CHANDA VARKAR, 1992. Véase también CUETO, 1991.

<sup>57</sup> SLACK, 1992.

Cuando en 1900 se dieron casos de peste en San Diego, San Francisco, y en algunos puertos de Brasil y Argentina, el Consejo Superior de Salubridad de México propuso adiciones al Reglamento de Sanidad Marítima expedido en 1894, las cuales fueron aprobadas por el presidente de la república.<sup>58</sup> Dichas adiciones estaban enteramente de acuerdo con las Convenciones Sanitarias realizadas en Europa, en particular con la Convención de 1897, que se había reunido en Venecia para analizar la pandemia de peste.<sup>59</sup> Esta convención favoreció la inspección médica de los viajeros y de sus efectos personales, así como otras drásticas medidas sobre el embargo de mercancías, justificadas por el saber médico.<sup>60</sup>

En 1900, *El Imparcial* y *El País* discutían si la peste bubónica había llegado o no a México. El primero aseguraba que no era así, pero el segundo juraba que ya estaba en Guaymas.<sup>61</sup> El Estado mexicano negó rotundamente esos rumores, lo mismo que aquéllos de que había peste en Cozumel.<sup>62</sup> Durante la epidemia de 1902-1903, en repetidas ocasiones Liceaga afirmó que la peste no se había presentado antes en México, razón por la que no se le había mencionado en el Código Sanitario de 1891 ni en el reformado de 1894,<sup>63</sup> aunque quizá haya habido epidemias de peste en la época colonial.<sup>64</sup>

Muchas epidemias del pasado no pueden ser correctamente identificadas, pues varios documentos antiguos empleaban el término genérico de “peste”, para epidemias de diferentes enfermedades. También es posible que, en el siglo XX, la enfermedad hubiese pasado inadvertida para el Consejo de Salubridad en alguna población alejada. En 1902, la familia de un enfermo de peste en Ensenada, la cual había emigrado hacia un año de San José del Cabo, aseguraba que casos

---

<sup>58</sup> Dentro de ellas, que los buques infestados de peste debían llegar con la bandera amarilla izada, y purgar cuarentena en la isla de Sacrificios, Veracruz (en el Golfo), o en isla de La Roqueta, Acapulco (en el Pacífico). El buque debía quedar cerca del lazareto en que se aislara a los enfermos, para hacer posible la observación del resto de los pasajeros durante diez días, a partir de la aparición del último caso de enfermedad. Se desinfectaría el buque y la ropa sucia y los efectos de los pasajeros. Se procuraría matar a las ratas y ratones del barco. Sólo en caso de no haber un nuevo caso en diez días se permitiría el desembarco de los pasajeros. “Disposiciones sanitarias comunicadas a fin de impedir la introducción de la peste bubónica en la República Mexicana. Noticias de la peste”, AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 2, exp. 10, 282 f., septiembre de 1899-enero de 1901. RAMÍREZ, 1902.

<sup>59</sup> LICEAGA, 1916.

<sup>60</sup> HIRST, 1953. CHANDAVARKAR, 1992.

<sup>61</sup> *El Imparcial* y *El País* citados por *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 17 de junio de 1900, p. 378.

<sup>62</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al*, 1960, aseguran que en 1892 se presentó una epidemia grave de peste en Mazatlán. Aparentemente, confunden la epidemia de 1902 con esta supuesta epidemia.

<sup>63</sup> LICEAGA, 1903a.

<sup>64</sup> CUENYA MATEOS, 1999.

de esa enfermedad se habían presentado en aquella población en 1901, con algunos niños muertos.<sup>65</sup> Pero, al parecer, antes de esta pandemia, muchos países habían permanecido indemnes a la peste.<sup>66</sup>

En 1902, el cónsul general de Buenos Aires comunicó a México que en Paraguay reinaba la enfermedad.<sup>67</sup> Por su parte, con la finalidad de proteger sus actividades comerciales, las autoridades estadounidenses llevaban años declarando al puerto de San Francisco libre de la peste.<sup>68</sup> Esto estaba en franca oposición con lo que planteaban en reuniones internacionales, en el sentido de que hubiese comunicación entre países vecinos cuando una epidemia se presentara en algún lugar. A principios de 1902, en el *Diario Oficial* se declaró a San Francisco sospechoso de peste.<sup>69</sup>

Cuando la enfermedad llegó a México, hacía ocho años que, en Hong Kong, el suizo Alexandre Yersin –discípulo de Pasteur y Roux–, y el japonés Shibasaburo Kitasato –quien había trabajado con Koch– habían identificado casi al mismo tiempo al bacilo pestoso al que se denominó *Yersinia pestis*. En 1898, el bacteriólogo francés Paul L. Simond identificó a la peste como enfermedad de las ratas y postuló que la transmisión de la enfermedad al hombre se efectuaba principalmente a través de las pulgas de estos roedores, que al picar inoculan las bacterias contenidas en el canal intestinal.<sup>70</sup>

Los síntomas de la peste bubónica están entre los más gráficos de todas las enfermedades. La enfermedad en el hombre adopta diversas formas clínicas: la peste bubónica (que se trasmite al hombre por la picadura de la pulga de rata, y se caracteriza por producir fiebre, bubones dolorosos –sobre todo en los ganglios linfáticos y la zona inguinal– que pueden supurar, y gran compromiso del estado general); la peste neumónica (que puede producirse como complicación de la peste bubónica al diseminarse el bacilo causal a través de la sangre, y llegar a los pulmones, o transmitirse de persona a persona, mediante las gotitas de saliva expulsadas por los enfermos al estornudar o toser; la cual se manifiesta con dolor en el pecho, dificultad para respirar, y hemorragia procedente de los

---

<sup>65</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903.

<sup>66</sup> William H. McNeill asume que la peste bubónica era común en China desde comienzos del siglo XVII; en cambio, Kasuga, T. sostiene que la primera epidemia de peste en Japón ocurrió en 1899, citados por BOWMAN JANNETTA, 1987. Cuando la peste llegó a Bombay en 1896, la enfermedad había sido escasamente conocida ahí durante varias centurias, CATANACH, 1988. También Recife, Brasil, sufrió su primera epidemia de peste en 1902, ARCOVERDE DE FREITAS, 1988. A Chile, la peste bubónica llegó en 1906. ILLANES, 1993.

<sup>67</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, 13 de septiembre y 31 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf].

<sup>68</sup> BUTRON Y RÍOS, 1916. SHAH, 2001.

<sup>69</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, 4 de febrero de 1902, 209 f. [s/nf].

<sup>70</sup> Este descubrimiento es ampliamente descrito por HIRST, 1953. CATANACH, 1988. BOWMAN JANNETTA, 1987.

pulmones); ambas pueden evolucionar a la peste septicémica, con diseminación por la corriente sanguínea a diversas partes del cuerpo, entre ellas las meninges.<sup>71</sup>

### **Legislación sanitaria y medidas emergentes de salubridad**

La sola mención de la peste provocaba terror, y es que –como han hecho notar innumerables autores– el miedo está muchas veces asociado a la memoria colectiva sobre un padecimiento en particular.<sup>72</sup> Esto hizo que el Consejo Superior de Salubridad formara una comisión especial con la tarea de reformar de manera inmediata el Código Sanitario.<sup>73</sup> La comisión redactó un nuevo código, que entró en vigor el 15 de enero de 1903, el cual incluía a la peste bubónica. Estipulaba que, de existir casos de dicha enfermedad en un puerto mexicano, a los barcos que salieran de éste se les expediría “patente sucia” (Art. 23). Los casos de peste bubónica, así como la fecha de la aparición de éstos, debían ser comunicados por los cónsules de México en el extranjero (Art. 24). La peste bubónica quedaba incluida dentro de las enfermedades, en las que los médicos estaban obligados a declarar los casos sospechosos o confirmados (Art. 40), y en las que las autoridades estaban autorizadas para someter a los atacados a aislamiento, desinfectar sus habitaciones y ropa, destruir a los animales conductores del contagio, y establecer estaciones sanitarias para practicar la inspección de pasajeros (Art. 42).<sup>74</sup>

Para evitar que la peste se propagase por mar, el Consejo ordenó a los puertos del Pacífico donde no había delegados de ese organismo (San Benito, Tonalá, Puerto Ángel, Salina Cruz, Santa Rosalía, La Paz y San José del Cabo), que se abstuviesen de recibir buques procedentes de Mazatlán o de Ensenada, o que hubiesen tocado esos puntos en su travesía. En los puertos en los que sí había delegado del organismo (Guaymas, San Blas, Manzanillo y Acapulco) los sospechosos tenían que permanecer en observación durante diez días, y los enfermos debían ser enviados a Acapulco, que era el único puerto en el Pacífico con lazareto federal.<sup>75</sup>

Pero no sólo en las zonas atacadas por la peste se tomaron medidas de higiene privada y pública. En El Fuerte –en donde había entonces escarlatina maligna– y otros lugares de Sinaloa, las

---

<sup>71</sup> BENENSON (ed.), 1992.

<sup>72</sup> Desde la Muerte Negra la palabra “peste” despertaba temores especiales en Occidente. PESET y PESET, 1972. GOTTFRIED, 1983. CATANACH, 1988. CUETO, 1991. SLACK, 1992.

<sup>73</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión secreta del 20 de diciembre del 1902, 209 f. [s/nf].

<sup>74</sup> CÓDIGO SANITARIO, 1902.

<sup>75</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión secreta del 27 de diciembre del 1902, 209 f. [s/nf]. Sin embargo, no se impuso cuarentena a todos los puertos del Pacífico, como afirma SÁNCHEZ ROSALES, 2002.

autoridades detenían a los carruajes que debían entregar la correspondencia, para fumigarla, aunque el Consejo de Salubridad había dicho que la acción era innecesaria.<sup>76</sup> En el mineral del Rosario, también en Sinaloa, a donde llegaban a diario mazatlecos que huían de la epidemia, se crearon una Junta de Sanidad y otra de Caridad, integradas la primera por los médicos y los “principales vecinos” del lugar, y la segunda, por “damas respetables” del mineral –la cual se propuso reabrir, con suscriptores particulares, el Hospital Civil, entonces cerrado–.<sup>77</sup> La Cámara de Comercio de Culiacán se negó a recibir mercancías de Mazatlán, desinfectadas ahí y en Guaymas.<sup>78</sup>

En Guaymas, Sonora, se construyeron dos barracas: una para enfermos y otra para sospechosos,<sup>79</sup> y el gobernador Rafael Izábal, fue al puerto a vigilar personalmente<sup>80</sup> la llegada de los buques;<sup>81</sup> además, el presidente municipal decretó un reglamento para el aseo interior y exterior de las casas y solares. Con ese fin, se constituyó una inspección de vigilancia en la que todos los vecinos tenían la obligación de participar, salvo impedimento físico comprobado y so pena de 5 a 25 pesos de multa o de cinco a diez días de arresto.<sup>82</sup>

En el territorio de Tepic, fuerzas militares cubrieron toda la línea divisoria con el estado de Sinaloa; en el río de la Bayona y en otros puntos del territorio, se instalaron estaciones sanitarias en las que un médico revisaba a los pasajeros, y los destacamentos de rurales impedían el paso a los enfermos.<sup>83</sup> El jefe político de Tepic expidió una proclama en que autorizó a detener en las estaciones sanitarias no sólo a los enfermos sino también a los pasajeros sanos.<sup>84</sup>

---

<sup>76</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión secreta del 20 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf] y caja 12, exp. 3, sesión del 18 de febrero de 1903, 299 f. [s/nf]. *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 20 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>77</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 30 de diciembre de 1902, p. 2.

<sup>78</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 14 de marzo de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>79</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 26 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>80</sup> En 1906, también personalmente reprimió y perseguiría a los mineros en huelga en Cananea.

<sup>81</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión del 13 de septiembre de 1902, 209 f. [s/nf]. *La Constitución. Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Sonora*, Hermosillo, 23 de diciembre de 1902, p. 1. LICEAGA, 1903a. En enero de 1903, el general Luis E. Torres sustituyó a Izábal en la gubernatura del estado, y trató de evitar también la llegada de la peste. VÁZQUEZ FUENTES y MURO DÁVILA, 2003.

<sup>82</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 31 de diciembre de 1902, p. 2. BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>83</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión secreta del 27 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf]. *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 30 de diciembre de 1902, p. 2.

<sup>84</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1, diciembre 1902-enero 1903.

El gobierno de Durango emitió un dictamen para evitar la llegada del mal,<sup>85</sup> prohibió la entrada de carga y pasajeros provenientes de Sinaloa,<sup>86</sup> suspendió el servicio de correos entre ambos estados,<sup>87</sup> y estableció después, por su cuenta, dos estaciones sanitarias, para defenderse de la epidemia.<sup>88</sup>

En Colima –ciudad en la que había en esa época fiebre amarilla–, se formó un servicio de sanidad, con un inspector y dos agentes por cuartel,<sup>89</sup> y en Manzanillo, se constituyó una Junta Permanente de Beneficencia y Sanidad.<sup>90</sup> La Junta Auxiliar de Salubridad en el puerto de Acapulco pidió presupuesto a la federación para tomar precauciones contra la peste.<sup>91</sup> En Tamaulipas, se estableció un Comité de Caridad y Salud Pública presidido por el gobernador, algunos de cuyos miembros integraron después –con todos los médicos de la ciudad– una Junta Menor de Sanidad, de la que dependía una brigada de aseo.<sup>92</sup> La Junta de Sanidad de Torreón, Coahuila, se ocupó del saneamiento de la ciudad.<sup>93</sup> Los puertos del golfo de México tomaron medidas,<sup>94</sup> y en un punto tan lejano como Campeche, las autoridades pensaron también en el modo de enfrentar un eventual ataque de peste, y nombraron una junta facultativa.<sup>95</sup>

Por lo que toca al extranjero, en Centro y Sudamérica se negaron a recibir los vapores que hubiesen tocado Ensenada o Mazatlán, aunque hubieran sido desinfectados.<sup>96</sup> El gobierno de Cuba envió un médico a Mazatlán para estudiar la epidemia y estableció una cuarentena para todos los vapores provenientes de México, la cual no levantó hasta mediados de abril de 1903. También

---

85 AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 18 de abril de 1903, 299 f. [s/nf].

86 *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 31 de diciembre de 1902, p. 4.

87 AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión secreta del 20 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf].

88 LICEAGA, 1903a.

89 *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, diciembre 16 de 1902, p. 1. AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión secreta del 27 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf] y caja 12, exp. 3, sesión del 28 de marzo e 1903, 299 f. [s/nf].

90 AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 25 de abril de 1903, 299 f. [s/nf].

91 AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 21 de marzo de 1903, 299 f. [s/nf].

92 *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas*, Ciudad Victoria, 12 de enero de 1904, p. 3.

93 *El Coahuilense. Periódico Oficial del Estado de Coahuila*, Saltillo, 16 de abril de 1904, p. 4.

94 “Medidas para evitar la propagación de la peste bubónica por tierra y mar”, *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, Xalapa, 3 de febrero de 1903, p. 1.

95 *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Campeche*, Campeche, 29 de enero de 1903, p. 1.

96 AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesiones del 24 y 28 de enero, 18 de febrero y 15 de abril de 1903, 299 f. [s/nf].

Estados Unidos envió a un médico de los Hospitales de la Marina de ese país.<sup>97</sup> Varios países europeos declararon infestado por la peste al puerto de Mazatlán.<sup>98</sup>

### **Cañedo y el terror sanitario**

La peste en Mazatlán ocurrió dentro del lapso de la vida sinaloense que va de 1877 a 1909, y que los historiadores han denominado “era de Francisco Cañedo”, pues de los nueve periodos gubernamentales que hubo entonces, siete fueron ejercidos por el general Cañedo.<sup>99</sup> En esa época, se dio la incorporación de Sinaloa a la sociedad nacional. Hubo en el estado un importante crecimiento económico que benefició a un grupo reducido de la población; se desarrolló la agricultura comercial y se incrementó el latifundismo. El número de alumnos atendidos por la educación elemental aumentó al doble en la era de Cañedo. También mejoraron las comunicaciones, particularmente el ferrocarril;<sup>100</sup> ya existía la epidemia, cuando se firmó un contrato con la Compañía Ferrocarrilera Internacional para la construcción del ferrocarril Durango-Mazatlán.<sup>101</sup>

Sin embargo, las condiciones de vida del pueblo eran precarias (el salario, por ejemplo, iba de 25 centavos a 1 peso diario). En lo político, la era de Cañedo se caracterizó por el asesinato a los opositores al régimen, la manipulación de las elecciones y el nombramiento por parte del gobernador o del Tribunal de Justicia, de los puestos de prefectos, directores políticos y alcaldes, que habían sido antes de elección popular;<sup>102</sup> por ello, para el pueblo sinaloense significó un retroceso en el ejercicio de sus derechos de participación en la vida pública del estado.<sup>103</sup>

El gobernador Cañedo llegó al puerto el 20 de diciembre de 1902, fungió como presidente del Consejo de Sanidad de Sinaloa desde el 5 de enero de 1903 en que el organismo fue creado por disposición de la Secretaría de Gobernación<sup>104</sup> y, con el mismo rigor con que persiguió a los indios mayos y yaquis y a todos sus opositores políticos, encabezó una campaña efectiva –aunque autoritaria– contra la epidemia de peste. El Consejo de Sanidad de Sinaloa, incluyendo a Cañedo,

---

<sup>97</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 28 de febrero de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>98</sup> Holanda, como ejemplo, lo hizo a finales de enero de 1903. *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903.

<sup>99</sup> Pompa y Pompa citado por ORTEGA Y LÓPEZ MAÑÓN, 1987b.

<sup>100</sup> ORTEGA Y LÓPEZ MAÑÓN, 1987a.

<sup>101</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 9 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>102</sup> ORTEGA Y LÓPEZ MAÑÓN, 1987a. Hechos que también tenían lugar en el resto del país.

<sup>103</sup> Buelna; Olea; Nakayama citados por ORTEGA Y LÓPEZ MAÑÓN, 1987a.

<sup>104</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión del 31 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf].



cedió la dirección de la campaña al Consejo Superior de Salubridad, con sede en la capital del país, el cual recibía noticias por cinco conductos oficiales.<sup>105</sup> Los comerciantes y empresarios crearon, también el 5 de enero, una Junta de Caridad para arbitrar recursos, donar medicamentos, establecer un hospital, ayudar a identificar a quienes no estaban vacunados, así como aislar a enfermos y convalecientes.<sup>106</sup>

La campaña en México fue similar a otras que contra la peste se llevaban a cabo en el mundo. Slack ha señalado que si bien en el último tercio del siglo XIX se hicieron los descubrimientos que establecieron mucho de lo que sabemos sobre la peste, las medidas adoptadas en contra de la enfermedad en esa época fueron reminiscencias de las seguidas en las epidemias medievales.<sup>107</sup>

En la epidemia de principios del siglo XX en México, el peso de gran parte de las medidas que entonces se tomaron recayó en la población. Cuando se conocieron las medidas dictadas por el Consejo Superior de Salubridad, cundió el pánico: disminuyó la asistencia de niños a las escuelas,<sup>108</sup> y la población –incluyendo la familia de Cañedo– huyó en masa de Mazatlán a otras poblaciones del estado o del país; hubo días en que salieron mil personas.<sup>109</sup> Doce mil de sus 18 mil habitantes acabaron abandonando Mazatlán: dependiendo de sus posibilidades, salieron en barco, en carruaje, a caballo, en burro, en bicicleta o a pie.<sup>110</sup> En una sesión secreta del Consejo Superior de Salubridad, Liceaga informó que la enfermedad iba en aumento y eran tantos los habitantes que huían del azote, que era imposible hacer la desinfección de todos los equipajes.<sup>111</sup>

Desde el 21 de diciembre de 1902, los médicos expidieron certificados a quienes estaban sanos, y deseaban emigrar de la ciudad por vía marítima o terrestre, y levantaron estaciones sanitarias. En ellas, eran detenidos tanto los que viajaban sin pasaportes médicos como los que presentaban síntomas de peste.<sup>112</sup> Aunque los pasajeros no tuvieran calentura, se les hacía una

---

<sup>105</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp.1, f. 193, 1891-1905.

<sup>106</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 213-b, 1891-1905.

<sup>107</sup> Slack citado por CHANDAVARKAR, 1992. El control italiano de la peste consistía de cinco elementos: control del desplazamiento humano entre regiones infestadas y exentas de peste por medio de cuarentenas marítimas o terrestres, sepultura de muertos por esa enfermedad en fosas especiales y destrucción de sus efectos personales, aislamiento de los enfermos y de sus familiares en lugares destinados a ese fin, atención médica gratuita y alimentación de los aislados por parte de la unidad impositiva local, y provisión de subsistencias para los arruinados por el cierre de mercados. WATTS, 1997.

<sup>108</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 16 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>109</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 24 de diciembre de 1902, p. 2. CARVAJAL, 1903.

<sup>110</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 30 de diciembre de 1902, p. 2.

<sup>111</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1, diciembre 1902-enero 1903. AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión sesión secreta del 7 de enero de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>112</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 23 de diciembre de 1902, p. 1.

inspección escrupulosa en busca de bubones; Liceaga propuso el empleo de parteras para revisar a las señoras.<sup>113</sup> Las autoridades establecieron un primer grupo de estaciones sanitarias en las poblaciones del distrito de Mazatlán; un segundo grupo de ellas quedó instalado en los distritos vecinos, y aun un tercero en otros estados, para seguir revisando a los pasajeros y que nadie escapara. (Dichas estaciones sanitarias contaban con un departamento para baños, otro para estufa de desinfección, cámara para fumigación de mercancías y equipajes, y habitaciones para el personal de servicio.)

Como la ciencia había aceptado que el periodo de incubación pestosa duraba hasta diez días, las personas no inmunizadas provenientes de puntos infestados o que hubiesen pasado por ellos, eran detenidas en las estaciones sanitarias para su observación durante 240 horas.<sup>114</sup> Aun en el caso de que las personas llevaran pasaportes sanitarios, volvían a ser reconocidas por médicos, y lo mismo ocurría al llegar a su destino.<sup>115</sup> En las estaciones sanitarias, las personas estaban muchas veces aglomeradas, sin alimentos y sin recursos médicos.<sup>116</sup> El garitón de Mazatlán donde estaba establecida la vigilancia de la aduana, se llenó de ratas, por lo que tuvo que ser incinerado.<sup>117</sup>

Los enfermos empezaron a ser vistos “no como seres agobiados por el sufrimiento y expuestos quizá a la muerte por la misma enfermedad, sino [...] como agentes de trasmisión del mal de que [adolecían]”<sup>118</sup> y “un peligro para la comunidad” en la cual vivían,<sup>119</sup> razón por la que se les aisló. El Consejo de Sanidad de Sinaloa formó una brigada comandada por médicos e integrada por 125 agentes, que inspeccionaban casa por casa, tomaban la temperatura a todos los pobladores dos veces al día, y descubrían a los enfermos que trataban de ocultarse, con la finalidad de aislarlos; se apoyaban en la policía cuando esto era necesario.<sup>120</sup> El aislamiento se hacía de manera rigurosísima con todas las clases sociales; sin embargo, a “las personas acomodadas” se les dejaba permanecer en su domicilio,<sup>121</sup> mientras que los pobres eran aislados en las celdas del manicomio del Hospital Civil.

---

<sup>113</sup> A diferencia de lo que pasaba en el Perú, donde a las mujeres no se les revisaba concienzudamente. CUETO, 1991, o de la India, donde ellas eran revisadas en la calle, a la vista de todos, por los soldados. CHANDAVARKAR, 1992.

<sup>114</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 27 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>115</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>116</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 24 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>117</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903.

<sup>118</sup> LICEAGA, 1911c: 4. De acuerdo con este higienista, sólo por ignorancia, la población se oponía al aislamiento de los enfermos de peste o de difteria.

<sup>119</sup> *Ibidem*.

<sup>120</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>121</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 19 de diciembre de 1902, p. 1. *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1, diciembre 1902-enero 1903.

A partir del 19 de diciembre, los atacados fueron llevados a un lazareto, consistente en barracas de madera, que se construyó en la isla de Belvedere, con lo que esta antigua zona de recreo se convirtió en “albergue de dolor”. El lazareto contaba con vestíbulo para médicos, pabellones para enfermos y convecientes, cocina, baños y farmacia.<sup>122</sup> Periodistas que habían visitado el lugar aseguraban que su higiene era excelente; que los enfermos no tenían queja de él y estaban bien alimentados (leche, carne, pan, huevos, jerez y té con cognac). Afirmaban, también, que se salvaban más enfermos entre los que iban al lazareto que entre los que eran atendidos en sus casas.<sup>123</sup> Sin embargo, el pueblo tenía terror a ese lugar de aislamiento.<sup>124</sup>

Los deudos de los enfermos y los sospechosos en general eran observados en unas barracas construidas para tal efecto en Lomas de Velódromo, una zona inmediata a la playa y en las afueras de la ciudad; si llegaban a presentar calentura y dolor inguinal, se les trasladaba al lazareto. Las personas que atendían a los enfermos también permanecían aisladas en barracas.<sup>125</sup> Hasta el 14 de abril, fueron aisladas en ellas 2,146 personas. A su llegada se les hacía bañar y se les daba una muda de ropa nueva. Recibían luz, combustible, agua y 35 centavos diarios con los que se surtían de alimentos en expendios que había en el lugar. Al salir, recibían otra muda de ropa nueva y 5 pesos.<sup>126</sup>

Para aislar a los convecientes durante cuatro semanas (periodo durante el cual el coco bacilo pestoso se observaba en su sangre) se usó el fuerte militar. Ahí, existían las mismas reglas que en las barracas, pero se aplicaban con mayor rigor.<sup>127</sup> Al salir de estos lugares, a los pobres se les daba ropa y dinero.<sup>128</sup> *El Hijo del Ahuizote* censuró el aislamiento de los enfermos en barracas de madera, y otras acciones a las que consideraba medidas desprovistas de ciencia más terribles que el mismo mal.<sup>129</sup> De acuerdo con los reportes del mismo Cañedo al presidente del Consejo, en los

---

<sup>122</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 19 y 30 de diciembre de 1902, p. 2 y 2.

<sup>123</sup> En el lazareto de Mazatlán fueron atendidos 220 enfermos: 109 hombres y 111 mujeres. Allí, la letalidad (ellos decían la mortalidad) fue de 61.53%, mientras que en la población en general fue de 69.54%. De 476 atacados y atendidos en la ciudad, el hospital y el lazareto de Belvedere, fallecieron 331: 152 hombres y 179 mujeres, y curaron 145: 83 hombres y 62 mujeres. BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>124</sup> *El Popular*, Mazatlán, 24 de diciembre de 1902, p. 3. *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 30 de diciembre de 1902, p. 2.

<sup>125</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903.

<sup>126</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>127</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>128</sup> RAMÍREZ DE ARELLANO, 1903.

<sup>129</sup> “Indolencia oficial”, *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 11 de enero de 1903, pp. 27-30.

primeros meses de la epidemia algunas personas, en efecto, enfermaron en el lazareto o las barracas de sospechosos.<sup>130</sup>

Se dio el caso de enfermos insolventes que eran abandonados a la intemperie,<sup>131</sup> pero fue mucho más frecuente que la población ocultara o tratara de ocultar a los enfermos, incluso cambiándose de casa, para evitar el secuestro de sus familiares por parte de las autoridades sanitarias, a causa —en opinión de éstas— de un “mal entendido cariño”<sup>132</sup> y del pavor que el público tenía a la separación de sus familiares.<sup>133</sup>

Años después de la epidemia, comentaba Butrón sobre esto: “[...] era tal el horror que las personas tenían a los agentes de sanidad, debido al aislamiento, que los enfermos que estaban acostados se levantaban y salían al encuentro de los agentes, diciéndoles que en aquella casa todos estaban sanos, pero el inspector general [...] los abrazaba a uno por uno, por vía de afecto, y al que le notaba reacción febril, le ponía el termómetro clínico y si la temperatura era mayor de 37° C lo remitía al lazareto”.<sup>134</sup> Las autoridades intentaban convencer a los pobladores de que estarían mejor atendidos en el lazareto que en “sus sucias barriadas”; aun así escenas conmovedoras se desarrollaban en el interior de las casas en donde la policía se presentaba a sacar a un enfermo.<sup>135</sup> A veces, los familiares lograban ocultar a algún enfermo; pero si éste moría, aquéllos eran arrestados.<sup>136</sup>

Algunas casas fueron sometidas a desinfección y, pasados unos días, blanqueadas con cal y sulfato de cobre;<sup>137</sup> pero las habitaciones en que había aglomeración fueron desocupadas por la fuerza, y sus habitantes quedaron instalados en tiendas de campaña.<sup>138</sup> Los médicos de Mazatlán propusieron destruir un grupo de casas difíciles de desinfectar, para lo cual había dificultades legales, aunque “pequeñas”. Cañedo ordenó su inmediata destrucción, y aseguró que los afectados

---

<sup>130</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903.

<sup>131</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 23 de diciembre de 1902, p. 1. *El Popular*, Mazatlán, 23 de diciembre de 1902, p. 2.

<sup>132</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 24 de diciembre de 1902, p. 2. LICEAGA, 1903f.

<sup>133</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903.

<sup>134</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916, p. 72.

<sup>135</sup> CARVAJAL, 1903.

<sup>136</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903. *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 31 de diciembre de 1902, p. 4.

<sup>137</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903.

<sup>138</sup> CARVAJAL, 1903.

serían indemnizados. Cuando hubo dificultades entre los propietarios y la Junta de Caridad por el avalúo de las propiedades a quemar, se recurrió a los padrones fiscales.<sup>139</sup>

En Mazatlán, el detonador del descontento fue el establecimiento, a principios de 1903, de un cordón sanitario alrededor de la ciudad, que dejó a los habitantes atrapados entre sus chozas arrasadas y el ejército que les impedía salir de la ciudad.<sup>140</sup> Hubo quienes burlaban la vigilancia sanitaria, sólo para ir a morir a algún camino.<sup>141</sup> El Consejo propuso la creación de una ambulancia volante que buscara a los enfermos que huían por los caminos, y cremara a los cadáveres. Los que escapaban llevaban la epidemia a otras poblaciones. Esto produjo los focos pestosos de Oso, Confite, Los Cerritos, Los Conchis, Siqueiros y Villa Unión, isla de Chivos, Ahome, Mochicahui, Montiel y La Tranquilidad.<sup>142</sup> En cuanto el mal llegaba a una población, ésta era incomunicada.<sup>143</sup>

Muchos de los que habían salido de Mazatlán regresaban porque no había víveres en las rancherías.<sup>144</sup> Sin embargo, también en el puerto la clausura del tráfico marítimo y terrestre provocó el aumento del precio de la harina y otros artículos de primera necesidad, y la escasez general de alimentos.<sup>145</sup> Esto, a su vez, favoreció la exaltación popular; la gente estaba furiosa y se temían alborotos. La prensa solicitó, por ello, que los que pasaban hambre fueran auxiliados,<sup>146</sup> y Liceaga propuso proveer a Mazatlán de los víveres que pudieran escasear, lo cual empezó a hacerse en un vapor de la Secretaría de Guerra.<sup>147</sup>

El 8 de marzo de 1903, el gobernador Cañedo informó a Liceaga: “por cuenta de la Junta de Caridad [...] fue enteramente destruido por el fuego el rancho de Cerritos, en donde se [...] dieron varios casos fatales de peste”. A lo que Liceaga respondió: “Felicito a usted y a la Junta de Caridad por el rasgo de energía que han tenido de destruir por completo la ranchería de Cerritos, pues ese será medio eficacísimo de impedir la comunicación de la enfermedad de hombre a hombre [...]”.<sup>148</sup> En realidad, sólo se habían presentado dos casos en toda la población; sin embargo, se tomó esta

---

<sup>139</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>140</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión secreta del 7 de mayo de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>141</sup> LICEAGA, 1903f.

<sup>142</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>143</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núms. 1 y 2, diciembre 1902-enero 1903 y enero-febrero de 1903.

<sup>144</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903.

<sup>145</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 30 de diciembre de 1902, p. 1. *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903.

<sup>146</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 27, 29 y 31 de diciembre de 1902, p. 1, 1 y 1.

<sup>147</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 31 de diciembre de 1902, p. 1. AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 28 de enero de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>148</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903.

medida extrema, y todos los pobladores fueron trasladados a Villa Unión, escoltados por soldados.<sup>149</sup> No era sólo en lenguaje figurado que se hacían llamados a “no dejar las armas contra la peste”.

En Villa Unión hubo un motín porque al incinerar dos jacales en los que había habido enfermos sin tener en cuenta los vientos reinantes, el fuego se propagó a 19 jacales inmediatos. La llegada de Cañedo, la indemnización a los pobladores y el envío de cincuenta soldados de la federación “[...] dio lugar a que se disolviera aquella turba enardecida por los vapores del alcohol y por los acordes de la banda de música que los acompaña”.<sup>150</sup> En esta población, hubo 51 habitaciones incineradas.<sup>151</sup> Hay muchos reportes en la prensa sobre casas reducidas a cenizas.<sup>152</sup> González Fabela propuso la destrucción de casas en Ahome, Mochicahui y la Tranquilidad, aunque los enfermos encontrados padecían escarlatina y no peste; lo mismo sucedió con barracas en que habían estado aislados enfermos de viruela.<sup>153</sup> En total, 1,060 chozas fueron destruidas por el fuego:<sup>154</sup> los desposeídos se enfrentaban a la dictadura sanitaria.

En indemnizaciones por casas y jacales incinerados la Junta de Caridad empleó 105,864.13 pesos; por objetos incinerados, 20,723.08; por gastos de destrucción de fincas, 1,728.02, y por personal ocupado de incinerar, 994.88. En total, 129,310.11.<sup>155</sup> Muchos negocios de pequeños comerciantes de Mazatlán también fueron destruidos por el fuego; esto creó enfrentamientos entre éstos y los grandes comerciantes, ya que la Junta de Caridad, integrada por los segundos, era la que solía tomar la decisión de qué locales debían ser incinerados.<sup>156</sup>

La oligarquía mazateca censuraba a los pobladores pobres, a los que consideraba “refractarios al aseo”,<sup>157</sup> y demandó la destrucción de las sábanas de los hospitales y de la ropa que la población empeñaba en los montepíos:<sup>158</sup> hasta de eso fueron despojados los más pobres. Hubo quienes se quedaron sólo con la muda que traían puesta, pues el Consejo y las autoridades políticas

---

<sup>149</sup> CARVAJAL, 1903.

<sup>150</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916: 68.

<sup>151</sup> *Ibidem*. *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903.

<sup>152</sup> Véase, por ejemplo, *El Imparcial*, México D.F., 3 de mayo y 20 de agosto de 1903, [s/np y s/np].

<sup>153</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903.

<sup>154</sup> LICEAGA, 1903f. La burocracia sanitaria defendió esas acciones extremas. Decía BUTRÓN Y RÍOS (1916) que Luis Mercado, en tiempo de Felipe III, había escrito que contra la peste se necesitaba oro, castigo y fuego, y agregaba: “[...] a nosotros los mexicanos nos tocó el privilegio de haber sido los primeros en América, en hacer uso de tan importante como eficaz elemento contra la peste”. *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903, p. 32.

<sup>155</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>156</sup> CARVAJAL, 1903.

<sup>157</sup> *El Popular*, Mazatlán, 23 de diciembre de 1902, p. 2.

<sup>158</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 23 de diciembre de 1902, pp. 1-2.

locales consideraban que no valía la pena desinfectar los objetos de poco valor, y que tratándose de la peste, debían hacerse todos los sacrificios posibles.<sup>159</sup> Algunas veces se levantaron demandando que “por deber de humanidad y justicia”, se indemnizara a los pobres por esa pérdida,<sup>160</sup> lo que más tarde, al parecer, se hizo. Los facultativos decían estar “seguros de la perfección de las disposiciones sanitarias [implantadas], a pesar de la ignorancia de las masas”.<sup>161</sup>

El enterramiento de los cadáveres de “epidemiados”, envueltos en solución de bicloruro de mercurio, se hizo en lugares especiales.<sup>162</sup> A causa del peligro de contagio, se intentó cambiar las costumbres en torno de la muerte, si bien la población las preservó siempre que pudo. Se impedía a los deudos asistir a los funerales, pues habían estado en contacto con el enfermo y debían ser detenidos en calidad de “sospechosos”, y hubo orden de incinerar a los muertos a pesar de que la incineración no fue aceptada en México hasta 1907.<sup>163</sup> Oponiéndose a que les arrebataran a sus enfermos, así como a la incineración y las autopsias de los fallecidos, los habitantes de Oso, y por segunda vez los de Villa Unión, se amotinaron. Las enérgicas medidas contra ellos en las que participaron “rurales” del estado, fueron tomadas personalmente por el general Cañedo. Las fuerzas de la federación estuvieron siempre disponibles para controlar a la población en caso de las locales no bastaran.<sup>164</sup>

Era tarea de los prisioneros conducir y enterrar a los muertos; pronto hubo salidas de la cárcel al lazareto.<sup>165</sup> Muchos perdieron ahí la vida, aunque –como diría el narrador de la clásica novela de Albert Camus sobre la peste– su delito no ameritara la pena de muerte.<sup>166</sup>

Millares de personas que dependían del movimiento comercial del puerto, estaban en una situación aflictiva, y, como se consideraba que los extranjeros habían llevado la peste, las autoridades empezaron a temer actos violentos contra sus propiedades.<sup>167</sup> Los chinos fueron señalados de manera particular. El 23 de diciembre de 1902, el delegado del Consejo en Mazatlán

---

<sup>159</sup> RAMÍREZ DE ARELLANO, 1903.

<sup>160</sup> *El Popular*, Mazatlán, 23 de diciembre de 1902, p. 3. *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 26 y 29 de diciembre de 1902, p. 1 y 1.

<sup>161</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903, p. 59.

<sup>162</sup> *Diario Oficial del Supremo Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos*, México D.F., 23 de diciembre de 1902, p. 7.

<sup>163</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 26 de diciembre de 1902, p. 4. Véase el capítulo “La reglamentación sanitaria de la muerte”.

<sup>164</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903. AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión secreta del 7 de mayo de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>165</sup> CARVAJAL, 1903.

<sup>166</sup> CAMUS, 1981.

<sup>167</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 30 de diciembre de 1902, p. 1.

propuso alojar en barracas a los chinos, aunque hasta ese momento ninguna persona de esa nacionalidad había enfermado.<sup>168</sup> A finales de enero del año siguiente, el funcionario insistía en inspeccionar de manera particular los bultos que los chinos recibían, a pesar de que éstos seguían indemnes;<sup>169</sup> y es que –como dice Arnold– en la enigmática distribución de la enfermedad y el sufrimiento, es común tratar de encontrar la mano de Dios o del Demonio, y de buscar chivos expiatorios.<sup>170</sup>

Por supuesto, se suspendieron los actos cotidianos de sociabilidad vecinal y las fiestas públicas. Poco tiempo antes de la la Semana Santa, las autoridades sanitarias de Sinaloa expresaron su temor de que el contagio se extendiera en los templos. El Consejo de Salubridad pidió al gobernador de la mitra que exentara a los fieles de asistir a las ceremonias religiosas en los lugares infestados, lo que éste hizo de buen grado. De cualquier manera, el Consejo tenía decidido que en caso de que las autoridades eclesiásticas se opusieran a su petición, se cerrarían los templos por la fuerza “en atención a la salud pública”.<sup>171</sup>

Se aplicaron las máximas penas posibles a los médicos –diplomados o indígenas– que no declaraban la existencia de un enfermo. Algún médico indígena, después de pasar por un periodo de observación, fue llevado a Mazatlán para ser ahí castigado severamente.<sup>172</sup> Hubo policías de puerto y cabos del ejército que, por miedo a la peste, se negaron a hacer la desinfección de los vapores o eran, en general, poco celosos de su deber; los unos fueron destituidos y los otros, llevados a juicio militar.<sup>173</sup> Por algo afirma Foucault que, si bien la lepra favoreció rituales de exclusión, la peste suscitó esquemas disciplinarios.<sup>174</sup>

Lo anterior no quiere decir que las autoridades no recurrieran también a la persuasión. Dictaron, por ejemplo, conferencias para hacer comprender a los pobladores el por qué de las estrictas medidas que tomaban, y los elementos con que la ciencia contaba para hacer desaparecer la epidemia; y en las que les proponían evitar el alcohol y los excesos sexuales, que –aseguraban– predisponían a la enfermedad.<sup>175</sup> La propaganda se hizo lo mismo por medio de la prensa que del

---

<sup>168</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1, diciembre 1902-enero 1903.

<sup>169</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903. Sobre el asunto, véanse también CUETO, 1991. SÁNCHEZ ROSALES, 2002. Particularmente, consúltese SHAH, 2001.

<sup>170</sup> ARNOLD, 1988b.

<sup>171</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 4, marzo-junio de 1903, p. 33

<sup>172</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 114.

<sup>173</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesiones del 24 de enero y el 11 de marzo de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>174</sup> FOUCAULT, 1984.

<sup>175</sup> RAMÍREZ DE ARELLANO, 1903.



púlpito,<sup>176</sup> y tenía como finalidad hacer de cada ciudadano un auxiliar eficaz de las autoridades sanitarias.<sup>177</sup>

Aunque la peste no respetó ni sexo ni edad, se dijo que se había encarnizado con las mujeres.<sup>178</sup> Según los datos oficiales, durante toda la epidemia hubo 529 muertos de 738 enfermos registrados,<sup>179</sup> mientras que otros fuentes reportan más de 2 mil muertos; es decir, más de 10% de la población de Mazatlán. Pero, como dicen Peset y Peset: “[...] la muerte en números resulta fría, irrelevante”;<sup>180</sup> lo fundamental no es tampoco determinar las zonas geográficas afectadas, intentar diagnósticos de pretérito o reducirnos a contemplar la sanidad del momento, sino tratar de percibir a través de los datos que tenemos la respuesta individual de la sensibilidad humana ante aquellas muertes colectivas; enlazar enfermedad, sociedad y poder político, para conocer el sentir de los hombres de pasadas centurias.<sup>181</sup>

Resulta difícil imaginar hoy hasta qué punto afectó la peste la vida de los pueblos a los que atacó; la sensación de aislamiento de los pobladores que no querían o no lograban salir de una zona luego acordonada, y quedaban separados de golpe del resto del mundo, sin comunicación y hasta sin alimentos; la desesperación de las familias en que todos sus miembros iban muriendo; el temor de los parientes de enfermos a ser descubiertos y conducidos a la cárcel como delincuentes; la ansiedad de la madre a la que no se autorizaba a cuidar a su hijo enfermo de peste, o la de la mujer que no podía amortajar el cadáver del padre muerto; el descontento ante las condiciones sociales que hacían posible la epidemia, y ante las medidas sanitarias que profundizaban diferencias raciales y de clase, y servían como instrumento de control social, además de ser una violación de la vida privada.<sup>182</sup>

Pero es necesario tomar en cuenta también la efectividad de las medidas sanitarias, y el impacto que éstas tuvieron en la población. Al inicio de la campaña en Villa Unión, al doctor Butrón lo atacaron incluso físicamente.<sup>183</sup> Al final de la epidemia, los habitantes de esa misma población lo despidieron con dos bandas de música y una orquesta. “El contraste [entre recibimiento y despedida]

---

<sup>176</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1 diciembre 1902-enero 1903. LICEAGA, 1903b.

<sup>177</sup> Liceaga citado por BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>178</sup> *El Correo de la Tarde*, Mazatlán, 31 de diciembre de 1902, p. 1. CARVAJAL, 1903.

<sup>179</sup> FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, 1956a.

<sup>180</sup> PESET y PESET, 1972: 15.

<sup>181</sup> *Ibidem*.

<sup>182</sup> Sobre este último punto, Véanse PESET y PESET, 1972. CATANACH, 1988. CUETO, 1991. Y, para el caso de esta epidemia, BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>183</sup> CARVAJAL, 1903.

–le dijo Liceaga en una carta– demuestra tanto el tacto de usted para conducirse, como la educación que han recibido esos pueblos en asuntos de higiene”.<sup>184</sup>

### **Vacunar y desinfectar**

En cuanto se confirmó la existencia de la peste en México, la Secretaría de Relaciones Exteriores mandó pedir con urgencia a París y a Washington vacuna Haffkine para prevenir el contagio, y suero Yersin para curar a los enfermos, pero no los había preparados, y una vez listos, tardaban en llegar.<sup>185</sup>

Al principio, los propios médicos temían hacer la inoculación de la vacuna Haffkine, pero después la aceptaron. Para lograr que la población la aceptara también, se propuso a la Secretaría de Guerra inocular públicamente la vacuna a la fuerza armada, propuesta que aquélla aprobó “con mucho gusto”. (La vacuna protegía por un periodo de seis meses o un año, pero la inmunidad conferida sólo comenzaba de ocho a nueve días después de la inyección. Los inoculados presentaban cefalalgia, malestar general, náuseas, dolor en la región inguinal y otros síntomas.)<sup>186</sup> También fueron vacunados los trabajadores del Instituto Patológico Nacional encargados de preparar la vacuna contra la peste,<sup>187</sup> y hay fotografías que muestran a los poderosos de Mazatlán haciéndose vacunar públicamente.<sup>188</sup>

La vacuna Besredka del Instituto Pasteur de París llegó después y fue mejor aceptada porque no provocaba efectos secundarios tan molestos. Mientras que el tratamiento del ruso M. Haffkine había sido probado en la India,<sup>189</sup> la vacuna Besredka se ensayó en Mazatlán a gran escala por primera vez en el mundo.<sup>190</sup> A principios de marzo, el Instituto Patológico Nacional ya estaba preparando la vacuna Besredka en lugar de la vacuna Haffkine. Posteriormente, hubo una

---

<sup>184</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916: 269.

<sup>185</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión del 20 de diciembre de 1902, 209 f. [s/nf].

<sup>186</sup> RAMÍREZ DE ARELLANO, 1903. *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903.

<sup>187</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 2, sesión del 28 de febrero de 1903, 209 f. [s/nf].

<sup>188</sup> CARVAJAL, 1903.

<sup>189</sup> Dice HIRST, 1953, que en la India de finales del siglo XIX se realizó la investigación internacional más intensiva sobre la peste bubónica, asunto que es también ampliamente descrito por CATANACH, 1988. Para el historiador de la ciencia MACLEOD (1975), la iniciativa para incrementar el trabajo científico en la India en torno de la peste estaba dictada desde Londres, es decir desde el centro del imperio. Por su parte, CHANDAVARKAR, 1992, dice que en la India la población vio a los hospitales como instrumentos de terror y espacios de experimentación.

<sup>190</sup> Deberé tratar en otro momento las implicaciones éticas de la experimentación en humanos realizada por científicos de los Estados Unidos y países europeos en el México porfiriano, y la responsabilidad de las autoridades mexicanas en tales experimentos.

vacunación a gran escala en todas las zonas afectadas por la peste. Además de los soldados, fueron vacunados los médicos, enfermeras y delegados sanitarios,<sup>191</sup> algunos comerciantes, todos los presos, los obreros de la fundición de Sinaloa y numeroso público. El gobernador aceptó ser vacunado en marzo, después de mes y medio de súplica por parte de Liceaga. Durante la epidemia, hubo 12,893 vacunados en Mazatlán, 3,575 en Villa Unión y sus alrededores, y 1,157 en Siqueiros y sus alrededores; en total 17,625. Hubo lugares, como Villa Unión, donde –voluntariamente o por fuerza– todos los habitantes quedaron inmunizados en contra la peste. Los médicos reportaban que en los casos en que los vacunados enfermaban, el padecimiento era menos grave.<sup>192</sup>

El suero Yersin no llegó hasta mediados de febrero. Mientras tanto, algunos médicos ensayaron en enfermos con el suero de lalande o heliosina, cuyos efectos desconocía el Consejo Superior de Salubridad, y no tuvo buen éxito.<sup>193</sup> Los médicos emplearon el suero Yersin, pero con frecuencia éste no logró disminuir la gravedad de los enfermos.<sup>194</sup> El doctor Antonio C. Guzmán, quien escribió *Peste bubónica*, se manifestó muy a favor del mismo. En cambio, en su trabajo *La peste bubónica en Mazatlán*, Lavín aseguró que la propiedad profiláctica del suero era escasa y de corta duración; sugirió un tratamiento mixto con éste y con suero artificial a la formalina.<sup>195</sup> El alumno de medicina Hernández Mejía, presentó en su tesis recepcional siete historias clínicas de enfermos tratados con el suero y observados por él en el lazareto de Belvedere, de los cuales cuatro sanaron y tres murieron.<sup>196</sup>

El Instituto Patológico Nacional empezó a preparar también el suero en México, con cultivos del bacilo de la peste enviados desde Washington;<sup>197</sup> sin embargo, temía que los primeros cultivos fueran demasiado virulentos. En el año 1900, cuando había aparecido la epidemia de peste en Argentina y Brasil, el bacteriólogo Ángel Gaviño había pedido al Instituto Pasteur de París, el bacilo de la peste. Éste había sido recibido por el médico Tomás Noriega y traído por el notable médico y

---

191 Si bien no existen reportes de cuántos de los que se ocuparon de los enfermos contrajeron la enfermedad, y qué porcentaje de ellos falleció. Durante la epidemia de peste de 1652 en Zaragoza, de 300 personas que prestaban sus servicios en hospitales y morberías, entre religiosos, médicos, cirujanos, carreteros, enterradores, sirvientes y guardas, no se escaparon del contagio más que diez, ZUBIRI VIDAL y ZUBIRI DE SALINAS [s/fe].

192 AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 20 de mayo de 1903, 299 f. [s/nf]. Sobre vacunación forzada contra la peste en otros países, Véanse CATANACH, 1988 y CUETO. 1991.

193 *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903.

194 *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903.

195 Citados por BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

196 HERNÁNDEZ MEJÍA, 1905.

197 AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 21 de diciembre de 1902, 299 f. [s/nf].

cirjano Julián Villarreal, pero por orden del ministro de Gobernación se habían suspendido las investigaciones, en vista de que no había peste en el país.<sup>198</sup>

El Consejo Superior de Salubridad trató de que al frente del combate contra la peste estuvieran médicos “instruidos, honorables y enérgicos”,<sup>199</sup> que hubieran sido vacunados previamente. Desde luego, participaron en la campaña los médicos del estado,<sup>200</sup> y otros enviados por gobiernos de estados vecinos.<sup>201</sup> El gobierno federal envió a la zona a algunos facultativos del propio Consejo,<sup>202</sup> así como a médicos y estudiantes de medicina que respondieron a una convocatoria.<sup>203</sup> En la lucha contra la peste también participaron practicantes;<sup>204</sup> enfermeros<sup>205</sup> y el administrador del lazareto.<sup>206</sup>

El Consejo envió también las estufas de desinfección de otros puertos o ciudades, o de la capital del país, a las que se puso a trabajar de día y de noche. La Fundación de Sinaloa empezó a producir estufas de desinfección; las autoridades mandaron cegar el canal que atravesaba Mazatlán, y desinfectar casas, calles, templos, teatros y pobladores.<sup>207</sup>

Se declaró una guerra sin cuartel a las ratas. Cuando se le tuvo a disposición, se empleó con ese propósito el virus *Tiphymurium*, pero se recurrió igualmente a las ratoneras, a envenenar frutas, a inyectar agua caliente a los agujeros, o la combustión de chile piquín.<sup>208</sup> En las aduanas, se hacía la búsqueda bulto por bulto para que no escapara ningún roedor.

Las juntas de caridad pagaron a los pobladores 3 centavos por ratón muerto y 5 por rata. Los habitantes de Villa Unión no las cazaron por horror al contagio; en cambio, los de Culiacán especularon con ratas de campo.<sup>209</sup> Durante la epidemia, las autoridades sanitarias compraron

---

<sup>198</sup> LICEAGA, 1903a.

<sup>199</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903, p. 4.

<sup>200</sup> Ellos eran Teodoro Ortega, Martiniano Carvajal, Francisco Lavín, Bustamante, A. Vidales, Ignacio Sierra, Onofre Moya, Gerardo Noris, Manuel Gómez, Manuel Urrea, J. J. Valadez, Salesio F. Cannobio, J. M. Dávila, Felipe Mc. Hatton, Ponce de León, Aldana y González Martínez. Véase *El Correo de la Tarde, Mazatlán*, 30 de diciembre de 1902, p. 2.

<sup>201</sup> Como los médicos tamaulipecos Antonio C. Guzmán y Di-Bella Mier.

<sup>202</sup> Como Luis de la Torre y Antonio Butrón. Varios de ellos escribieron memorias; la de Butrón incluye las historias clínicas de todos los pacientes a los que atendió.

<sup>203</sup> Hernández Mejía, Aurelio de Ávila, Enrique García y Teodoro López. AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión del 26 de febrero de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>204</sup> Rosendo Gómez y Jesús Ledesma.

<sup>205</sup> Genaro García y Natividad Ramos.

<sup>206</sup> Juan Vázquez.

<sup>207</sup> *El Correo de la Tarde, Mazatlán*, 20 de diciembre de 1902, p. 1. LICEAGA, 1903f. BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>208</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 2, enero-febrero de 1903.

<sup>209</sup> *El Correo de la Tarde, Mazatlán*, 30 de diciembre de 1902, p. 2. *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núms. 2, 3 y 4; enero-febrero de 1903, febrero y marzo de 1903, marzo-junio de 1903.

13,908 roedores, que costaron 1,075.31 pesos.<sup>210</sup> Persiguiéndolos, muchos enfermaron. Contra las pulgas se empleó virus Danysz y una fórmula de biyoduro de mercurio al uno por mil.<sup>211</sup> En Oso, hubo reportes de la existencia de pulgas gigantescas del tamaño de un arroz.

### Los intereses comerciales

Pero la peste no provocó sólo la muerte de ratas y hombres: de peste murieron también la seguridad de la oligarquía mazateca y el comercio del puerto. La oposición de los comerciantes a las cuarentenas u otras medidas que afecten el libre tráfico de mercancías, es antiquísima.<sup>212</sup> En el México de 1902-1903, los comerciantes se oponían a las medidas dictadas por la sanidad federal, cuando sus vapores no eran recibidos en algún puerto, o cuando eran rigurosamente incomunicados si llevaban algún pasajero con ligera calentura.<sup>213</sup>

A finales de diciembre, la Cámara de Comercio de Mazatlán escribió al presidente Porfirio Díaz para lamentarse de “las terribles y alarmantísimas medidas de aislamiento [que han asestado un] golpe de gracia al comercio”. Sin embargo, dijo comprender que Mazatlán sólo recobraría su actividad cuando se supiera que era una “ciudad higienizada”, y solicitó que el gobierno federal se encargara de hacer el desagüe de la ciudad.<sup>214</sup> Unos días después, los bancos, las casas de comercio y los establecimientos industriales mazatecos elevaron la misma petición a Porfirio Díaz.<sup>215</sup> El gobierno federal envió un auxilio de 20 mil pesos para mejoras de la ciudad, la construcción del lazareto y la compra de tiendas de campaña,<sup>216</sup> pero al final de la epidemia, demandó la devolución de esa cantidad, alegando dificultades económicas.<sup>217</sup>

A sugerencia de Liceaga, se formó un Comité Nacional; éste abrió una suscripción para auxilio de los atacados, e hizo llamados a las colonias de extranjeros en México y a los habitantes de la república en general. El apoyo fue copioso: en cinco meses envió a la Junta de Mazatlán 260,000 pesos; ésta también recibió 114,942.86 pesos de otros lugares de la república, y otra cantidad de

---

<sup>210</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916.

<sup>211</sup> *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 3, febrero y marzo de 1903. RAMÍREZ DE ARELLANO, 1903.

<sup>212</sup> Slack citado por WATTS, 1997.

<sup>213</sup> Véase, como ejemplo, el caso de la Casa de Henkel & Co., en enero de 1903. *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Peste*, núm. 1, diciembre 1902-enero 1903.

<sup>214</sup> *El Correo de la Tarde, Mazatlán*, 24 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>215</sup> *El Correo de la Tarde, Mazatlán*, 27 de diciembre de 1902, p. 1.

<sup>216</sup> AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 12, exp. 3, sesión secreta del 7 de enero de 1903, 299 f. [s/nf].

<sup>217</sup> CARVAJAL, 1903.

varios lugares del mundo. Un total de 436,774.76. La Junta dio un informe detallado de lo recibido y lo gastado.<sup>218</sup>

El 13 de abril, se informó al Consejo que la Cámara de Comercio de Mazatlán solicitaba que, en vista de que no se habían presentado casos de peste durante un mes, se ordenara el tráfico libre por tierra de las mercancías. También banqueros, armadores e industriales querían que se pusiera fin a la cuarentena. El Consejo no accedió, porque había recibido un informe oficial en el que se le avisaba que hacía cinco días se había presentado un caso en Siqueiros.<sup>219</sup> Temía que la declaración fuera mal recibida en los puertos del Pacífico; aseguraba que en el extranjero se consideraría prematura, y estaría, además, en contraposición con las últimas medidas aprobadas por el presidente de la república, que acababan de ser comunicadas a las autoridades de Sinaloa.<sup>220</sup>

El 15 de abril de 1903, el gobernador de Sinaloa y el prefecto político de Mazatlán comunicaron al Consejo que el día anterior habían salido los dos últimos enfermos que se encontraban en el lazareto de Belvedere, y que éste había sido clausurado. Al día siguiente, dejaron de enviar el boletín sanitario por considerarlo innecesario. El Consejo ordenó destruir por fuego los objetos del lazareto y las barracas de sospechosos, y conforme se tirara una, ir construyendo otra en su lugar. “Se compensa el valor pecuniario de una barraca –escribió Liceaga en una carta a Ramírez de Arellano, el 17 de abril de 1903–, con el peligro de ver reaparecer la enfermedad”,<sup>221</sup> e insistió en que no se hiciera la declaración de que el puerto estaba libre de la enfermedad, sino cuatro semanas después del último caso (si no se presentaba otro), pero aseguró que el comercio se facilitaría en lo posible. Las autoridades trataron de que no hubiera un solo foco, por lo que, sobre todo al final de la epidemia, en cada caso buscaron el origen del contagio. El 23 de mayo se presentó el que en ese momento parecía el último caso, en cerro del Vigía, en un niño de la familia del empresario del agua potable en Mazatlán.

El 31 de mayo escribió el periodista José María Prieto que hacía ya muchas semanas que en boletines sanitarios se había avisado del término de la peste, pero los que vivían lejos aún no se convencían: “Se nos tiene miedo. [...] El bacilo Yersin nos ha vuelto de la noche a la mañana temibles en grado apache. [...] Dime con quién andas y te diré quién eres, y como nosotros hemos andado con microbios [...] no hay remedio, ¡somos bacilos mal que nos pese!”<sup>222</sup> Un periódico

---

<sup>218</sup> BUTRÓN Y RÍOS, 1916. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.

<sup>219</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp. 1, f. 143-147.

<sup>220</sup> *Ibid.*: 143-147.

<sup>221</sup> *Ibid.*: 164-166.

<sup>222</sup> *El Correo de la Tarde (ed. dominical)*, Mazatlán, 31 de mayo de 1903, p. 1.

mazatleco acusó a los comerciantes de La Paz de haber pintado a la peste “a la cabeza de todas las calamidades”;<sup>223</sup> pero aquéllos se defendieron asegurando que lamentaban el aislamiento del puerto infestado, y hacían votos: “Que vuelva Mazatlán del lazareto a donde lo llevó el severo consejo de la ciencia”.<sup>224</sup> (Decían aquí, quizá, veladamente “el severo Consejo de Salubridad”.)

A principios de junio de 1903, el gobierno federal aprobó la apertura al tráfico del puerto de Mazatlán, y dio patentes limpias a las embarcaciones. El 29 de julio de ese año, Liceaga dio cuenta a la Academia Nacional de Medicina, del “resultado felicísimo de la campaña” para extinguir la peste bubónica.<sup>225</sup> En su informe presidencial, don Porfirio comentó que, aunque se había considerado que la epidemia había terminado en mayo de ese año, a principios de agosto se habían reportado tres casos más en un pequeño pueblo a 40 kilómetros de Mazatlán. Pudo extinguirse también ese foco.<sup>226</sup>

En opinión de las autoridades sanitarias, gracias a que las autoridades políticas locales dieron al Ejecutivo federal la delegación transitoria de facultades para actuar ante la epidemia, pudo evitarse que ésta se extendiese a todo el territorio, o que se acantonase en algunas poblaciones,<sup>227</sup> como había sucedido, durante la misma pandemia de peste, en San Francisco, de donde había sido importada a México y duró cuatro años (de 1900 a 1904);<sup>228</sup> o algunos lugares de Asia<sup>229</sup> y de América del Sur, en que para esa fecha aún no había podido ser abatida<sup>230</sup> y donde permanecería durante tres décadas.<sup>231</sup>

El presidente del Consejo de Salubridad agradeció al presidente de la república el poderoso apoyo que había dado al organismo, gracias al cual las autoridades de los estados lo respetaban, los servicios administrativos eran reorganizados y el pueblo podía ser moralizado.<sup>232</sup>

Apenas se estaba hablando de festejar la reapertura del puerto de Mazatlán,<sup>233</sup> cuando el cónsul de México en San Francisco avisó de casos de peste en esa ciudad. Se lee en la prensa: “El

---

223 *Ibidem.*

224 “La Baja California” citado por *El Correo de la Tarde* (ed. dominical), Mazatlán, 28 de junio de 1903, p. 1.

225 LICEAGA, 1903f.

226 DÍAZ, 1903.

227 LICEAGA, 1916.

228 Otra epidemia de peste se presentaría en los años 1907-1908. SHAH, 2001.

229 CATANACH, 1988.

230 AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp.1, f. 193.

231 Si bien de acuerdo con CUETO, 1991, en el Perú la epidemia de peste contribuyó también a la reformulación de las funciones del Estado —como la ampliación de los servicios sanitarios—, ya que el temor a la enfermedad fue utilizado para justificar la creación del primer organismo estatal encargado de la salud pública a nivel nacional.

232 “Carta de Eduardo Liceaga a Porfirio Díaz, de 3 de abril de 1903”, AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 42, exp.1, f. 106-107, 1891-1905.

233 *El Correo de la Tarde* (ed. dominical), Mazatlán, 2 de agosto de 1903, p. 1.

monstruo puede ahora amenazarnos. Estaremos alerta, aleccionados por la desgracia, y defenderemos de sus golpes estas playas surgentes a la luz".<sup>234</sup>

### **Un modelo a seguir**

Durante el gobierno de Porfirio Díaz, ninguna epidemia causó el pánico que provocó la peste, lo cual no estuvo en relación directa con el número de víctimas provocadas por esta enfermedad; lo mismo puede decirse de la activa intervención del Estado. Sin embargo, las acciones emprendidas por éste no pueden ser explicadas sólo en función del temor, sino que se dieron en el contexto del nacimiento de la salud pública moderna en México.

Aunque sólo hubo una epidemia de peste durante el porfiriato, la campaña sanitaria organizada para combatirla fue paradigmática para campañas sanitarias posteriores. Con apoyo de la Secretaría de Gobernación, de la cual dependía, y del propio presidente de la república, el Consejo Superior de Salubridad tomó medidas para hacer desaparecer la epidemia, y para impedir su propagación por tierra o por mar. Para que la acción contra la enfermedad fuera eficaz, la burocracia sanitaria demandó que las medidas fueran dictadas con calma, fielmente ejecutadas y dirigidas por un centro directivo único, que residiría en la capital del país.<sup>235</sup> Contra del peligro de la peste, actuaron de manera conjunta las autoridades sanitarias federales y las locales, así como las secretarías de Gobernación, de Relaciones Exteriores, de Comunicaciones y de Guerra, si bien éstas no tuvieron siempre los mismos criterios.

Dice Slack que durante las epidemias, se enfrentaban las ideologías y mentalidades de las autoridades administrativas, de los médicos y de la sociedad civil,<sup>236</sup> lo que fue evidente en esta campaña. Respecto de la peste, hubo contradicciones entre los médicos mazatlecos y aquéllos enviados por el Consejo de Salubridad. Los primeros defendían la teoría miasmática; en cambio, los segundos eran partidarios de los saberes emergentes de la microbiología, de la inmunología, y de la medicina tropical.

Una vez aceptados los nuevos saberes por parte de la profesión médica,<sup>237</sup> éstos se enfrentaron a los saberes de la medicina indígena, popular y doméstica, combate del que aquéllos

---

<sup>234</sup> *El Correo de la Tarde (ed. dominical)*, Mazatlán, 9 de agosto de 1903, p. 1.

<sup>235</sup> LICEAGA, 1903b. LICEAGA, 1916. BUTRON Y RÍOS, 1916.

<sup>236</sup> SLACK, 1992.

<sup>237</sup> Esta aceptación no debió de ser total. HIRST (1953) señala que tan tarde como 1920, un grupo de epidemiólogos ingleses seguía oponiéndose a la idea de los microbios como causantes de enfermedad.



salieron fortalecidos. Con el apoyo del Estado, la medicina diplomada logró el desplazamiento de la atención de los enfermos del hogar al lazareto.<sup>238</sup>

La lucha contra la peste fue fundamentalmente represiva,<sup>239</sup> por lo que hubo enfrentamientos entre las autoridades sanitarias y la población. Las formas de resistencia de los pobladores variaron desde huir, pasando por oponerse a la vacunación y esconder pacientes, hasta rebelarse. Sin embargo, las autoridades recurrieron también a la persuasión.

La peste propició el racismo, particularmente contra los chinos, a los que se acusaba de haber llevado a las costas mexicanas la “aflicción oriental”. La enfermedad también agudizó la discriminación contra los pobres, a cuya miseria se atribuía la propagación de la epidemia. La clase dominante de Mazatlán no podía ni pensar que todas las calamidades a las que se había enfrentado, tuvieran como origen su comercio con Estados Unidos. Muchos comerciantes se opusieron a las medidas sanitarias; también hubo enfrentamientos entre los grandes y pequeños comerciantes de Mazatlán, y entre los comerciantes de Sinaloa y los de otras zonas de la república.

Fue notable la solidaridad de todo el país. Al parecer, los habitantes de México actuaron motivados por sentimientos humanitarios y de patriotismo, pero también por el instinto de conservación de su propia vida, ante una enfermedad que hasta entonces les era desconocida<sup>240</sup>, pero a la que la burocracia sanitaria supo infundirles temor.

¿Llegaron a los enfermos los medicamentos tradicionales?, ¿se mantuvieron los resentimientos de la población contra sus vecinos que habían actuado como agentes sanitarios?, ¿utilizó Cañedo la campaña para reprimir a sus enemigos políticos?, ¿hubo hambruna después de la epidemia?, ¿cuánto tardó el comercio en recuperarse? Son preguntas aún no respondidas, pero que dan una idea de la riqueza del archivo médico para el estudio de la historia social, política y económica.<sup>241</sup>

La epidemia de peste bubónica tuvo un tremendo impacto psicológico en aquellos que fueron sus testigos. Con la campaña emprendida contra la enfermedad, las autoridades sanitarias mexicanas adquirieron un gran prestigio en las naciones extranjeras, particularmente en los Estados Unidos y otras repúblicas de América. El Consejo Superior de Salubridad se encargó de difundir el éxito que

---

<sup>238</sup> Dice HIRST (1953), que en la India, las percepciones populares sobre la enfermedad fueron sustituidas primero por las regulaciones sanitarias gubernamentales, y luego por la ciencia médica.

<sup>239</sup> Lo que algunos autores definen como una forma radical de autoridad médica institucionalizada. STARR, 1991.

<sup>240</sup> LICEAGA, 1903b.

<sup>241</sup> Sobre el asunto, véase ARNOLD, 1988b.

había alcanzado en su campaña contra la peste.<sup>242</sup> En 1916, Butrón se refería a ella como “la más grande y la más importante que se ha hecho en la república hasta nuestros días”.<sup>243</sup>

La lucha que el Consejo Superior de Salubridad y las autoridades políticas federales y locales llevaron a cabo para combatir a la peste sería paradigmática para las campañas sanitarias posteriores;<sup>244</sup> la primera de ellas la desarrollada contra la fiebre amarilla.

---

<sup>242</sup> LICEAGA, 1903e. En esta ponencia, presentada en el Congreso Internacional de Medicina, realizado en Madrid en 1903, el presidente del Consejo hizo un resumen de la lucha contra la peste, incluyendo las medidas que se estaban tomando para evitar su reaparición.

<sup>243</sup> BUTRON Y RÍOS, 1916: V.

<sup>244</sup> Incluyendo la epidemia de peste bubónica de 1920 en Veracruz, Tampico y San Luis Potosí, que sería también extinguida, esta vez con colaboración de la Fundación Rockefeller. GARAY, 1960.

## **Capítulo IX**

### **En defensa del comercio internacional: la campaña contra la fiebre amarilla**

Grabado estadounidense que muestra a la muerte en forma de la fiebre amarilla.

## De cómo la fiebre amarilla urbana llegó y se quedó<sup>1</sup>

El viajero del siglo XIX que se arriesgaba a recorrer las playas del Atlántico en el continente americano, oía hablar de algo terrible, fúnebre, sombrío, fatal: la fiebre amarilla. Ésta ofrece una sinonimia tan amplia como quizá no haya habido para ninguna otra enfermedad. Entre 1494 y 1634, se le llamó “contagio”; de esta fecha y hasta la última década del siglo XVII, los franceses se refirieron a ella como “tracazo”, y los castellanos como “calenturas”. En 1694, Juan Ferreyra le dio el nombre clínico de “fiebre amarilla” –basándose en el color de la piel de los enfermos–; pero hasta principios del siglo XX, médicos y legos se refirieron a ese “engendro maléfico” con 145 denominaciones, entre ellas: “calenturas pútridas y malignas”, “enfermedad del diablo”, “fiebre biliosa de las zonas cálidas”, “enfermedad marinera”, “fiebre pestilencial de América”.<sup>2</sup> En México se le conoció como “vómito negro” y, más familiarmente, como “vómito prieto”.

Hace un siglo y medio, ya se discutía si la fiebre amarilla proviene de África<sup>3</sup> o del llamado Nuevo Mundo<sup>4</sup> o, incluso, si es indígena de ambos continentes,<sup>5</sup> y los historiadores y epidemiólogos aún no se ponen de acuerdo sobre este asunto. De cualquier manera, parece que desde la época precortesiana –al menos desde 1464– la fiebre amarilla selvática existía en América, con varios posibles transmisores, si bien no existía la fiebre amarilla urbana.<sup>6</sup> Para que ésta hiciera su aparición, tuvo que bajar de los barcos españoles, con las espadas y los crucifijos, un “terror volador”: el mosquito *Aedes aegypti*, el cual era originario de África y llegó en los barriles de agua de las embarcaciones europeas que venían de ese continente. El mosquito pica al hombre enfermo de fiebre amarilla, se infecta él mismo, y luego pica al hombre sano al que trasmite la enfermedad, si bien durante siglos se desconocería el papel que en la enfermedad desempeña dicho vector. Como el

---

<sup>1</sup> Una versión más breve de este capítulo es CARRILLO, Ana María (2008a). “Guerra de exterminio al ‘fantasma de las costas’: la primera campaña contra la fiebre amarilla en México, 1903-1911”, en Claudia Agostoni (ed.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México. Siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas / Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, pp. 221-256

<sup>2</sup> REY R. *et al.*, 1981.

<sup>3</sup> El doctor Angelo Simoes –citado por CRISPÍN CASTELLANOS (1995)– sostenía, a finales del siglo XIX la hipótesis de que la fiebre amarilla era originaria del litoral del golfo de Guinea, en la costa occidental de África. Señalaba al tráfico de esclavos a partir del siglo XVII, como el eje de la propagación de la enfermedad.

<sup>4</sup> Carlos Finlay fue el primero en expresar esta teoría en un trabajo presentado en 1884 en el Congreso de Americanistas, realizado en Nancy, Francia, con base en textos de los cronistas de las Indias. Citado por MENDIZÁBAL, 1892. Véase también, BUSTAMANTE, 1958.

<sup>5</sup> BURNET y WHITE, 1982.

<sup>6</sup> En 1648 se describió por vez primera en español una epidemia de fiebre amarilla urbana en Yucatán. BUSTAMANTE, 1958. En esta obra clásica sobre el tema, hay información sobre epidemias de fiebre amarilla en toda la historia de México.

*Aedes* llegaba a lugares inferiores a mil metros sobre el nivel del mar,<sup>7</sup> la fiebre amarilla fue originalmente una enfermedad de las costas.

La enfermedad quedó localizada de manera endémica en algunas poblaciones americanas. Pero en los siguientes siglos, las guerras entre España, Inglaterra y Francia por el dominio de América, y la llegada periódica de inmigrantes y viajeros no inmunes, provocaron epidemias intermitentes de fiebre amarilla, también llamada “tifo amarillo”, en todas las costas de América y en otros puntos del mundo. Las principales zonas endémicas en México eran Veracruz, Frontera y Progreso; y en el Caribe y Centro y Sudamérica, entre otras, La Habana, Panamá, Caracas, Río de Janeiro y Montevideo.<sup>8</sup>

La fiebre amarilla fue aliada de los nativos contra los conquistadores en Haití, Cuba y la Nueva España.<sup>9</sup> En el México independiente, aunque la enfermedad atacó con frecuencia a los visitantes, comerciantes y miembros del ejército nacional que eran movilizados a lugares donde el mal era endémico, causó tales estragos a las tropas interventoras francesas y estadounidenses, que en algunos lugares se le llamaba “la enfermedad patriota”.

En este capítulo doy algunos datos que muestran que durante el porfiriato la enfermedad fue un importante problema de salud pública en México, así como un obstáculo al comercio internacional, particularmente al comercio con Estados Unidos; señalo que la Academia Nacional de Medicina, el Consejo Superior de Salubridad y las más altas autoridades políticas de México aceptaron la teoría de la transmisión de la fiebre amarilla por mosquitos desde 1901; describo la campaña contra el vómito negro dirigida por el Consejo Superior de Salubridad entre 1903 y 1911, en la que éste solicitó el apoyo de empresarios y hacendados, autoridades civiles y militares, médicos y población general; explico las razones por las que la lucha contra la fiebre amarilla fue prioritaria en esos años, y expongo los motivos de su buen éxito.

Frente a la tesis –defendida por Armando Solorzano– de que el Estado porfiriano buscaba únicamente el control de la enfermedad, y no su erradicación, y que este logro hubiera sido imposible en esa época, cuando aún no participaba en el país la Fundación Rockefeller, yo sostengo que la salud pública porfiriana tuvo siempre como meta la erradicación de la fiebre amarilla, y que el combate a esta enfermedad fue uno de los pilares de la política sanitaria del régimen.

---

<sup>7</sup> Hoy puede vivir a alturas más altas.

<sup>8</sup> LÓPEZ SÁNCHEZ, 1987.

<sup>9</sup> Véase, por ejemplo, JONES, 1901.

### **La fiebre amarilla durante el porfiriato**

De sus principales focos, con frecuencia la enfermedad se extendía en forma epidémica a otros puertos del litoral. El porfiriato no fue la excepción; por el contrario, en este periodo la enfermedad se presentó también en las costas del Pacífico, así como en lugares a los que antes nunca había llegado.

En su obra sobre la geografía médica de la República Mexicana, Domingo Orvañanos señaló que la fiebre amarilla nunca se presentaba en tierra fría, lo hacía poco en la templada, y era muy grave en tierra caliente.<sup>10</sup> Por ello, emigrar a tierra fría se consideraba una prevención contra el mal. Aunque la enfermedad afectaba a las poblaciones principalmente entre mayo y octubre, en algunos lugares como Veracruz solía mantenerse durante el invierno, y se habla de epidemias que duraron tres y cuatro años.

El vómito negro acompañó a los movimientos comerciales y los desplazamientos militares; a finales de 1876, la llegada de tropas que apoyaban el plan de Tuxtepec a poblaciones de Yucatán donde el vómito era endémico, propició un recrudescimiento de la fiebre amarilla. Lo mismo sucedió al año siguiente en Tlacotalpan y Alvarado, Veracruz; en Tuxtepec, Oaxaca; y en Frontera, San Juan Bautista y otras poblaciones de Tabasco.<sup>11</sup> La enfermedad provocó una gran mortandad entre indios de Papantla, Veracruz, y afectó igualmente a Campeche y Tamaulipas.<sup>12</sup>

En 1877, 1878 y 1879, hubo en el territorio de Tepic epidemias de esta enfermedad; los médicos creyeron que se trataba de paludismo, con casos de “forma hemorrágica cerebral” y la población la llamó “la chanza”. Se dispuso que en las casas donde hubiera un enfermo se colocara una bandera blanca para que la municipalidad distribuyera alimentos, auxilios médicos y medicinas, pero se renunció a la medida en vista del terror que provocó comprobar que no había casa alguna que no estuviera señalada con alguna bandera. Quienes sobrevivieron quedaron debilitados por años.<sup>13</sup>

En 1882, se presentó una epidemia en poblaciones ribereñas del río Bravo. Se extendió, en el otoño a Matamoros y Tamaulipas, que mantenían tráfico de alguna importancia con Veracruz. A principios de septiembre, había invadido San Fernando, Mier, Camargo y Reynosa, Brownsville y ranchos de ambas márgenes del río. A lo largo del Bravo, abarcó una extensión de sesenta leguas

---

<sup>10</sup> ORVAÑANOS, 1889.

<sup>11</sup> HEINEMANN, 1880. Por esta memoria acerca de la fiebre amarilla, la Academia Nacional de Medicina de México otorgó un premio extraordinario a su autor.

<sup>12</sup> Casasús citado por BUSTAMANTE, 1958.

<sup>13</sup> Sólo después (con un diagnóstico retrospectivo), se entendería que se había tratado de fiebre amarilla. FENELÓN, 1898.

durante cerca de dos meses.<sup>14</sup> En 1883, hubo en Veracruz una epidemia severa, que se extendió al puerto y causó más muertes de las que la enfermedad había causado en los veinte años anteriores.<sup>15</sup> Precisamente entonces, llegó a Veracruz una flota de barcos noruegos y la mortalidad por fiebre amarilla fue altísima entre los tripulantes, al grado que en algunas de las embarcaciones fue necesario esperar a que llegaran nuevos tripulantes o, incluso, poner tripulación mexicana para que pudiesen regresar.<sup>16</sup>

También en el año 1883 hubo una epidemia en las costas del Pacífico. De acuerdo con la información oficial, llegó a Mazatlán en los primeros días de agosto, con un vapor procedente de Panamá. En este puerto, la enfermedad –que en su forma benigna fue conocida como “níquel”– duró poco más de dos meses y atacó a un gran número de sus habitantes. Fallecieron durante esa epidemia la cantante de ópera Ángela Peralta, el director de orquesta Pedro Chávez Aparicio y gran parte del personal de su compañía.<sup>17</sup> De Mazatlán se propagó en todos los sentidos, llevada por las personas que huían llenas de pánico a Baja California, Sonora, Nayarit, Colima, Guerrero<sup>18</sup> y Chiapas.<sup>19</sup>; murieron tres ingenieros que iban a la exploración de Baja California,<sup>20</sup> y en Sonora se paralizaron los trabajos de todas las empresas mineras.<sup>21</sup>

En 1898, la fiebre amarilla causó “un verdadero pánico entre los vecinos” de Tizimín, Yucatán.<sup>22</sup> Igualmente, a finales del siglo XIX, Nuevo León sufrió por vez primera una epidemia de fiebre amarilla a la que algunos médicos diagnosticaron originalmente como “ictericia grave”. Había tenido su origen en Puerto Progreso, avanzado hasta llegar a Tampico, e invadido luego Ciudad Victoria, de donde pasó a Monterrey.<sup>23</sup> Alarmados, estados vecinos como Coahuila impusieron cuarentena a las procedencias de Nuevo León,<sup>24</sup> e incluso solicitaron al gobierno federal se limitara el paso del ferrocarril del Golfo. Las autoridades sanitarias no accedieron a esta demanda, pero sugirieron en cambio instalar una estación de observación, y hacer ahí una rigurosa inspección de

---

<sup>14</sup> RUIZ Y SANDOVAL, 1884.

<sup>15</sup> RÍO DEL, 1900.

<sup>16</sup> RÍO DEL, 1894.

<sup>17</sup> BUSTAMANTE, 1958. Ángela Peralta murió el 30 de agosto de 1883.

<sup>18</sup> RUIZ Y SANDOVAL, 1884.

<sup>19</sup> Houle y Harris citados por BUSTAMANTE, 1958.

<sup>20</sup> RUIZ Y SANDOVAL, 1884.

<sup>21</sup> ROMERO GIL, 2003.

<sup>22</sup> *Diario Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 23 de febrero de 1898, p. 1.

<sup>23</sup> MESA Y GUTIÉRREZ y PRIETO, 1899-1901. El trabajo incluye informes de estudios histológicos, anatomopatológicos y bacteriológicos.

<sup>24</sup> CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910.



los pasajeros que desearan salir por el ferrocarril del Golfo.<sup>25</sup> El presidente Porfirio Díaz inició su informe al Congreso en abril y septiembre de 1899 y en septiembre de 1900 dando cuenta de las alarmantes epidemias de fiebre amarilla en esa ciudad, lo mismo que en Tampico, Veracruz, Córdoba, Orizaba y San Benito.<sup>26</sup>

En 1903, la enfermedad se extendió de Veracruz a Tabasco, Campeche, Yucatán, Coahuila, Tamaulipas, Nuevo León, San Luis Potosí e Hidalgo. En toda la República Mexicana se reportaron 3,848 casos de fiebre amarilla y 1,584 defunciones por esa causa.<sup>27</sup> Sin embargo, la morbilidad y la mortalidad por fiebre amarilla fueron sin duda más altas; la fiebre amarilla afectó a casi todas las haciendas y ranchos de los estados de la frontera norte, pero las autoridades no llevaron estadísticas,<sup>28</sup> y lo mismo debió de haber pasado en otras poblaciones. En general, las cifras oficiales de enfermos diferían de las reales por varios motivos: los primeros casos de la enfermedad, como en cualquier epidemia, pasaban inadvertidos; la mayoría de los enfermos eran atendidos por médicos tradicionales o en familia, y era difícil reunir datos porque se carecía de una organización sanitaria adecuada.

En septiembre de 1903 empezó en México, con buen éxito, la campaña contra la fiebre amarilla coordinada por el Consejo Superior de Salubridad. Sin embargo, en 1904 la enfermedad se extendió mucho más allá de la costa; de Tampico pasó a Victoria, Linares, Monterrey, Nuevo Laredo y a Laredo, Texas.<sup>29</sup> La construcción de los ferrocarriles favoreció la llegada de la fiebre amarilla a zonas en las que antes nunca se había presentado, pues podían viajar en ellos los enfermos de vómito y también los mosquitos. En 1905, el Consejo Superior de Salubridad informó de la presencia de fiebre amarilla en los lugares comprendidos entre Córdoba y Santa Lucrecia a lo largo del ferrocarril de Veracruz al Pacífico, y de Santa Lucrecia a Coatzacoalcos en la línea del ferrocarril del istmo de Tehuantepec, así como en los pueblos situados a uno y otro lado de las diferentes estaciones.<sup>30</sup> En los años siguientes, la enérgica campaña realizada en todo lugar donde se presentara un caso, hizo descender el número de enfermos y muertos, hasta que en 1910 no se presentó caso alguno.

---

<sup>25</sup> LICEAGA y ELGUERO, 1899.

<sup>26</sup> BUSTAMANTE, 1982b. RÍO DEL, 1899.

<sup>27</sup> ESTADÍSTICAS MENSUALES Y ANUALES.... 1905-1923.

<sup>28</sup> *El Contemporáneo*, San Luis Potosí, 23 de febrero de 1904, p. 3.

<sup>29</sup> LICEAGA, 1904c.

<sup>30</sup> LICEAGA, 1905g. CRISPÍN CASTELLANOS, 1995.

## La teoría de Carlos Finlay llega a México

Encontrar la causa y la cura de la fiebre amarilla fue una preocupación constante en el México decimonónico. Hacia finales del siglo XIX, algunos médicos y habitantes del país consideraban que la enfermedad podía transmitirse de persona a persona; otros pensaban que se hacía por el viento, por mercancías o por algún buque infestado.<sup>31</sup> La población y también los médicos, incluyendo a las autoridades sanitarias, consideraban que a veces “el germen” se desarrollaba espontáneamente.<sup>32</sup> Las principales medidas profilácticas generales propuestas eran acabar con los pantanos –a los que se veía como medios de cultivo de “los gérmenes”<sup>33</sup> causantes de la enfermedad–, vigilar a los buques procedentes de puertos infestados y desinfectar sus mercancías, y someterlos a cuarentenas de rigor o de observación.<sup>34</sup>

En 1881, el médico cubano Carlos Finlay expuso a la comunidad científica mundial una teoría que revolucionaría el modo de enfrentar al padecimiento. Elegido por la metrópoli española para representar a Cuba y Puerto Rico en la V Conferencia Sanitaria Internacional de Washington, leyó un trabajo sobre la fiebre amarilla. Planteó en él que el mecanismo de transmisión de la misma es el mosquito *Aedes aegypti* –primero conocido como *Culex* mosquito o *Stegomyia fasciatus*– y que hay tres condiciones indispensables para la propagación de la fiebre amarilla:

1) Existencia de un enfermo de fiebre amarilla, en cuyos capilares el mosquito pueda clavar sus lancetas e impregnarlas de partículas virulentas en el periodo adecuado de la enfermedad. 2) Prolongación de la vida del mosquito entre la picada hecha al enfermo y la que deba reproducir la enfermedad. 3) Coincidencia de que sea un sujeto apto para contraer la enfermedad alguno de los que el mismo mosquito vaya a picar después.<sup>35</sup> Estableció que, de ser cierta su teoría, para combatir la enfermedad había que eliminar al mosquito. Con ello, Finlay dejó planteadas las bases de la lucha antivectorial, fundamental en la prevención de algunas enfermedades epidémicas y transmisibles.<sup>36</sup> Sin embargo, no fue escuchado ni en Cuba ni fuera de la isla, y su descubrimiento tardaría dos décadas en ser aceptado.

---

<sup>31</sup> ORVAÑANOS, 1889.

<sup>32</sup> LICEAGA y RAMÍREZ, 1897. LICEAGA, 1900a. MATIENZO, 1900. RÍO DEL, 1900.

<sup>33</sup> La prueba definitiva de que el agente etiológico de esta enfermedad aguda es un virus, tendría que esperar hasta 1929. El virus pasa a la sangre por la picadura de un mosquito infectado, e inicia la infección en el hígado, el bazo o el riñón. El virus se multiplica enormemente, y cuando la enfermedad está en su punto álgido, una sola gota de sangre contiene muchos millones de partículas del virus. Esto estimula al mecanismo productor de anticuerpos, y si el enfermo no muere, los anticuerpos aparecen a los tres o cuatro días, y el individuo adquiere inmunidad contra la enfermedad. SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, 1972.

<sup>34</sup> *Ibidem*.

<sup>35</sup> FINLAY, 1906. La cita aparece también reproducida en LÓPEZ SÁNCHEZ, 1987: 182.

<sup>36</sup> LÓPEZ SÁNCHEZ, 1987.

En 1900, una comisión de médicos militares estadounidenses, encabezada por Walter Reed, fue a Cuba a poner a prueba la teoría del investigador cubano. Nancy Stepan ha examinado las razones –más políticas y económicas que científicas–, que explican el largo periodo transcurrido entre la publicación del trabajo de Finlay y su eventual comprobación a inicios del XX.<sup>37</sup> A partir de entonces los estadounidenses se atribuyeron el mérito del descubrimiento, y negaron la originalidad de la concepción médica del científico cubano, la creación de su método experimental y la validez de sus resultados;<sup>38</sup> mientras que los cubanos sostuvieron que éste correspondía a Finlay, con lo que iniciaron un debate que aún no termina.

El historiador François Delaporte sostiene que a Finlay se debe la idea del mosquito como transportador, pero a la comisión estadounidense tiene que reconocérsele la verificación de la teoría sobre el mosquito como huésped intermediario del parásito (que hoy se sabe es un virus); es decir, la intervención forzosa de aquél en el ciclo evolutivo de éste.<sup>39</sup> López Sánchez –biógrafo de Finlay– rebate a Delaporte diciendo que si se sigue la explicación de Finlay acerca del mecanismo de contagio, podrá comprobarse que éste nunca admitió al mosquito como un mero instrumento mecánico, sino que le atribuyó un valor biológico, tal como lo describe, por ejemplo, Wilhelm Hoffman en su artículo “La incubación extrínseca, propiedad de Finlay”. En Finlay –continúa su biógrafo– hay una gran cantidad de referencias al mosquito como incubador de la fiebre amarilla. Para encontrar una explicación racional a la palabra agente usada por él bastaría analizar la connotación de sus experimentos, “que no son simples picadas sino que importa mucho cuántos días han transcurrido desde que el agente tomó la sangre del amarílico para hacerse patógeno el virus; es decir, que es necesario que ocurran fenómenos biológicos al interior del mosquito para que se pueda reproducir la enfermedad”.<sup>40</sup>

El reconocimiento de que la picadura del mosquito *Aedes aegypti* era el único mecanismo de transmisión de la fiebre amarilla (en esa época aún no había sido identificada la fiebre amarilla selvática),<sup>41</sup> volvió innecesaria la desinfección de equipajes y de mercancías, y por ello simplificó las medidas sanitarias tomadas para evitar el paso de la enfermedad de un país a otro: destruir a los mosquitos, evitar sus picaduras y separar a los enfermos de los sanos, se convirtieron en las tareas

---

<sup>37</sup> STEPAN, 1978.

<sup>38</sup> LÓPEZ SÁNCHEZ, 1987.

<sup>39</sup> DELAPORTE, 1989.

<sup>40</sup> LÓPEZ SÁNCHEZ, 1987 y LÓPEZ SÁNCHEZ, 1993. La manera en que este debate se dio en México, deberá ser analizada en otro momento.

<sup>41</sup> Para la forma urbana de la fiebre amarilla, el hombre es tanto la fuente de infección como el reservorio, y el *Aedes*, el único mecanismo de transmisión; en la forma selvática, el mono y otros mamíferos selváticos son los reservorios, y hay varios mecanismos de transmisión. SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, 1972. CUETO, 1989.

centrales. Los experimentos realizados en Cuba se dieron a conocer en el Congreso Médico Panamericano, realizado en 1901 en ese país.<sup>42</sup> A partir de entonces, la teoría de Finlay fue aceptada en casi todo el mundo; con base en ella, en Cuba se organizó una campaña que logró el control de la enfermedad.<sup>43</sup>

Ese mismo año, el mexicano Ricardo Suárez Gamboa –quien estaba a cargo del servicio médico del Ferrocarril Nacional– informó a la Academia de Medicina de México de los experimentos realizados en Cuba, asegurando que marcaban “un nuevo capítulo en la historia epidemiológica”.<sup>44</sup> A partir de dicho informe, la Academia llamó la atención al gobierno del país sobre los descubrimientos, y propuso el envío de una comisión a La Habana para estudiar las medidas contra la fiebre amarilla, lo que el gobierno de Díaz aprobó de inmediato.<sup>45</sup> En marzo de 1902, Eduardo Liceaga –presidente del Consejo Superior de Salubridad– y José Ramírez –secretario del organismo– informaron que en los dos meses anteriores, en La Habana sólo se habían presentado dos casos de fiebre amarilla, pues tenían allá cien hombres ocupados en la matanza de los mosquitos.<sup>46</sup> En México, las autoridades sanitarias planificaron una campaña semejante. El presidente de la república y varios gobernadores apoyaron de manera decidida la teoría de la transmisión de la fiebre amarilla por medio del mosquito. En su informe presidencial de 1901, el general Díaz comentó sobre los descubrimientos:

Ellos hacen cambiar totalmente las ideas que se tenían acerca de los medios de transmisión de esa enfermedad, señalándose [*sic*] como una medida eficaz para oponerse al contagio, el evitar la picadura de algunos insectos. Esto ha dado ocasión a que el Consejo de Salubridad haya estudiado el asunto, proponiéndose dirigir una excitativa [*sic*] a las autoridades locales respectivas, para que pongan en práctica las medidas oportunas, en consonancia con la indicada teoría.<sup>47</sup>

Lo mismo sucedió en algunos estados. Por ejemplo, en Tamaulipas las autoridades sanitarias dictaron conferencias públicas en el edificio del ayuntamiento y en el teatro de la capital, durante las

---

<sup>42</sup> REED *et al.*, 1900.

<sup>43</sup> LICEAGA, 1903d.

<sup>44</sup> SUÁREZ GAMBOA, 1901.

<sup>45</sup> “DICTAMEN DE LA SECCIÓN...”, 1901.

<sup>46</sup> LICEAGA Y RAMÍREZ, 1902.

<sup>47</sup> DÍAZ, 1901.

cuales el propio gobernador tomaba la palabra y daba a conocer “la teoría del único contagio por el piquete del mosquito”.<sup>48</sup>

Durante la siguiente década, la campaña contra la fiebre amarilla sería prioritaria para el Consejo Superior de Salubridad. Había para ello diversas razones. En primer lugar, la falta de un tratamiento efectivo contra la enfermedad, que provocaba que la letalidad fuera altísima. A menudo, las personas eran abatidas “como por el rayo”, y morían en pocas horas “con la piel toda teñida de amarillo, vomitando sangre negra, con espantosos sufrimientos”.<sup>49</sup>

En segundo término, la fiebre amarilla diezmaba al ejército (tropa, oficialidad y jefes)<sup>50</sup> que luchaba contra la insurgencia de los pueblos yaqui<sup>51</sup> y maya; en 1901, decía *El Hijo del Ahuizote* que parecía que la fiebre amarilla se aliaba a los mayas, pues “fusilaba” a las tropas pacificadoras: “A ver cuál de las fiebres puede más, si la amarilla o la blanca de pacificación”.<sup>52</sup> Esto explica que en una época en que el Ministerio de Hacienda pagaba un mes de salario a los deudos de los empleados públicos que fallecían, otorgara una pensión de cinco años después de la muerte a los individuos de tropas de mar y tierra que perecieran por fiebre amarilla o paludismo en Yucatán.<sup>53</sup> Eso sí, no se permitía a los miembros del Ejército huir de la epidemia: cuando Teodoro Ortega, mayor del Cuerpo Médico Militar, decidió retirar a las tropas que combatían a los mayas rebeldes de los focos de fiebre amarilla que los diezmaban, y trasladarlos a lugares más benignos, fue procesado.<sup>54</sup>

En tercer lugar, políticos, comerciantes y médicos reconocían que la enfermedad mantenía en la decadencia una gran parte del litoral de México, y era uno de los mayores obstáculos para el comercio y crecimiento de las poblaciones de una de las zonas más ricas de la República.<sup>55</sup> Por último, y esto era quizá lo más importante, había una presión internacional para que los países

---

<sup>48</sup> “Carta de Eduardo Liceaga a Pedro Argüelles, gobernador del estado de Tamaulipas, de 20 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, México, núm. 9, 1904, pp. 103-104: 103. *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas*, Ciudad Victoria, 12 de enero de 1904, p. 3.

<sup>49</sup> Emile Chabrand reproducido en NOVO, 1964: 226-227. Para un análisis detallado de las características de la enfermedad, véase ALVARADO, 1897.

<sup>50</sup> *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 17 de noviembre de 1901, p. 895.

<sup>51</sup> *Gaceta Médico Militar*, vol. IV, 1892, p. 289.

<sup>52</sup> *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 25 de agosto de 1901, p. 503.

<sup>53</sup> “Pensión de cinco años en servicio de filas por fiebre amarilla. Decreto de Porfirio Díaz de 10 de marzo de 1908”, *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas*, Ciudad Victoria, 9 de mayo de 1908, p. 2. La noticia apareció también en repetidas ocasiones, al menos desde 1901, en el *Boletín del Ministerio de Hacienda*.

<sup>54</sup> *El Hijo del Ahuizote*, México D.F., 14 de abril de 1901, p. 199.

<sup>55</sup> LUCIO *et al.*, 1882. RÍO DEL, 1900.

latinoamericanos pusieran el acento en el saneamiento de los puertos;<sup>56</sup> Estados Unidos, en particular, consideraba que la fiebre amarilla era la más peligrosa de las enfermedades epidémicas.<sup>57</sup>

A pesar de que otras enfermedades tenían un peso mayor en la morbilidad y la mortalidad, las autoridades sanitarias porfirianas centraron su atención en combatir a la fiebre amarilla por presión de los Estados Unidos.<sup>58</sup> Sin embargo, durante la dictadura de Díaz, el Estado mexicano no permitió una intervención directa del país del norte en sus asuntos sanitarios. Un miembro de la Asociación Americana de Salud Pública sugirió en una reunión en La Habana que para evitar cuarentenas a los busques procedentes de sus puertos, México aceptara que los estadounidenses dirigieran su campaña contra la fiebre amarilla;<sup>59</sup> pero a pesar de chantajes y presiones, los mexicanos planificaron, financiaron y dirigieron su propia campaña contra el vómito prieto.

### **Lucha a muerte contra el “terror amarillo”**

De acuerdo con Armando Solorzano, la principal diferencia entre la campaña porfiriana contra la fiebre amarilla y la que emprendería en 1920 la Fundación Rockefeller, era que la primera buscaba el control de la enfermedad, mientras que la segunda se propondría como “nueva meta” su erradicación. “Gracias a la contribución de la Fundación –sostiene–, el gobierno mexicano no sólo pudo combatirla sino que la erradicó por completo en 1922 [...]. Este logro hubiera sido imposible sin la participación de la Fundación Rockefeller”.<sup>60</sup> Para hacer estas afirmaciones, Solorzano se basa en reportes y otros documentos emitidos por la Fundación Rockefeller, sin consultar una sola fuente de la época porfiriana, como sesiones del Consejo Superior de Salubridad, prensa médica, prensa periódica y, sobre todo, los boletines extraordinarios relativos a la campaña que el Consejo publicó desde 1903.

En realidad, las autoridades políticas y sanitarias mexicanas plantearon innumerables veces desde el inicio de la campaña que su objetivo era erradicar la enfermedad.<sup>61</sup> En su informe de 1903 ante el Congreso de la Unión, dijo el presidente de la República: “El gobierno de Veracruz y el

---

<sup>56</sup> GARCÍA, 1982.

<sup>57</sup> WYMAN, 1901. Para la discusión de este asunto, véase el capítulo “Imperialismo y sanidad: la internacionalización de la salud pública”.

<sup>58</sup> LICEAGA, 1910a. Véase el capítulo “A favor de la riqueza individual y pública: la campaña contra el paludismo”.

<sup>59</sup> “Official report of the proceedings of the Thirty-first Annual Meeting, of the American Public Health Association”, citado por CARRILLO Y BIRN, 2008.

<sup>60</sup> SOLORZANO RAMOS, 1992: 17.

<sup>61</sup> De hecho, se había planteado esa meta aún antes de que la teoría de Finlay fuera reconocida. De acuerdo con DEL RÍO (1900: 48), el gobierno mexicano estaba convencido de que la extinción de la fiebre amarilla como endemia de las costas sería “el rasgo más significativo del admirable progreso que la nación estaba teniendo”.

Consejo Superior de Salubridad tomaron, de común acuerdo, una serie de medidas encaminadas a combatir la epidemia de fiebre amarilla en el estado, con la esperanza de extinguirla para siempre”.<sup>62</sup> Por su parte, al año siguiente Liceaga comentó ante los miembros de la Academia de Medicina: “En un porvenir no lejano, espero poder venir a anunciaros que la fiebre amarilla ha desaparecido por completo del territorio nacional”.<sup>63</sup> Y él mismo dijo en su informe ante la Asociación Americana de Salud Pública en 1905: “Estos hechos muestran el buen éxito obtenido en México en la lucha contra la fiebre amarilla y la certeza de que en un futuro no distante la enfermedad será completamente extinguida, como ha sucedido en la isla de Cuba”.<sup>64</sup> Y reiteró tiempo después: “Abrigamos la esperanza de ver desaparecer de nuestro territorio la fiebre amarilla para no volver más”.<sup>65</sup>

Las autoridades sanitarias federales realizaron la campaña contra la fiebre amarilla en todos los lugares donde la enfermedad era endémica o se presentaba en forma epidémica, pero comenzaron en los puertos o ciudades con mayor importancia económica. Varios estados aceptaron delegar en la federación su soberanía en materia de higiene pública, para que ésta dirigiera el combate al padecimiento. El primero en hacerlo fue el estado de Veracruz; no sólo le dio su confianza, sino que también cooperó con la mitad de los gastos.<sup>66</sup>

En esta campaña, como en la llevada a cabo contra la peste en Sinaloa en 1902 y 1903, la burocracia sanitaria demandó que las medidas fueran ejecutadas fielmente y dirigidas por el Consejo Superior de Salubridad de la capital del país, como centro directivo único. El Consejo, a su vez, era vigilado por la Secretaría de Gobernación, de la que dependía.<sup>67</sup>

Que la campaña contra la fiebre amarilla comenzara en Veracruz no era producto de la casualidad. Por un lado, Veracruz era el principal puerto mexicano y el foco más antiguo y permanente de la endemia, y por el otro, era uno de los más importantes enclaves estadounidenses en América Latina. Había cuantiosas inversiones de Estados Unidos en el estado, pues este país tenía el monopolio de la industria petrolera, y adquiría constantemente nuevas tierras en la zona, cuya producción agrícola e industrial se dirigía grandemente a satisfacer los mercados estadounidenses.<sup>68</sup>

---

<sup>62</sup> DÍAZ, 1903.

<sup>63</sup> LICEAGA, 1905g: 142.

<sup>64</sup> LICEAGA, 1906b: 288.

<sup>65</sup> LICEAGA, 1908a: 282.

<sup>66</sup> LICEAGA, 1903d.

<sup>67</sup> Véase el capítulo “Centralización de las actividades sanitarias: la campaña contra la peste”.

<sup>68</sup> SOLORZANO, 1994. RONZÓN, 2004.

Las autoridades sanitarias federales dividieron al puerto de Veracruz en cuatro distritos, cada uno a cargo de un médico, el cual contaba con el apoyo de siete u ocho agentes y cierto número de mozos;<sup>69</sup> y mandaron elaborar mapas de todas las calles, numeraron las casas y levantaron censos de inmunes y no inmunes. Los agentes sanitarios visitaban casa por casa a los habitantes no inmunes, y aislaban –en hospitales militares o civiles, en casas de salud o, en su defecto, en algún cuarto destinado a ese propósito– a todos aquellos que tenían fiebre, cualquiera que fuera la causa de ésta, como “sospechosos de tener fiebre amarilla hasta que demostraran lo contrario”, para lo cual les tomaban la temperatura todos los días.<sup>70</sup>

El Consejo permitió que los enfermos de familias acomodadas fueran aislados en su domicilio,<sup>71</sup> si bien hubo propuestas de instalar casas de salud especiales para aislar a los enfermos de fiebre amarilla con capacidad para pagar su asistencia, en las que pudieran ser admitidos con sus familias. Más tarde, éstas en efecto se construyeron.<sup>72</sup> Algunos insistían en detener como enfermos o sospechosos a todos los niños que presentaran fiebre, para someterlos a cuarentena de observación, además de considerar a todos los menores de diez años como no inmunes.<sup>73</sup> Los agentes sanitarios vigilaban que en las casas no hubiera depósitos de agua sin cubrir, ya que en el agua pura depositan sus larvas las hembras del *Aedes aegypti*.

Funcionó también un servicio sanitario en las calles, lugares públicos, edificios de Estado y del municipio, basureros, rastros y alrededores de la ciudad, del que se encargó directamente el Consejo Superior de Salubridad. Dicho servicio desecaba pantanos o los cubría con una capa de petróleo, arrojaba cal viva en polvo a las orillas de los charcos, y hacía desinfecciones en los carros de ferrocarril o en los lugares en donde se presentaran casos de fiebre amarilla. Vigilaba, desde luego, que quienes estaban encargados de los trabajos de la campaña fuesen inmunes.<sup>74</sup>

La burocracia sanitaria estudió la distribución de los mosquitos y donde los encontró, estableció servicios sanitarios.<sup>75</sup> Como la campaña contra el vómito prieto estaba basada en el combate a los mosquitos, éstos empezaron a ser vistos como el enemigo número uno: “[...]”

---

<sup>69</sup> Más tarde, tendrían muchos más.

<sup>70</sup> LICEAGA, 1903d. En realidad, el aislamiento y la desinfección habían sido planteados como profilácticos de la fiebre amarilla tiempo antes de que la teoría del mosquito fuera aceptada. MATIENZO, 1900.

<sup>71</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas*, Ciudad Victoria, 12 de enero de 1904, p. 3.

<sup>72</sup> Sobre uno y otro asunto, véanse, respectivamente, la propuesta de Gregorio Mendizábal en *El Reproductor*, Orizaba, 31 de diciembre de 1893, p. 1, y el anuncio “Casa de Salud Gregorio Mendizábal”, en el mismo periódico, el 4 de agosto de 1904.

<sup>73</sup> IGLESIAS, 1907.

<sup>74</sup> LICEAGA, 1903d.

<sup>75</sup> Los primeros servicios antilarvarios en Veracruz fueron encargados a Manuel Macías. CERVANTES GONZÁLEZ, 1979.



inhumanos guerreros dotados de espadas [...] Siempre malos, siempre perversos, siempre dispuestos a ejercer sobre la humanidad sus instintos de fieras hambrientas”.<sup>76</sup>

Para desinfectar las habitaciones, los agentes sanitarios cerraban las ventanas, y colocaban en el centro de la pieza un bracerillo con lumbre, encima de él un comal, y sobre éste el azufre que se había de quemar rodeado de aguardiente. Una vez que se encendía el aguardiente, se cerraba la puerta de entrada. Al cabo de dos horas se abría la puerta para que fuera saliendo el producto de la combustión del azufre, hasta que el aire se renovaba completamente. Quedaban en el suelo, después de esto, moscos, moscas, chinches, pulgas, cucarachas y otros animales. En las vecindades, se desinfectaban las habitaciones una por una, y al terminar, volvía a comenzarse la desinfección para evitar que los mosquitos pasaran de uno a otro cuarto.<sup>77</sup>

Los jacales de los pobres estaban hechos con juncos o tablas desunidas y tenían un gran número de aberturas por donde podían escapar los mosquitos; por ello, antes de desinfectarlos las autoridades sanitarias los forraban con tiras de manta, sujetándolas con varillas de madera y cosiendo unas tiras con otras. Este método –denominado funda Del Río porque a ese sanitarista se debió su invención–<sup>78</sup> difirió radicalmente del empleado en las campañas contra la fiebre amarilla realizadas en Cuba, Panamá, Perú y otros países, donde se quemaron manzanas enteras de casas de pobres;<sup>79</sup> si bien ocasionalmente esto llegó a hacerse en México en otros lugares.<sup>80</sup>

En 1904, el Consejo de Salubridad creó un Cuerpo Sanitario Expedicionario al frente del cual colocó a Narciso del Río, para visitar todos los puntos de la república en donde el año anterior había hecho estragos la fiebre amarilla. Dicho cuerpo, que entre otras tareas realizaba desinfecciones, salió de Veracruz a Tampico. Ahí –de acuerdo con la prensa– trabajó secundado por las autoridades del puerto, “con beneplácito de los habitantes”.<sup>81</sup> La idea de la federación era que la mitad de los gastos de este Cuerpo Expedicionario saliera de las cajas de erario federal, y la otra mitad de las de los gobiernos estatales. En abril, Tampico estaba ya pagando la mitad de los gastos.<sup>82</sup>

---

<sup>76</sup> Arcos. “Los mosquitos”, *El Reproductor*, Orizaba, 24 de septiembre de 1903, p. 1.

<sup>77</sup> “Carta de Eduardo Liceaga a jefe político del cantón de Veracruz, de 1 de agosto de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm. 11, 1994, pp. 117-118.

<sup>78</sup> LICEAGA, 1905g.

<sup>79</sup> AHSSA, *salubridad pública*, congresos y convenciones, caja 9, exp. 10, 69 f., 1909-1910. Véanse también GUARDIA, 1983. CUETO, 1989.

<sup>80</sup> RUIZ, 1906.

<sup>81</sup> *La Patria*, México D.F., 25 de febrero de 1904, p. 2.

<sup>82</sup> *Periódico Oficial del Gobierno Libre y Soberano de Tamaulipas*, Ciudad Victoria, 14 de abril de 1904, p. 3.

Un artículo anónimo publicado en *La Patria* reconocía la preocupación del gobierno de Veracruz por ver al puerto libre del vómito; lo que no ocurría con el gobierno de Yucatán, el que – en su opinión– debía “emprender con tesón y con energía una campaña contra la fiebre amarilla; campaña tan útil, tan necesaria, como la emprendida por el gobierno general contra los indios mayas”.<sup>83</sup>

Al año siguiente, el gobernador de Yucatán solicitó al Congreso local que se hicieran gastos para combatir a la fiebre amarilla, lo cual –en sus palabras– no era “sólo de utilidad, sino de urgente necesidad”.<sup>84</sup> El Congreso aceptó y solicitó la intervención del Consejo Superior de Salubridad. Mérida se distinguía por su higiene: las casas eran limpias, las calles estaban pavimentadas con láminas de asfalto, y los habitantes “aun los pobres”, eran aseados. Sin embargo, en ella la fiebre amarilla era endémica, y constituía un grave problema de salud pública. La enfermedad se extendía también a otras poblaciones del estado.

De acuerdo con Eduardo Menéndez, la inmunidad de los pobladores nativos era notable, pero debido a la carencia de mano de obra local –exterminada en gran medida por la guerra de castas–, y la necesidad de brazos para la actividad portuaria y la producción henequenera, hubo grandes corrientes migratorias de población carente de inmunidad natural a las enfermedades propias de la zona, las cuales coincidieron con las epidemias más letales.<sup>85</sup> Durante la denominada Guerra del Yaqui, encabezada por Cajeme<sup>86</sup> y Tetabiate<sup>87</sup> en el último tercio del siglo XIX, el traslado forzoso a la zona maya de yaquis rebeldes no inmunes (primero mujeres y niños, y más tarde hombres), las favoreció igualmente.<sup>88</sup>

La campaña comenzó a mediados de 1904. La ciudad de Mérida también fue dividida en cuatro distritos, cada uno de ellos dirigido y vigilado por un médico, con 28 agentes y 38 mozos. Otro servicio funcionaba en el puerto de Progreso.<sup>89</sup> Dos años después de iniciada la campaña, el gobernador de Yucatán solicitó la amplitud de la partida federal, y se manifestó dispuesto a

---

<sup>83</sup> Identificaba así como plagas, a la enfermedad y a los mayas rebeldes. “Mucha higiene”, *La Patria*, México D.F., 23 de abril de 1903, p. 1.

<sup>84</sup> *Periódico Oficial de Yucatán*, Mérida, 22 de marzo de 1904, pp. 8-9: 8.

<sup>85</sup> Principalmente de chinos y coreanos. MENÉNDEZ, 1981. De acuerdo con este autor, el henequén –fibra dura– tenía entonces gran importancia para Estados Unidos, hecho que determinó muchas de las medidas de saneamiento impulsadas en la zona.

<sup>86</sup> Fusilado por el régimen en 1887.

<sup>87</sup> Quien tomó al morir Cajeme el mando de los pueblos del Yaqui, inició una activa campaña de guerrillas, y fue muerto en combate en 1900. GONZÁLEZ NAVARRO, 1970. VALADÉS, 1987.

<sup>88</sup> PADILLA RAMOS, 2002. (Agradezco a la autora, el que me haya proporcionado una copia de este trabajo, aún no publicado.) Véase también PADILLA RAMOS, 2003.

<sup>89</sup> LICEAGA, 1907e.

apoyarla.<sup>90</sup> La Cámara de Diputados acordaba un presupuesto para la campaña contra la fiebre amarilla, y los diferentes estados cooperaban con alguna cantidad; como Veracruz, Yucatán pagó a partir de entonces la mitad de los gastos de las campañas en el estado.<sup>91</sup>

En los siguientes años, solicitaron la colaboración del gobierno federal en el combate local al vómito prieto Nuevo León,<sup>92</sup> Tamaulipas, San Luis Potosí, Tabasco, Campeche, Coahuila, Oaxaca y Chiapas.<sup>93</sup> De acuerdo con el informe presidencial, en 1904 había servicios sanitarios especiales para extinguir y prevenir la epidemia en quince diferentes poblaciones del país, que comprendían los principales puertos y otros de los lugares más expuestos a la infección. Ese año, se habían registrado sólo casos aislados en Veracruz, Mérida, Tehuantepec y Salina Cruz. Pero en ningún lugar el vómito se había presentado de forma epidémica.<sup>94</sup>

En 1905, el Consejo publicó cinco circulares, dirigidas a diferentes sectores, pero con un objetivo común: impedir la propagación de la fiebre amarilla. Sin embargo, es interesante analizar el discurso que subyace a cada una de ellas. A las autoridades locales, les pidió su intervención en la campaña, tomando en cuenta su conocimiento de la localidad y de los habitantes, y asegurándoles que confiaba en sus sentimientos humanitarios, así como en su ilustración y patriotismo.<sup>95</sup> En las instrucciones a los hacendados y agricultores, y en aquéllas dirigidas a los gerentes de empresas de ferrocarril, les habló del valor de la campaña desde el punto de vista de sus legítimos intereses económicos. Dijo a los primeros:

Las fértiles comarcas que lindan con el golfo de México no han podido llegar al grado de prosperidad para el que están llamadas, porque en su suelo se han estacionado dos enfermedades [fiebre amarilla y malaria] que las hacen insalubres y aun mortíferas [...] y sea por el tiempo que dura la enfermedad y la convalecencia y, lo que es más sensible, por la muerte, el peón que no trabaja ocasiona una pérdida pecuniaria para el agricultor.<sup>96</sup>

---

<sup>90</sup> AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 6, exp. 9, [631 f.], 1906-1908.

<sup>91</sup> LICEAGA, 1906b. LICEAGA y MONJARÁS, 1910a. No coincido, en este punto, con la tesis de Eduardo MENÉNDEZ (1981) de que la campaña contra la fiebre amarilla se dio en Yucatán más tempranamente y con mayor envergadura y eficacia que en otras áreas nacionales. Ésta empezó en Veracruz, y si en 1912 se dedicaron más recursos a la lucha contra la enfermedad en Yucatán que a la realizada en aquel estado era porque la fiebre amarilla había sido mantenida alejada de Veracruz, a diferencia de lo que ocurría en Yucatán; sin embargo, coincido con este autor cuando asegura que en el Yucatán de esos años se tomaron medidas sanitarias por el significado local y nacional de su producción.

<sup>92</sup> Donde una comisión del Consejo de Salubridad se encargaba del servicio especial contra la fiebre amarilla. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Nuevo León*, Monterrey, 20 de junio de 1905, p. 1.

<sup>93</sup> DÍAZ, 1903. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910. LICEAGA, 1907d.

<sup>94</sup> DÍAZ, 1904: 211.

<sup>95</sup> LICEAGA, 1905a.

<sup>96</sup> LICEAGA, 1905d.

Y a los segundos:

... el interés bien entendido de las empresas ferrocarrileras, de los constructores y reparadores de vías férreas, exige un esfuerzo inmediato para resolver un problema económico que está íntimamente ligado con la prosperidad de las referidas empresas [...] Si llegara a desarraigarse la fiebre amarilla de la zona de tierra caliente que atraviesan los ferrocarriles, el reclutamiento de trabajadores sería más fácil, el número de los que se presentarán a ese servicio sería mayor, y se acabaría con la disminución de tráfico y de inmigración, y con las dificultades de las transacciones que la enfermedad provoca; prosperarían pues las empresas.<sup>97</sup>

A los médicos les señaló que la campaña del gobierno federal contra la fiebre amarilla no había podido extinguir la enfermedad: “Esta ineficacia debe atribuirse a muchas causas, una de las cuales es la falta de concurso de algunos médicos que [...] han dejado de dar el aviso de que asisten enfermos de fiebre amarilla [...] omisión que tiene consecuencias muy graves.”<sup>98</sup> Les hizo un llamado a su ética, y a no olvidar sus deberes profesionales y los que tenían como ciudadanos, y criticó “la funesta convicción” de que la declaración de la enfermedad únicamente alarmaba a la población.

Finalmente, intentó despertar los buenos sentimientos de la población en general: “Por afecto, no debemos dejar que enfermen nuestros familiares, y por humanidad no deberíamos permitir que enfermaran nuestros semejantes.”<sup>99</sup> Pero, en caso de que el patriotismo, los intereses económicos, la ética médica o la obligación moral no bastaren, a todos y cada uno de estos sectores les recordó que las leyes de la república imponían la obligación de dar aviso de que había un caso de fiebre amarilla, y multas más o menos cuantiosas o prisión para los infractores.

En las haciendas, se elaboraron padrones de no inmunes, empleando para ello las listas con que se pagaban los jornales, y agregando a los familiares. Como en las ciudades, los agentes sanitarios vigilaban a los no inmunes diariamente, y los aislaba si tenían fiebre.<sup>100</sup> Hay muchos reportes acerca de vigilancia de las autoridades sanitarias en fincas, con el fin de encontrar y aislar enfermos de fiebre amarilla; por ejemplo, en las haciendas de San Isidro, Chencán y otras de Campeche, que eran propiedad de The Laguna Company, o la finca de San Pablo, en ese mismo estado.<sup>101</sup> Igualmente, en Valle Nacional, en Oaxaca.<sup>102</sup> que funcionaba como campo de trabajos

---

<sup>97</sup> LICEAGA, 1905c.

<sup>98</sup> LICEAGA, 1905e.

<sup>99</sup> LICEAGA, 1905b.

<sup>100</sup> Véase, por ejemplo, el caso de la hacienda de Omealca en RUIZ, 1906.

<sup>101</sup> Véase todo el *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm 9, 1904.

forzados al que también fueron llevados con violencia prisioneros yaquis,<sup>103</sup> y donde gran parte de la población era no inmune a la enfermedad pues iba ahí desde la Mesa Central.<sup>104</sup>

Algo similar se hizo entre los obreros y empleados de ferrocarriles, practicándoles un reconocimiento cada día, y utilizando la autoridad de la empresa para obligarlos a aceptar el aislamiento en caso de que tuvieran fiebre. Cada empresa tenía un furgón en el que conducía a los enfermos al hospital o casa de salud (en Tierra Blanca, la misma empresa ferrocarrilera tenía una casa de salud). A estos centros de aislamiento se llevaba también a los pasajeros sospechosos de tener fiebre amarilla.<sup>105</sup>

La Secretaría de Guerra colaboró igualmente con el Consejo Superior de Salubridad en la lucha contra el vómito negro; autorizó, por ejemplo, que en zona federal en el puerto de Tampico se construyeran barracas para atender a las necesidades de la campaña contra la fiebre amarilla, aun antes de que el general Díaz aprobara el proyecto el 1 de agosto de 1903.<sup>106</sup> También antes de que el general Díaz aceptara iniciar la lucha contra la fiebre amarilla, los dueños del Ferrocarril Central Mexicano estuvieron de acuerdo en hacer la detención de trenes en lugares señalados por el Consejo, para la inspección de pasajeros y la desinfección de carros y mercancías.<sup>107</sup>

En ciertas situaciones, se les presionaba para que mantuvieran esa colaboración. En una ocasión, se remitió a la casa de salud de Salina Cruz a un rural en el 5º día de fiebre amarilla. El jefe del destacamento aseguró que hasta una noche antes no le habían reportado a ese enfermo. El delegado del Consejo en el puerto, Medina Jiménez, sugirió a Liceaga que se impusiera a ese jefe la obligación de pasar todos los días una visita de termómetro a la guarnición, o autorizara al propio delegado que él la hiciera.<sup>108</sup>

---

102 AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 68, exp. 21, 32 f., 1906-1908.

103 VALADÉS, 1987.

104 RUIZ, 1906.

105 LICEAGA, 1905g.

106 “Sesiones del CSS de 1 de julio y 1 de agosto de 1903”, AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 13, exp. 1 [325 f.]. A principios de agosto, Porfirio Díaz aprobó con algunas modificaciones el proyecto de combate a la fiebre amarilla. Gobernación recomendó la pavimentación de las calles, la limpieza de la población y la expedición por parte de la legislatura de estado de leyes conducentes a tal fin, y pidió a la Secretaría de Comunicaciones que terminara cuanto antes las obras de provisión de agua y de saneamiento de la ciudad de Veracruz.

107 “Sesión del CSS de 29 de julio de 1903”, AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 13, exp. 1 [325 f.]. En realidad, desde finales del siglo XIX, las autoridades sanitarias federales habían presionado a los gobernadores de los estados, para que los jefes de estación no permitieran embarcar en los trenes a los enfermos de fiebre amarilla. LICEAGA, 1899c.

108 “Carta de Medina Jiménez a Eduardo Liceaga de 29 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre amarilla*, núm. 10, 1904, p. 114.

En otro momento, fueron encontrados en Oaxaca enfermos recién llegados de otros estados.<sup>109</sup> Originalmente, las autoridades sanitarias trataron de hacer responsables a los agentes sanitarios por no dar aviso de todos los enfermos encontrados en los trenes; pero luego se percataron de que muchos enfermos no viajaban por trenes de pasajeros sino por trenes de trabajo, difíciles de visitar pues no tenían hora fija de llegada. El presidente del Consejo solicitó a los hacendados que trataran de evitar que los enfermos viajaran en esos trenes,<sup>110</sup> y avisó luego al delegado sanitario del estado que ya daba órdenes de que no se les dejara viajar, o de que los conductores dieran aviso si los trasportaban.<sup>111</sup>

El Consejo de Salubridad favoreció la emigración durante las epidemias de fiebre amarilla. Sin embargo, señaló como requisito indispensable para permitirla, que no saliera de la localidad ninguna persona enferma ni sospechosa de estarlo; los emigrantes –independientemente de que viajaran en barco, en ferrocarril, a caballo o a pie– debían presentar un documento expedido en las estaciones sanitarias por donde pasaban, y se castigaba con severidad a los infractores.<sup>112</sup>

Se vigiló la costa occidental de México –desde el gofo de Matamoros hasta Cabo Catoche–, y el Pacífico –del golfo de Cortés hasta San Benito–. En 1907, había tres brigadas volantes para atender cualquier caso de fiebre amarilla que pudiera presentarse en alguna población antaño invadida. Una de ellas tenía su centro en Córdoba, donde se unían el Ferrocarril Mexicano (que iba de la ciudad de México a Veracruz) y el de Veracruz al Pacífico (que iba de Córdoba a Santa Lucrecia). Hacia el sur, su acción se extendía hasta Valle Nacional. La base de operaciones de otra brigada estaba en Coatzacoalcos; su radio de acción abarcaba los dos cantones de Veracruz. La tercera brigada, con su base de operaciones en Salina Cruz, vigilaba hasta Santa Lucrecia, punto de unión de los ferrocarriles de Veracruz al Pacífico y Nacional de Tehuantepec.<sup>113</sup>

Las brigadas funcionaban del siguiente modo: el Consejo Superior de Salubridad recibía diariamente, por vía telegráfica, noticias del estado sanitario de las diferentes poblaciones; en ellas, se identificaba a cualquier sospechoso. En cada ferrocarril viajaba un agente sanitario, además de que la brigada volante se presentaba en cualquier lugar en que aparecía un foco, y aislaba a los

---

<sup>109</sup> “Carta de Medina Jiménez a Eduardo Liceaga de 28 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre amarilla*, núm. 10, 1904, p. 112.

<sup>110</sup> “Carta de Eduardo Liceaga al ingeniero John B. Body de 29 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre amarilla*, núm. 10, 1904, p. 113-114.

<sup>111</sup> “Carta de Eduardo Liceaga a Medina Jiménez de 29 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre amarilla*, núm. 10, 1904, p. 112-113.

<sup>112</sup> Véase “PROYECTO DE REGLAMENTO PARA LOS EMPLEADOS...”, 1903-1905. También, LICEAGA Y RAMÍREZ, 1902.

<sup>113</sup> LICEAGA, 1907e.

enfermos en algún lazareto u hospital cuando los había, o en un hospital portátil en el caso contrario.<sup>114</sup>

Estos hospitales portátiles eran de armar y desarmar, con muros alambrados y dobles puertas. En Salina Cruz y en Coatzacoalcos había estaciones permanentes, dotadas de aparatos de desinfección, que realizaban la vigilancia de los inmigrantes, y en Coatzacoalcos había también un lazareto.<sup>115</sup> En todos los casos, las camas de los enfermos estaban cubiertas por un pabellón alambrado muy tupido.<sup>116</sup> Los buques tenían camarotes con redes de alambre en los que podían viajar los enfermos de fiebre amarilla. Los delegados sanitarios de los puertos sometían a inspección sanitaria a todos los tripulantes y pasajeros sin excepción. El periodista William E. Carson, quien visitó México en 1908, relata:

No se nos permitió desembarcar antes que los oficiales sanitarios mexicanos subieran a bordo y nos revisaran. La Habana es tenida por las autoridades mexicanas como un venero de fiebre amarilla, y las autoridades de La Habana consideran a Veracruz de la misma manera [...] Nuestro vapor había hecho escala en La Habana y los médicos, consecuentemente, nos sometieron a un riguroso examen, metiéndonos termómetros para medir temperaturas y revisándonos por completo.<sup>117</sup>

Cuando en algún buque llegaban enfermos de fiebre amarilla o sospechosos de estarlo, se les trasportaba en una camilla cubierta de alambrado a un lazareto en el que había cuartos con puertas y ventanas también alambradas, en donde se les aislaba hasta que morían o sanaban.<sup>118</sup> Para lograr la colaboración de los pobladores, fueron creadas ligas contra la fiebre amarilla en Coatzacoalcos, Campeche, Córdoba, Mérida, Progreso, Salina Cruz y Laguna del Carmen. Éstas organizaban conferencias, además de que un agente especial divulgaba la doctrina en todo el litoral.<sup>119</sup>

A la campaña contra la fiebre amarilla se le destinaron enormes recursos.<sup>120</sup> El gobierno porfiriano realizó obras importantes para la salubridad pública en Veracruz.<sup>121</sup> En la ciudad se hizo

---

114 *Ibidem*.

115 Véase el capítulo "Detener al enemigo: salubridad en puertos y fronteras".

116 "Los servicios sanitarios en el Istmo", *La Voz de México*, México D.F., 5 de febrero de 1907, p. 3.

117 CARSON, 1992: 143.

118 LICEAGA, 1905g.

119 LICEAGA, 1907e.

120 El presupuesto federal para la campaña contra la fiebre amarilla puede consultarse en el *Boletín del Ministerio de Hacienda* desde 1904. En mayo, se le dedicó una partida de 40,000 pesos, a la que se agregaron ese mismo año otros 70,000, y a las medidas contra la fiebre amarilla y el paludismo se les dedicaron al año siguiente 100,000 pesos, independientemente de lo aportado por los gobiernos estatales.

121 GONZÁLEZ NAVARRO, 1970. Véanse también *Los Sucesos*, Veracruz, 12 de agosto de 1903, p. 1. *El Reproductor*, Orizaba, 17 de diciembre de 1903 y 20 de abril de 1905, p. 1 y 1.

la provisión de agua potable, una red de atarjeas que conducía los desechos mar afuera, así como la pavimentación de las calles. Un ingeniero se ocupaba de canalizar los terrenos donde había pantanos, de llenar las oquedades del suelo donde pudieran formarse depósitos de agua, así como de vigilar las conexiones de los albañales de las casas con la red de atarjeas que atravesaba la ciudad.<sup>122</sup> Hubo, en el periodo, una modernización extraordinaria del puerto.<sup>123</sup>

Una revisión de las 77 cajas de expedientes de personal del Consejo de Salubridad en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, muestra la enorme cantidad de empleados dedicados al Servicio Especial contra la Fiebre Amarilla contratados durante el porfiriato. Dependían del organismo cerca de treinta médicos que coordinaban los trabajos de la campaña en todos los lugares donde se presentaban casos de fiebre amarilla; alrededor de un centenar y medio de agentes sanitarios distribuidos en el puerto de Veracruz, Coatzacoalcos, Tierra Blanca y Córdoba, en Veracruz; Mérida y Progreso, en Yucatán; Salina Cruz, Tehuantepec, Santa Lucrecia, Tuxtepec y Juchitán, en Oaxaca; y Tampico, en Tamaulipas; además de un importante número de agentes viajeros en las diferentes brigadas volantes; y varios médicos, practicantes, enfermeras y boticarios, que trabajaban en las casas de salud de Mérida, Tehuantepec, Tierra Blanca y el puerto de Veracruz. Algunos de ellos duraron en sus puestos sólo unos meses, mientras que otros trabajaron por años. Había quienes, ilegalmente, realizaban actividades ajenas a su trabajo durante su jornada laboral,<sup>124</sup> y quienes pasaban noches enteras fumigando.<sup>125</sup> Algunos de ellos siempre trabajaron en la misma población, pero otros tuvieron una gran movilidad.<sup>126</sup>

Debido al vómito prieto, antes de la campaña del Consejo de Salubridad la ciudad de Veracruz era reputada como uno de los lugares más insalubres del continente, impresión que cambió

---

<sup>122</sup> LICEAGA, 1907e. La introducción del drenaje y agua potable en Córdoba se hizo en 1905. *El Reproductor*, Orizaba, 20 de abril de 1905, p. 1.

<sup>123</sup> El Estado porfiriano contrató con S. Pearson and Son Limited la ejecución de las obras para proporcionar agua potable y filtrada a los habitantes del puerto de Veracruz, y en general los trabajos de saneamiento del mismo, que fueron inaugurados en 1902. El asunto es expuesto de manera detallada en el completo y bien documentado trabajo de CONNOLLY, 1997. Los contratistas trabajaban en coordinación con los delegados del Consejo Superior de Salubridad. AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 66, exp. 30, 15 f., 1907.

<sup>124</sup> Véase, por ejemplo, AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 68, exp. 21, 32 f., 1906-1908.

<sup>125</sup> Como el agente Salomón, que trabajó en más de un estado, y a cuya acción se atribuyó, en gran parte, la extinción de los últimos focos en Veracruz, durante la reaparición de la fiebre amarilla en 1909. AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 65, exp. 19, 27 f., 1911.

<sup>126</sup> Tal fue, entre otros, el caso del médico Vicente Álamo Millet quien ocupó en 1900 el puesto de delegado sanitario en el puerto de Frontera, Tabasco; de 1906 a 1907, fue delegado sanitario de la brigada volante contra la fiebre amarilla entre Tuxtepec y Santa Lucrecia, Oaxaca; posteriormente y hasta 1914, fue médico en jefe del servicio especial contra la fiebre amarilla, en Córdoba, Veracruz, y en 1912, fue enviado por el Consejo a Yucatán, con la tarea de lograr la extinción de la fiebre amarilla en ese estado. AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 1, exps. 31, y 32 y 33; 22, 10 y 167 f.; 1900, 1906-1907 y 1900-1914.



después de los trabajos sanitarios. De ella dijo en 1909 Vitold de Szyszlo –climatólogo francés que visitó México con la intención de conocer personalmente la tierra de los aztecas–: “[...] saneada desde hace cinco años, con sus calles bien asfaltadas y sus casas provistas de canalización, no merece ya su legendaria reputación de insalubridad.”<sup>127</sup> Y el italiano Adolfo Dollero escribió en 1910: “En vez de la sucia población de antaño [...] encontraba una ciudad moderna, pavimentada de asfalto, con luz eléctrica, tranvías eléctricos, drenaje, servicio de agua potable y unos cuarenta mil habitantes aproximadamente.”<sup>128</sup>

Sin embargo, con frecuencia, hubo críticas a las deficiencias de los trabajos sanitarios, como la distribución del agua potable,<sup>129</sup> o la lentitud de las tareas de desinfección.<sup>130</sup> Además, el saneamiento no tuvo el mismo impacto en los principales puertos o ciudades que en los pequeños pueblos. La prensa daba noticias de poblaciones donde dos terceras partes de las habitaciones eran inadecuadas para la vida, y otras donde sólo la iglesia era de piedra.<sup>131</sup> En gran número de publicaciones, se hablaba asimismo de las malas condiciones en que vivía la mayoría de la población. Se comentaba que muchos enfermos eran encontrados durmiendo en el suelo y a la intemperie, así como que la fiebre amarilla hacía víctimas “más por penuria de las clases proletarias, que por malignidad irremediable de nuestro clima tropical”.<sup>132</sup>

El presidente del Consejo de Salubridad demandaba reportes de dónde y cómo se había desarrollado cada caso,<sup>133</sup> lo mismo que noticias diarias sobre cada enfermo.<sup>134</sup> Las medidas sanitarias se impusieron con rigor creciente. Si en la demarcación de la vigilancia de un agente

---

127 SZYSZLO, 1992: 174.

128 DOLLERO, 1992: 198.

129 “Carta de Eduardo Liceaga al gobernador de Veracruz, de mayo de 1905”, AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 5, exp. 1, [283 f.].

130 *La Opinión*, Veracruz, 10 de agosto de 1908, p. 2. Este periódico se burlaba de Liceaga por su “enérgica campaña”, y aseguraba que los basureros no desaparecían.

131 Véase como ejemplo, *El Reproductor*, Orizaba, 14 de septiembre de 1905, p. 2.

132 *Los Sucesos*, Veracruz, 6 de septiembre de 1906, p. 1.

133 Como muestran innumerables cartas intercambiadas entre Liceaga y los delegados sanitarios de diversos puntos de la República Mexicana y publicadas en el *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*. Con respecto a un paciente cuya enfermedad no había podido ser rastreada hasta su origen, Liceaga solicitó a un delegado sanitario: “[...] como usted sabe del inmenso interés que tengo en averiguar la procedencia de cada enfermo, le ruego se sirva llevar más lejos sus investigaciones”. “Carta de Eduardo Liceaga al delegado de Veracruz de 25 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm. 10, 1904, pp. 109-110: 110. Véase también “Carta de Eduardo Liceaga a Medina Jiménez de 28 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm. 10, 1994, p. 111-112.

134 Véase, “Carta de Eduardo Liceaga al delegado del CSS en Tampico, de 27 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm. 10, 1994, p. 110-111. También, “Carta de Eduardo Liceaga al delegado en Coatzacoalcos, de 3 de agosto de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm. 11, 1994, pp. 119.

sanitario se encontraba, por ejemplo, un depósito de agua con larvas de mosquitos, éste solía ser suspendido del empleo por algunos días, además de tener que pagar una multa;<sup>135</sup> pero si se descubría que había omitido dar cuenta a los superiores de un enfermo de fiebre amarilla encontrado en su demarcación, por lo general se le cesaba.<sup>136</sup>

Mucho más severas eran las medidas tomadas con los delegados sanitarios: cuando el médico Teodoro Ortega –delegado temporal en Guaymas–, expidió un certificado de haber desinfectado un barco, lo que no había hecho, su expediente fue remitido al Ministerio Público, a pesar de que él argumentó que pensaba hacerlo al día siguiente y había dado el certificado para evitar demoras al buque, pero luego había tenido que salir y encargado el asunto al administrador de la aduana.<sup>137</sup>

En México, la campaña contra la fiebre amarilla no se suspendió desde su inicio en 1903, ni siquiera durante los meses de invierno, como sucedía en otros países tropicales.<sup>138</sup> Aun así, de agosto de 1908 a octubre de 1909 se dieron algunos casos en Veracruz; entonces, había en esa ciudad diez mil no inmunes pero no mosquitos *Aedes*, como lo mostraban los informes que rendía el médico del Servicio de Salubridad Pública y de los Hospitales de la Marina de Estados Unidos establecido en el citado puerto. En Mérida, había también casos aislados; algunos de los problemas de la ciudad eran que había treinta mil depósitos de agua, que las autoridades no habían podido vigilar de manera tan eficaz como en Veracruz; y aún faltaba por hacerse la canalización de algunos depósitos de agua estancada o su relleno con tierra, y la petrolización de depósitos que no podían ser cubiertos de otra manera.

Desde hacía cuatro años, no se habían presentado casos ni en Coatzacoalcos ni en Salina Cruz.<sup>139</sup> Después de ocho años de campaña, los trabajos sanitarios condujeron al éxito. En Veracruz, en los diez años anteriores al inicio de ésta hubo 1,952 defunciones registradas por fiebre amarilla, y en los diez posteriores, únicamente 218.<sup>140</sup>

---

<sup>135</sup> Véase, por ejemplo, AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 66, exp. 6, 18 f., 1908. Sobre el uso de pececitos para destruir las larvas, véase AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 65, exp. 19, 27 f., 1911.

<sup>136</sup> Véase, por ejemplo, AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 67, exps. 1 y 2, 32 y 6 f., 1908 y 1908.

<sup>137</sup> “Sesión secreta del CSS de 4 de julio de 1903”, AHSSA, *salubridad pública*, Presidencia, actas de sesiones, caja 13, exp. 1, [325 f.], 1903. Se trataba del mismo médico militar, procesado dos años atrás, del que he hablado antes en este capítulo.

<sup>138</sup> LICEAGA, 1907e.

<sup>139</sup> LICEAGA, 1909.

<sup>140</sup> “ESTADÍSTICAS MENSUALES Y ANUALES...”, 1905-1923.

El presidente de la república informó el 16 de septiembre de 1910 que en los doce meses anteriores no se había registrado en el territorio nacional un solo caso de fiebre amarilla.<sup>141</sup> Y en un trabajo presentado en la reunión de la Asociación Americana de Salubridad Pública, al cual tituló “La fiebre amarilla ha desaparecido de la República mexicana”, Liceaga dijo: “En el informe que presenté el año pasado a la reunión de la APHA realizada en Richmond, señalé que la fiebre amarilla no se había presentado en Veracruz desde el 11 de febrero de ese año [1909], pero que aún existían casos aislados en el estado de Yucatán [...] Día con día, éstos fueron menos frecuentes hasta quedar reducidos a Mérida y algunos pequeños pueblos de la entidad. Pero desde el 20 de diciembre de 1909 no se ha presentado un solo caso de fiebre amarilla en Yucatán ni en ninguna otra parte de la República Mexicana, por lo que podemos declarar que esta enfermedad ha sido erradicada de nuestro país”.<sup>142</sup> Consideraba que este logro se debía a que el servicio de cuarentenas en puertos y ciudades fronterizas estaba centralizado.

#### **Resistencia profesional y popular a la campaña**

Pero antes de llegar a esa meta, hubo resistencias de parte de algunos médicos, autoridades políticas, comerciantes y pobladores tanto a la campaña como a las tesis en que ésta se sustentaba. El médico cubano Juan Guiteras había advertido que Finlay no sólo había descubierto el vector de la fiebre amarilla, sino que había dado la primera explicación científica de la propagación de las enfermedades entre seres humanos por medio de un vector biológico, y su teoría constituía una discontinuidad en el pensamiento médico y sanitario imperante en la mente de los hombres por más de tres siglos.<sup>143</sup>

Lo anterior explica que aun después de la aceptación de la teoría finlaísta por la comunidad médica internacional, ésta fuera rechazada por muchos médicos de los países en que se impulsaron campañas basadas en ella, incluyendo México. En 1904, Ricardo Ortega –socio correspondiente de la Academia Nacional de Medicina en Ciudad Porfirio Díaz, Nuevo León– afirmó ante esta corporación que la fiebre amarilla no se propagaba sólo por los mosquitos. Su consocio Gregorio Mendizábal opinó que, efectivamente, los estudios de la comisión estadounidense aún dejaban puntos oscuros, pues estaba comprobado que la fiebre amarilla había sido transmitido por cargamentos sucios en los que no había *Stegomyas*, mientras que en Orizaba se había presentado una

---

<sup>141</sup> DÍAZ, 1910: 142.

<sup>142</sup> LICEAGA, 1911b: 735.

<sup>143</sup> Citado por LÓPEZ SÁNCHEZ, 1987.

epidemia en 1898, aunque antes de esa fecha había ahí mosquitos. En su opinión, el *Anopheles* tampoco era siempre la causa del paludismo.<sup>144</sup>

En otra sesión de la Academia este médico insistiría en que en Nueva Orleans y Nueva York, con el solo saneamiento de la ciudad se había acabado la fiebre. Por su parte, José Olvera decía que con esta teoría quedaban puntos oscuros, por ejemplo, cómo había adquirido el padecimiento el primer enfermo de vómito.<sup>145</sup> El médico Manuel Iglesias –nada menos que el futuro delegado del Consejo Superior de Salubridad en Veracruz y de quien dependería desde 1905 la campaña contra la fiebre amarilla en ese estado–, cuestionó que la teoría finlaísta fuera una verdad indiscutible; puso en duda no sólo que los mosquitos fueran los únicos medios de propagación de la fiebre amarilla, sino, incluso, que la enfermedad pudiese ser transmitida por ellos.<sup>146</sup> Reconocería en 1906, que al difundirse la teoría del mosquito no la había aceptado “con el entusiasmo que merecía tan asombrosa confirmación. [La] combatí, vituperé [y] censuré [...]”.<sup>147</sup> Confesaba que el buen éxito de la campaña lo había hecho cambiar de opinión.

Otro tanto puede decirse de las autoridades políticas. El médico Cipriano Guerra Espinoza se quejó en 1904 de que su comisión como representante del Consejo Superior de Salubridad en la campaña contra la fiebre amarilla en Ciudad Victoria, se viera obstaculizada por la actitud del presidente municipal, quien no aceptaba la teoría de la propagación del vómito por el mosquito, ni reconocía que alguna vez hubiera habido fiebre amarilla en Victoria. Dicho señor propagaba esas ideas entre el pueblo y algunas personas de relativa posición, que se oponían que se llevaran a cabo las medidas de desinfección. En su calidad de presidente del Consejo Superior de Salubridad, Liceaga pidió al doctor Guerra que tratara de hacer desistir de sus ideas erróneas a esa autoridad política,<sup>148</sup> y solicitó al mismo tiempo ayuda del gobernador del estado:

No tengo inquietud ninguna por la vuelta de la epidemia de fiebre amarilla a esa ciudad, tanto por el tiempo transcurrido desde que se dieron los últimos casos, cuanto por los trabajos de combate que se han seguido haciendo para evitar que reaparezca la enfermedad, pero sobre todo, porque sé que está usted convencido de la doctrina de la trasmisión de ese mal epidémico por intermedio del mosquito “*Stegomya*”, [y] que es usted un

---

<sup>144</sup> “Academia Nacional de Medicina. Sesión de 13 de enero de 1904”, *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, vol. IV, núm. 2, 15 de enero de 1904, p. 19-20.

<sup>145</sup> “Academia Nacional de Medicina. Sesión de 20 de abril de 1904”, *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, vol. IV, núm. 9, 1 de mayo de 1904, p. 101.

<sup>146</sup> IGLESIAS, 1901a.

<sup>147</sup> IGLESIAS, 1907: 42.

<sup>148</sup> “Carta de Eduardo Liceaga a Cipriano Guerra Espinoza, de 20 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm. 9, México, 1904, pp. 101-102.

apóstol entusiasta propagador de esa doctrina y un funcionario ilustrado inteligente y enérgico, como me lo ha demostrado la experiencia.<sup>149</sup>

Pero le señaló que no todos en esa localidad tenían el mismo convencimiento, por lo que le pidió que tomara empeño para que no hubiera oposición a la desinfección de las casas, medida transitoria y conveniente no sólo para prevenir la fiebre amarilla, sino también para combatir otras enfermedades epidémicas. Solicitó su ayuda tanto para proteger a los agentes sanitarios dependientes del Consejo, como para educar al pueblo.<sup>150</sup>

La oposición de la población y de los comerciantes o empresarios no tenía que ver con las teorías sino con la manera en que las medidas sanitarias coartaban su libertad o limitaban sus derechos, y muchos documentos y noticias periodísticas del periodo dan cuenta de ella. Para evitar las picaduras de los mosquitos, la ciencia sugería usar velos y guantes, pero el clima de las zonas afectadas por la fiebre amarilla no lo permitía; hasta los soldados andaban en huaraches y sin calcetines. Las autoridades sanitarias ponían tela alambrada en las ventanas de las casas y los cuarteles, pero la población la rompía para que entrara el aire.<sup>151</sup>

Los agentes sanitarios visitaban diariamente a los pobladores no inmunes, para “sorprenderlos” en caso de que tuvieran fiebre y aislarlos; pero la clasificación de inmunes y no inmunes era un problema, pues los agentes sanitarios no tenían conocimientos de medicina y los pobladores no estaban interesados en decir la verdad. Sólo el inspector sanitario después de un interrogatorio minucioso podía tener una idea más exacta –nunca segura– de si una determinada persona era inmune a la fiebre amarilla.<sup>152</sup>

Los pobladores denunciaban la intromisión en sus hogares como allanamiento.<sup>153</sup> Los trabajos de desinfección deterioraban sus cortinas y muebles.<sup>154</sup> Y varios empleados del Consejo Superior de Salubridad causaron problemas en el desempeño de sus actividades: el delegado del organismo en Manzanillo, Francisco Romero, decía al presidente del mismo al referirse a las visitas domiciliarias en la campaña contra la fiebre amarilla: “No puedo siempre estar al lado de los mozos

---

149 “Carta de Eduardo Liceaga a Pedro Argüelles, gobernador del estado de Tamaulipas, de 20 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm. 9, México, 1904, pp. 103-104: 103.

150 *Ibidem*.

151 IGLESIAS, 1907.

152 *Ibidem*.

153 *Ibidem*. Véase también, LICEAGA, 1905b.

154 Como con frecuencia reconocían los mismos médicos. Véase, por ejemplo, AGN, *Consejo Superior de Salubridad*, leg. 1, exp. 10, 11 f., 1893.

que ejecutan los trabajos, indispensable condición para evitar tropelías en el saneamiento de las habitaciones”.<sup>155</sup>

El aislamiento enfrentaba especiales resistencias. Los enfermos pobres se oponían a que se les recluyera en casas de salud o en lazaretos, y los enfermos de familias acomodadas –a los cuales se les permitía el aislamiento en su domicilio– protestaban contra las limitaciones para moverse de sus casas.<sup>156</sup> Narciso del Río –quien desde el inicio de la campaña y hasta su muerte en 1905, estuvo al frente de la lucha contra la fiebre amarilla en Veracruz– advertía: “La vigilancia de la autoridad es poco eficaz, como resulta siempre que la generalidad de la población no la ayuda en sus propósitos, pues sería necesario poner un vigilante oficial cerca de cada uno de los atacados o mandar al lazareto a todos los invadidos, sin distinción alguna”.<sup>157</sup>

Iglesias opinaba varios años después, que las autoridades sanitarias tenían que imponer medidas draconianas, aunque éstas coartaran la libertad individual, pues: “Ninguna de las personas pertenecientes a nuestra clase alta o aristocrática, media o burocrática y baja o trabajadora, se presenta espontáneamente a la autoridad, a decirle que entre los miembros de su familia tiene un enfermo de fiebre amarilla”;<sup>158</sup> por el contrario, se trataba de disimular la enfermedad.

Cuando se encontraba a un sospechoso o enfermo de fiebre amarilla en algún tren, y el enfermo era trasladado a un centro de salud, las compañías ferrocarrileras le cobraban por ese servicio: pero el Consejo Superior de Salubridad les suplicaba que no lo hicieran, ya que se estaba desviando a los viajeros de su destino sin su consentimiento.<sup>159</sup> Con frecuencia, personas retiradas de barcos o ferrocarriles como sospechosas de tener fiebre amarilla, resultaban estar en realidad enfermas de “paludismo de forma benigna” o alguna otra enfermedad, o incluso estar sanas.<sup>160</sup>

Algunas veces, se pretendía someter a los buques a desinfección en algún puerto de la república, cuando se les acababa de desinfectar en otro, lo que –avisaba el Consejo de Salubridad a los delegados–, no debía ocurrir.<sup>161</sup> Todas estas medidas provocaban tensiones, resistencias y protestas, y hubo varios agentes sanitarios asesinados: Servando Solís, en 1906 en Mérida;<sup>162</sup>

---

<sup>155</sup> AHSSA, *salubridad pública*, epidemiología, caja 6, exp. 3, enero de 1904-marzo de 1906.

<sup>156</sup> *Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas*, Ciudad Victoria, 12 de enero de 1904, p. 3.

<sup>157</sup> RÍO DEL, 1900: 384.

<sup>158</sup> IGLESIAS, 1907: 43.

<sup>159</sup> LICEAGA, 1905g.

<sup>160</sup> “Carta de Antonio Matienzo a Eduardo Liceaga, de 28 de julio de 1904”, *Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm. 10, 1904, p. 111.

<sup>161</sup> “Carta de Eduardo Liceaga a Victoriano Montalvo, de 23 de julio de 1904”, *Boletín del Consejo Superior de Salubridad. Fiebre Amarilla*, núm. 9, 1904, pp. 107-108.

<sup>162</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 68, exp. 24, 2 f., 1906.

Manuel Silva, en 1908 en Veracruz;<sup>163</sup> y ese mismo año otro agente en Tehuantepec,<sup>164</sup> son sólo algunos de ellos.

Sin embargo, cuando las campañas empezaron a mostrar sus efectos, los propios comerciantes y pobladores solicitaron que no se interrumpiese el servicio sanitario, costosísimo por cierto. El 31 de octubre de 1906, el Consejo reportó que los resultados de la campaña contra la fiebre amarilla habían sido tan satisfactorios que no había un solo caso registrado de junio a esa fecha; en Tampico, no se habían presentado casos desde noviembre de 1905. En cambio, los gastos habían sido enormes; propuso, por ello, reducir los servicios contra la fiebre amarilla y el paludismo a lo estrictamente indispensable, y volver a establecerlos sólo si la enfermedad reaparecía. A partir del 1 de noviembre desaparecieron las brigadas sanitarias existentes en buen número de poblados. Pero como en esa época aún había fiebre amarilla en Cuba, lo que se consideraba un peligro, la población y las personas interesadas en el comercio pidieron que volviera a organizarse el servicio sanitario. Los gobiernos de Nuevo León y Tamaulipas estuvieron dispuestos a pagar la mitad de los gastos; en ese momento, el Consejo Superior de Salubridad aceptó pagar la otra mitad. En Tampico, los servicios se reanudaron en enero de 1907.<sup>165</sup>

### **Un mal que se fue y volvió**

Durante siglos, la fiebre amarilla fue una endemia secular de los principales puertos del golfo de México, que de manera regular se presentaba también en forma epidémica, y tuvo terribles efectos en la vida de los habitantes de los litorales mexicanos, en donde se le describía como “el fantasma de las costas”.<sup>166</sup> Precisamente por los daños que ocasionaba a la salud de las personas y al desarrollo del comercio, fue un importante impulso para la salud pública nacional e internacional. Como la enfermedad se relacionó con frecuencia con la falta de higiene, los intentos de exterminarla desempeñaron un papel fundamental en el saneamiento de los puertos y de algunas ciudades del país.

Desde que en 1901 fue verificada la teoría finlaísta, varios médicos mexicanos, dentro de los que estaban los miembros del Consejo Superior de Salubridad, se convencieron de esa teoría, e impulsaron una campaña de erradicación de la fiebre amarilla que contó con el apoyo decidido del poder político y a la cual se le dedicaron grandes recursos. La campaña favoreció la centralización

---

<sup>163</sup> AHSSA, *salubridad pública*, expedientes de personal, caja 68, exp. 4, 21 f., 1908.

<sup>164</sup> *El Dictamen* del 25 de agosto de 1908, citado por RONZÓN, 2004: 165.

<sup>165</sup> ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE VIGILANCIA..., 1904-1908.

<sup>166</sup> RUIZ, 1906.

creciente en materia de salud, pues al ver sus resultados, los poderes locales fueron aceptando la intervención del gobierno federal en sus asuntos sanitarios.

La decisión de dirigir la mayor parte de los esfuerzos contra la fiebre amarilla y no contra otras enfermedades –algunas de ellas, responsables de un porcentaje mayor de la morbilidad y mortalidad del país–, estuvo dictada por Estados Unidos, y buscaba eliminar las trabas al comercio. Esto parecería confirmar que las epidemias son resultado de factores económico-sociales y, al mismo tiempo, una construcción social en el sentido de que su identificación y tratamiento dependen de intereses económicos y políticos.<sup>167</sup>

El Servicio Especial contra la Fiebre Amarilla fue organizado y dirigido por el Consejo Superior de Salubridad, por intermedio del doctor Eduardo Liceaga, quien decidía todos los nombramientos, recibía información diaria de los avances y dificultades de la campaña, y tomaba todas las decisiones importantes. La Cámara de Diputados dictó leyes para obligar a los dueños de talleres, a los directores de colegios, a los caseros y hasta a los padres de familia, a dar aviso de los enfermos de fiebre amarilla, y las autoridades sanitarias aislaron a los enfermos contra su voluntad y la de sus familiares.

Como en otras campañas, en la realizada contra el vómito negro, con frecuencia se actuó por la fuerza contra los intereses de los ciudadanos, pues para la burocracia sanitaria, la salud de las poblaciones estaba por encima de los derechos humanos individuales. Las formas de resistencia de los pobladores ante estas medidas incluyeron desde esconder a sus enfermos, hasta asesinar a algunos agentes sanitarios.

El Estado tuvo contradicciones, asimismo, con la profesión médica que se negaba a dar información –que consideraba confidencial– sobre sus pacientes. Sin embargo, la lucha contra el vómito negro favoreció también la consolidación de la medicina académica: por fuerza, pues se obligó a la población a recibir atención médica, y por convencimiento, pues por vez primera una enfermedad endémica pareció erradicada de México, si bien por muy poco tiempo.<sup>168</sup> No había

---

<sup>167</sup> SOLORZANO RAMOS, 1992.

<sup>168</sup> Debido al hecho de que durante la Revolución el Consejo Superior de Salubridad dejó de contar con el apoyo de algunos gobiernos locales y mandos militares, en 1911 volvieron a presentarse casos de fiebre amarilla en Yucatán (LICEAGA, 1912a). En los siguientes años, hubo desorganización de los servicios sanitarios; por ello, en 1920 el “azote amarillo” reapareció en la zona endémica de Veracruz, al lado de otras enfermedades pestilenciales, y se extendió luego a otros estados. Se siguieron entonces lineamientos parecidos a los de la campaña iniciada en 1903 –esta vez con participación de la Fundación Rockefeller– (OJEDA FALCÓN, 1955. BIRN, 2007). En 1921, se presentó el último caso en Veracruz, y dos años después concluyeron los casos de fiebre amarilla urbana transmitidos por el *Aedes aegypti* en todo el país (BUSTAMANTE, 1958). De 1957 a 1959, hubo en las selvas del sureste de México, una epizootia amarilica que originó la destrucción casi total de los monos. Ahí murió una onda iniciada en Panamá, procedente, a su vez, del gran foco natural que existe en la selva amazónica. En los años setenta, un mapa del estado de la campaña de



sucedido lo mismo con el paludismo que, aunque estaba más extendido, no tenía la misma importancia estratégica.

---

erradicación del *Aedes aegypti*, mostraba que toda la costa del golfo de México –en realidad, toda la costa oriental de América desde Nueva Orleans hasta el sur de Argentina– había sido re infectada después de la erradicación (SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, 1972). Actualmente, en México hay muchos casos de dengue y dengue hemorrágico, transmitido por ese vector, y está latente la posibilidad del regreso de la fiebre amarilla.