

MÉDICOS RURALES Y MEDICINA SOCIAL
EN EL MÉXICO POSREVOLUCIONARIO
(1920-1940)

Claudia Agostoni*

Universidad Nacional Autónoma de México

INTRODUCCIÓN

La prevención de enfermedades y la promoción de la educación higiénica fueron temáticas de enorme interés y de urgente necesidad al concluir la fase armada de la revolución mexicana (1920). Durante la década de guerra civil, numerosos médicos, el Consejo Superior de Salubridad (css) y las distintas autoridades estatales de salud, constataban día tras día el aumento de los casos y defunciones

Fecha de recepción: 18 de noviembre de 2011

Fecha de aceptación: 11 de julio de 2012

* Este artículo forma parte de los avances de investigación del Proyecto PAPIIT IN403010 de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México. Deseo manifestar mi gratitud al Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Columbia (E. U.), donde como investigadora visitante entre septiembre de 2010 y julio de 2011 consulté parte del material utilizado en este trabajo. Finalmente, agradezco las puntuales críticas y sugerencias que recibí de los dictaminadores anónimos.

por enfermedades epidémicas como la influenza, el tifo y la viruela, el incremento de enfermedades como la neumonía y las parasitosis intestinales, y la agudización de las precarias condiciones de subsistencia de amplios sectores de la población de una nación entonces mayoritariamente rural. El hambre, la insalubridad, la enfermedad y la miseria eran apreciadas por doquier por los médicos civiles y militares.¹ Uno de esos médicos fue el general y diputado por el estado de Coahuila, José María Rodríguez, quien durante el gobierno de Venustiano Carraza ocupó la dirección del css (1914-1917) y organizó decididas campañas para contener el avance del tifo en el puerto de Veracruz y en la ciudad de México en 1915 y 1916.² Asimismo, Rodríguez, secundado por otros médicos y diputados promovió durante los debates del Congreso Constituyente reformar el ámbito de la salubridad y la competencia del Estado en esa materia, y logro que la protección de la salud fuera un derecho de todos los mexicanos. De acuerdo con Rodríguez el cuidado de la salud individual y colectiva requería ser responsabilidad de una sola autoridad; esa autoridad tendría que funcionar con unidad de mando y de dirección al igual que se operaba en el campo de la guerra y estar presente en la nación en su conjunto.³ Lo anterior era de vital importancia. Si bien durante el largo gobierno de Porfirio Díaz (1877-1910) el

¹ RODRÍGUEZ, "Informe que rinde", pp. i-viii; AGOSTONI, "Popular Health", pp. 52-61.

² BUSTAMANTE, "Doctor y General", p. 83.

³ Palabras de Rodríguez tomadas de MARTÍNEZ CORTÉS y MARTÍNEZ BARBOSA, *Del Consejo Superior*, p. 42; BUSTAMANTE, "Doctor y General", p. 87; ARÉCHIGA CÓRDOBA, "Educación y propaganda", pp. 120-123; PANI, *La higiene en México*, p. 138.

css impulsó el saneamiento de ciudades, puertos y fronteras, además de organizar importantes campañas para combatir la propagación de enfermedades epidémicas, predominó en el país una porosa y desigual organización y normatividad sanitaria, así como el virtual abandono del mayoritario ámbito rural en materia de atención y servicios médicos, curativos y asistenciales por parte del Estado.⁴

La Constitución de 1917 consignó la protección de la salud como un derecho de todos los mexicanos, que la salubridad de la nación dependería directamente del Poder Ejecutivo sin la intervención de ninguna secretaría de Estado y que toda disposición sanitaria sería de carácter obligatorio.⁵ Además, se determinó que correspondería al Departamento de Salubridad Pública (1917-1943) dictar las medidas preventivas que requerirían ser acatadas por todas las autoridades administrativas del país.⁶ Entre las múltiples obligaciones que recaerían en el recién creado Departamento de Salubridad Pública, las que siguen eran particularmente apremiantes: emitir la legislación sanitaria de los puertos, costas y fronteras; imponer las medidas contra el alcoholismo, organizar programas para evitar la propagación de enfermedades epidémicas; preparar, distribuir y aplicar vacunas y sueros preventivos o curativos; vigilar e inspeccionar los alimentos y organizar congresos sanitarios, entre otras.⁷

⁴ Durante el gobierno de Porfirio Díaz (1877-1910), como ha sido señalado en diversas investigaciones, se sentaron las bases y los fundamentos de la salud pública moderna en el país. Al respecto, véase CARRILLO, "Economía, política", pp. 67-87, y AGOSTONI, *Monuments of Progress*.

⁵ *Constitución Política*, pp. 66-67.

⁶ Véase artículo 73, fracción XVI de la *Constitución Política*, pp. 66-67.

⁷ BUSTAMANTE, "Doctor y General", p. 89; MALDA, "La nueva época del Boletín", p. 1.

Lo anterior implicaba un profundo proceso de reorganización de los servicios de salud, un conocimiento puntual de los problemas sanitarios de las diferentes regiones del país, una cuidadosa planificación y la dotación constante de recursos económicos. Pero también, esa reorganización requería de la capacitación y trabajo sostenido y cotidiano de un amplio y bien preparado personal de salud integrado por médicos, enfermeras, bacteriólogos, técnicos de laboratorio y otros auxiliares del ámbito de la salubridad para que trabajaran tanto en las ciudades, puertos y fronteras, como en los pueblos más apartados y municipios del ámbito rural.

Fue precisamente en ese heterogéneo personal médico y paramédico, calificado por el médico Miguel E. Bustamante como “evangelizadores de la salud que requerían llegar a todos los rincones del país”,⁸ en el que recayó la tarea de alentar una profunda transformación higiénica y sanitaria del país. Esa transformación implicaba la ampliación y sistematización de los programas de educación y propaganda higiénica, la promoción de la medicina preventiva, la contención de endemias y epidemias, así como la erradicación de creencias y prácticas médicas consideradas por las autoridades sanitarias y por distintos médicos diplomados como nocivas para la salud y para la moral individual y colectiva.

Autores como Alan Knight, Gilbert M. Joseph y Daniel Nugent han destacado que las políticas culturales en aras de la consolidación del dominio y legitimidad del Estado posrevolucionario se sustentaron en la reforma agraria, en el nacionalismo, en la movilización obrera, así como en importantes programas educativos y proyectos artísticos, entre otros ele-

⁸ BUSTAMANTE, “La coordinación”, p. 32.

mentos.⁹ Sin embargo, las maneras en las que las instituciones de salud y su personal médico y paramédico participaron en el proceso de reconstrucción nacional no han sido objeto de la misma atención, lo cual no quiere decir que no haya habido avances significativos desde la disciplina de la historia. En 1984 por ejemplo, se publicó el libro *La atención médica rural en México, 1930-1980* que compiló una serie de textos clave en torno de los conceptos, operación y objetivos de los programas de atención médica en el medio rural durante el siglo pasado.¹⁰ En años más recientes, otras investigaciones han examinado las labores que a partir de la década de 1920 realizaron de manera conjunta la Fundación Rockefeller y el Departamento de Salubridad Pública para contener la propagación de la fiebre amarilla y de la uncinariasis en Chiapas, Oaxaca y Veracruz, e iniciándose con ello el establecimiento de las unidades sanitarias en el México rural.¹¹ También se ha prestado atención a los motivos que llevaron a la creación y ampliación de los servicios sanitarios rurales cooperativos durante el gobierno del general Lázaro Cárdenas (1934-1940),¹² o bien, se ha examinado la importancia que adquirieron los medios masivos de comunicación en las campañas de educación higiénica, entre otras temáticas.¹³

⁹ JOSEPH Y NUGENT, "Cultura popular", pp. 31-52; KNIGHT, "Armas y arcos", pp. 53-101; VAUGHAN, *La política cultural*, pp. 10-17; LOYO, "El aula", pp. 273-312; CANO, VAUGHAN Y OLCOTT, *Género, poder, PALACIOS, La pluma y el arado*.

¹⁰ HERNÁNDEZ LLAMAS, *La atención médica*.

¹¹ BIRN, *Marriage of Convenience*, y BIRN Y SOLORZANO, "The Hook of Hookworm", pp. 147-171.

¹² CARRILLO, "Salud pública", pp. 145-178; KAPELUSZ-POPPI, "Rural Health", pp. 261-283.

¹³ ARÉCHIGA CÓRDOBA, "Educación y propaganda", pp. 117-143; ARÉ-

La amplitud de las propuestas y la multiplicación de los programas y campañas de salud a partir de la década de 1920, denotan que la salud pública fue un elemento fundamental a partir del cual se buscó extender, hacer visible y tangible a la medicina estatal, a sus actores e instituciones a lo largo del país. En este artículo se analizará por qué se consideró impostergable capacitar a un amplio y heterogéneo conglomerado de agentes de salud, integrado por médicos titulados, pasantes de medicina, enfermeras sanitarias, bacteriólogos y agentes de vacuna, entre otros, para identificar, describir y cuantificar los problemas médico-sociales, y para que con base en esa información, proporcionaran atención médica, profiláctica y curativa y educación higiénica a un sector específico de la población: a la campesina e indígena del México rural. El trabajo consta de tres apartados. En el primero se expondrá por qué se consideró esencial capacitar a un nuevo tipo de médico a partir de la década de 1920. Un nuevo tipo de médico que se esperaba abandonaría la vida urbana, abrazaría los principios de la medicina preventiva y se distanciaría de la práctica médica liberal o de consultorio para ejercer su profesión con un elevado sentido de compromiso social en el ámbito rural. En el segundo apartado se presentarán algunas de las discusiones que emergieron durante la década de 1930 en torno de la medicina social en los ámbitos nacional e internacional; se prestará atención a los motivos que llevaron a la celebración del Primer Congreso de Higiene Rural en 1935, cuando se abogó por socia-

CHIGA CÓRDOBA, "Educación, propaganda", pp. 57-88; AGOSTONI, "Popular Health", pp. 52-61; GUDIÑO, "Educación higiénica", pp. 71-97, y GUDIÑO, "Campañas de salud".

lizar la medicina y por instaurar el servicio médico social para los pasantes de la carrera médica. En la tercera sección, se expondrán algunas de las experiencias de los pasantes de medicina en el ámbito rural destacándose las contradicciones, los problemas y las limitaciones que enfrentaron en sus labores cotidianas al finalizar la década de 1930 e iniciar la de 1940. Asimismo, se examinarán algunos de los debates que generó la creación de la carrera de médico rural en el Instituto Politécnico Nacional en 1938; una formación médica sustentada en los principios de la medicina social y de justicia social, y que de acuerdo con diversos observadores, representaría la única manera para efectivamente solucionar los problemas médico sociales a los que se enfrentaba la mayor parte de la población nacional.

DE “EMPLEADOS DE MERETRICES” A MÉDICOS RURALES:
LOS PRIMEROS PASOS

Al concluir la fase armada de la revolución mexicana más de 70% de los 15 000 000 de habitantes se dedicaban a labores agrícolas en pueblos con menos de 2 500 habitantes.¹⁴ La mayor parte de esos pueblos carecían de infraestructura sanitaria, de caminos y medios de comunicación, y en ellos la presencia de médicos titulados, enfermeras y farmacéuticos era esporádica, paliativa o inexistente. Hombres, mujeres y niños vivían agobiados por la pobreza, debilitados por enfermedades endémicas y eran fácil presa de enfermedades infectocontagiosas. En el mejor de los casos la esperanza de

¹⁴ LOYO, “El aula”, p. 274.

vida al nacer entre 1921 y 1930 era de tan solo 45.9 años.¹⁵ Además, a los habitantes del México rural —indígenas o campesinos— con frecuencia se les describía como particularmente propensos al vicio y a la promiscuidad, fuera por su origen racial, por su pobreza, por la falta de escolaridad o por sus creencias y prácticas médicas y curativas.¹⁶

Una de las primeras medidas impulsadas por el Departamento de Salubridad Pública para capacitar a personal en los principios de la medicina preventiva, y con ello impulsar el saneamiento integral de la nación de acuerdo con lo establecido en la Constitución de 1917, tuvo lugar en 1922, cuando la Escuela de Salubridad de México abrió sus puertas en la capital. Esa institución, pionera en América Latina e inspirada en la escuela de salud pública de la Universidad de Johns Hopkins (E. U.), tuvo como propósito principal formar a especialistas en medicina preventiva para que dirigieran o realizaran “las distintas actividades sanitarias en los diversos estados de la república”.¹⁷ Entre 1922 y 1925, únicamente los médicos con un título legal pudieron optar por el diploma de oficial de salubridad o por el diploma de estudios superiores de higiene y salubridad pública. Sin embargo, en 1925, durante el gobierno de Plutarco Elías Calles, la institución abrió sus puertas al público en general, convocándose a toda persona interesada a que optara por alguno de los siguientes diplomas: ayudante de laboratorio químico y bacteriológico, agente de desinfección, agente de enfermedades infecciosas, inspector de bebidas y comestibles,

¹⁵ BUSTAMANTE, “La coordinación de los servicios”, p. 47.

¹⁶ VAUGHAN, *La política cultural*, pp. 10-17; PALACIOS, *La pluma y el arado*.

¹⁷ VALDESPINO Y SEPÚLVEDA (comps.), *Crónica de la Escuela*, p. 36.

enfermera visitadora y agente sanitario.¹⁸ De acuerdo con el Departamento de Salubridad Pública y con las autoridades de la Escuela de Salubridad, el trabajo de ese heterogéneo personal sería de vital importancia para contener la propagación de enfermedades epidémicas, para disminuir la incidencia y mortalidad causada por enfermedades evitables y para organizar programas sistemáticos de educación higiénica en las ciudades principales y en el ámbito rural. Cabe mencionar que a esa labor de educación y de propaganda higiénica se sumó la Secretaría de Educación Pública (1921) mediante el envío de maestros rurales a diversas comunidades rurales para que divulgaran los principios de la medicina preventiva.

La capacitación de un personal médico y paramédico, el desempeño de sus labores en las ciudades, puertos y fronteras, y en el heterogéneo ámbito rural, fueron contemplados como elementos básicos para dar cumplimiento a las exigencias de mejora y justicia social emanadas de la Revolución. Además, en 1926, cuando se promulgó el primer Código Sanitario de la posrevolución, se precisó que correspondería de manera exclusiva al Departamento de Salubridad Pública la administración sanitaria del país, organizar a las delegaciones sanitarias de los estados y las labores que requerirían desempeñar en las mismas los médicos visitadores, los agentes y brigadas sanitarias y las enfermeras visitadoras.¹⁹ Sin embargo, y al margen de la capacitación de esos nuevos agentes de salud, de la formación de médicos en las

¹⁸ PRUNEDA, "Discurso", pp. 153-155; VALDESPINO Y SEPÚLVEDA (comps.), *Crónica de la Escuela*.

¹⁹ Véase el *Código Sanitario* de 1926, y AGOSTONI, "Las mensajeras de la salud", pp. 89-120.

universidades de los diferentes estados y de la reorganización sanitaria que día tras día promovía el Departamento de Salubridad Pública, durante el transcurso de la década de 1920 la escasez de personal médico en el ámbito rural fue una constante, así como la proliferación y propagación de enfermedades evitables, muchas de ellas derivadas de la pobreza y la desigualdad.

El censo de 1930 estableció que la mayor parte de las defunciones certificadas y registradas por un médico titulado del ámbito nacional habían sido provocadas por las siguientes enfermedades evitables: diarrea y enteritis (79 099 muertes); neumonía (44 662 defunciones); afecciones del aparato respiratorio (16 579 muertes); tifoidea y paratifoidea (4 619).²⁰ Esas cifras también apuntaban hacia la insalubridad generalizada, a la falta de servicios y de infraestructura sanitaria, a la ausencia de nociones y hábitos de higiene pública y privada, y constataban que amplios sectores de la población, en particular la rural, carecía de atención médica en caso de enfermedad.

Proporcionar atención médica y curativa permanente al ámbito rural, y no sólo en aras de la contención de epidemias, fue una prioridad del Departamento de Salubridad Pública. Lo anterior implicaba no sólo el traslado de médicos, ingenieros sanitarios, enfermeras, bacteriólogos e inspectores sanitarios de las ciudades al campo. De acuerdo con el Departamento de Salubridad Pública, era igualmente apremiante que ese personal desempeñara sus labores apegados a la normatividad en materia de salubridad vigente y que en todo momento manifestara un elevado compromiso

²⁰ BUSTAMANTE, “La coordinación de los servicios”, p. 44.

y responsabilidad social. Por tanto, uno de los anhelos del Departamento de Salubridad Pública era que los médicos que egresaran de las escuelas médicas y el personal paramédico que obtenía sus diplomas en la Escuela de Salubridad, abandonaran la vida urbana y moderna y que se desprendieran de numerosos prejuicios para estar en condiciones de conocer a fondo la “geografía médica de las zonas de conquista sanitaria”.²¹ Sólo así, se pensaba, sería posible “implantar la higiene redentora” en el heterogéneo ámbito rural.²²

Esa reorientación que se anhelaba alentar en la práctica cotidiana del ejercicio de la medicina se enfrentaba, no obstante, a dos serios obstáculos. El primero tenía que ver con la preponderancia del mundo urbano como ámbito fundamental desde donde se percibían los problemas de salud y desde donde se diseñaban las políticas, las acciones y los programas médicos, curativos, asistenciales y sanitarios. La ciudad —en particular la ciudad de México—, había sido y continuaba siendo el centro de atención, el objeto de estudio y el más urgente motivo de ansiedad para numerosos médicos, higienistas y para las autoridades de salud. Distintas investigaciones han constatado que durante las décadas finales del siglo XIX los problemas sanitarios de las ciudades y los múltiples proyectos y soluciones propuestos, posibilitaron la conformación y el afianzamiento de una serie de metodologías, estrategias y lenguajes específicos para identificar, clasificar, sanear e higienizar a las ciudades y sus moradores. Así, ciudades como las de México, Puebla

²¹ “Informe sintético”, pp. 640-641.

²² “Informe sintético”, pp. 640-641.

o Monterrey, fueron reiteradamente descritas durante el gobierno de Porfirio Díaz como lugares sucios y peligrosos para la moral y las buenas costumbres, para el bienestar, la felicidad y para el progreso.²³ Y fueron precisamente esas y otras ciudades, así como los puertos y las fronteras, los ámbitos en los que se concentraron los programas y las políticas de salud pública, los recursos para la construcción de obras de infraestructura sanitaria y para las campañas de educación higiénica, una tendencia que perduró a lo largo de la década de mayor violencia revolucionaria.²⁴

Los médicos formados durante las décadas finales del siglo XIX en y para las ciudades, y que durante la década de 1920 ejercían en los principales centros urbanos, estaban ampliamente familiarizados con los excesos y problemas del mundo urbano. Prestaban constante atención a los problemas derivados del hacinamiento de personas y animales en habitaciones reducidas o mal ventiladas; promovían el consumo de agua bacteriológicamente pura, la aplicación de vacunas y el empleo sistemático de novedades terapéuticas, entre otros elementos.²⁵

El segundo obstáculo al que se enfrentaba la reorientación que se anhelaba promover para otorgar una atención médica y curativa eficaz en el ámbito rural estaba estrechamente vinculado con la preponderancia del ejercicio de la medicina bajo el sistema liberal de la profesión. El sistema liberal o de consultorio se sustentaba en el libre contrato de los servicios entre un médico y un paciente, o bien, en

²³ PANI, *La higiene en México*; MENA, *La ciudad de Puebla*; MORALES PEREYRA Y SOSA, *Puebla, su higiene*; AGOSTONI, *Monuments*.

²⁴ PANI, *La higiene en México*; CUENYA, *Revolución y tifo*.

²⁵ AGOSTONI, "Las delicias de la limpieza", pp. 563-597.

la libre elección del enfermo para consultar al médico que mejor le pareciera dentro de una amplia gama de oferta de servicios en el mercado de una ciudad o de una zona geográfica.²⁶ Sin embargo, “el libre contrato de los servicios entre médico y paciente”²⁷ era improcedente para otorgar a las poblaciones rurales los servicios higiénicos y médicos más fundamentales. La pobreza en la que vivía la mayor parte de la población imposibilitaba el pago de los honorarios de los médicos titulados, médicos que, se asentaba, carecían de interés y de sensibilidad para considerar y apreciar la diversidad cultural y los distintos sentidos y significados de las prácticas y creencias en torno a la enfermedad y la curación en el país.²⁸

Esos obstáculos fueron claramente enunciados por Miguel E. Bustamante al iniciar la década de 1930. En la opinión de este médico cirujano por la Universidad Nacional de México y doctor en higiene y medicina preventiva por la Universidad de Johns Hopkins (Baltimore, Maryland, Estados Unidos),²⁹ en México el ejercicio de la medicina estaba en crisis. La crisis no sólo obedecía a la escasez de médicos diplomados del ámbito nacional, sino que además se nutría de la ignorancia de las autoridades sanitarias estatales y municipales acerca de las necesidades más apremiantes de las poblaciones urbanas y rurales. Por tanto, los “evangeli-

²⁶ ARREGUÍN VÉLEZ, “Aspectos sociales”, pp. 245-255; FRIEDSON, *La profesión médica*.

²⁷ ARREGUÍN VÉLEZ, “Aspectos sociales”, p. 249.

²⁸ AGUIRRE BELTRÁN, *Antropología médica*, pp. 42-43.

²⁹ Sobre la vida y obra de Miguel E. Bustamante (1898-1986) véanse CARRILLO, “Miguel E. Bustamante”, pp. 143-158, y BUSTAMANTE, “Cómo nació”, pp. 59-71.

zadores de la salud” no sólo no llegaban a todos los rincones del país, sino que además se concentraban en las ciudades y ejercían su profesión bajo el sistema liberal o de consultorio.³⁰ El censo de 1930 estableció que el país contaba con 4 767 médicos titulados y registrados para una población que superaba los 16 500 000 de habitantes.³¹ La información disponible referente al número de médicos por habitante se puede apreciar en el cuadro 1, donde se indican las cifras correspondientes a 1910, 1930 y 1940.

Cuadro 1
RELACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN
Y EL NÚMERO DE MÉDICOS, 1910, 1930 Y 1940

<i>Años</i>	<i>Número de médicos</i>	<i>Habitantes</i>	<i>Número de médicos por km²</i>
1910	2 566	15 160 369	5 908
1930	4 767	16 552 722	3 451
1940	6 664	19 331 580	2 901

FUENTE: MENDIZÁBAL, “Situación actual”, t. VI, p. 545.

La mayor parte de los médicos titulados ejercían en las ciudades de México, Guadalajara, Puebla y Monterrey, mientras que en los estados de Oaxaca, Chiapas y Tlaxcala, por ejemplo, la asistencia médica era prácticamente inexistente.³² La abrumadora concentración urbana de los médicos

³⁰ BUSTAMANTE, “La coordinación de los servicios”, pp. 57-58.

³¹ MENDIZÁBAL, “Situación actual”, t. VI, p. 545 y MENDIZÁBAL, “Distribución geográfica”, pp. 532-533.

³² MENDIZÁBAL, “Distribución geográfica”, pp. 531-533.

titulados obedecía a que les preocupaba ingresar y beneficiarse del mercado, hacerse de una clientela y de un consultorio, conseguir un puesto en alguna institución gubernamental o en un hospital, y con ello, garantizar una ganancia económica y la posibilidad de ascenso social. En este sentido, el médico Gonzalo Castañeda estableció en su libro *El arte de hacer clientela* (1933) lo que se cita a continuación:

Las ciudades, por sus exigencias, por la emulación y competencia, para *establecerse* piden una instalación decorosa, un *despacho* elegante y bien ubicado, servicios y accesorios costosos, etc., todo un capital sólo para comenzar y *probar*... los jóvenes médicos no miran con simpatía la provincia y sus *alrededores*; fíjense en que las ciudades son despiadadas y absorbentes, *ocultan* a los pequeños, *ahogan* a los débiles [...].³³

La apreciación del mundo urbano como un ámbito despiadado, exigente y negativo para el desarrollo profesional de los médicos titulados, y la valoración de la práctica médica liberal como un obstáculo para la resolución de los problemas de salud del México rural, fueron dos de los motivos que llevaron a que Miguel E. Bustamante considerara que las ciudades estaban saturadas de “médicos egoístas y decepcionados”, o bien de una suma de profesionales que multiplicaba la reproducción de un “proletariado profesional”.³⁴

Al hacer referencia a los municipios rurales, Bustamante señalaba que aquellos que sí contaban con la presencia de cuando menos un médico, era lamentable constatar que éstos no tenían el menor interés por la higiene pública,

³³ CASTAÑEDA, *El arte*, pp. 114 y 116-117 (cursivas en el original).

³⁴ BUSTAMANTE, “La coordinación de los servicios”, p. 32.

que carecían de estabilidad y de estímulos laborales y que vivían en el más completo aislamiento social, científico y cultural. Añadía que muchos médicos municipales en su práctica cotidiana se limitaban a realizar “una inspección médica defectuosa a las mujeres que se dedican a la prostitución”, por lo cual los calificó como “empleados de las meretrices”.³⁵ De acuerdo con Bustamante el país exigía un amplio y bien preparado conglomerado de agentes de salud, conocedor de las condiciones sanitarias, económicas, sociales y culturales en las que vivían los mexicanos, y que durante su desempeño profesional —fuera en el campo o en la ciudad— manifestara un elevado sentido de compromiso social.³⁶

El médico tiene que actuar como higienista y sus colaboradores: el ingeniero sanitario, la enfermera visitadora y el inspector sanitario, no pueden prescindir de los factores geográficos, económicos, culturales, raciales o históricos que forman los elementos del diario vivir. Estos mismos profesionistas deben ser, en realidad servidores [...] para que el Estado, reconociendo el derecho a la salud que todos tienen, los haga protectores y defensores de su capital humano, que es además un capital económico efectivo.³⁷

La ampliación y reconfiguración del personal médico y paramédico que se esperaba hiciera frente de manera exitosa a los problemas de salud a lo largo del país, exigía una suma de especialistas que conocieran a fondo las problemá-

³⁵ BUSTAMANTE, “La coordinación de los servicios”, p. 60.

³⁶ BUSTAMANTE, “La coordinación de los servicios”, p. 60.

³⁷ BUSTAMANTE, *La coordinación*, p. 8.

ticas médico-sociales de la nación y que trabajaran cotidianamente bajo la orientación y dirección del Estado.³⁸ Lo anterior fue resultado del vasto proyecto de justicia social y de transformación cultural de la posrevolución. Proporcionar atención médica a todos los mexicanos quedó claramente consignado en la Constitución de 1917, una tarea que demandaba que los médicos titulados salieran de los consultorios, de las clínicas y los hospitales, así como de las dependencias de salud que se multiplicaban en las ciudades, para trabajar en las comunidades rurales. Esos anhelos de los gobiernos de la posrevolución también se alimentaron de los debates, propuestas y consideraciones en torno a la higiene rural y la medicina social que irrumpieron en el ámbito internacional durante los años que transcurrieron entre la primera y la segunda guerra mundial.³⁹

MEDICINA SOCIAL, MÉDICOS URBANOS Y MÉDICOS REVOLUCIONARIOS

La medicina social fue una corriente médica que apareció en el contexto europeo revolucionario durante la década de 1840 y que fue retomada con fuerza en diferentes partes del mundo durante el periodo de entreguerras.⁴⁰ La agudización de los problemas higiénicos y sanitarios de las principales

³⁸ BUSTAMANTE, *La coordinación*, p. 33.

³⁹ BOROWY y HARDY, *Of Medicine and Men*; McKEOWN, *Introducción a la medicina*; CUETO, "Un médico", p. 43.

⁴⁰ ROSEN, "What is Social Medicine?"; ROSEN, *De la policía* y WEINDLING, "Was Social Medicine Revolutionary?", pp. 14-18.

ciudades industriales durante las décadas finales del siglo XIX y los años iniciales del siglo XX, así como la imposibilidad de la doctrina microbiana como solución o panacea a los problemas de salud-enfermedad, incidieron en que diversos médicos, funcionarios públicos y teóricos sociales del ámbito internacional subrayaran que existía un vínculo estrecho entre los problemas de salud y las condiciones políticas, económicas y sociales. Así, distintos médicos e higienistas “amparados en una larga tradición de observación social y estadística” establecieron que la medicina social o la “nueva higiene” posibilitarían que la salud se erigiera y se consolidara como un derecho y un deber.⁴¹

La medicina social reiteraba la importancia de analizar las múltiples causas de las enfermedades colectivas y la relevancia que tendría sustentar los programas de salud en diagnósticos, análisis y estudios estadísticos sistemáticos.⁴² Marcos Cueto ha destacado que los impulsores de la medicina social promovían la salud pública cuestionando “el uso de una perspectiva biomédica estrecha en la formación médica”, y que subrayaban la importancia que tendría analizar el contexto ambiental, social y cultural dado que sólo así sería posible “comprender las causas y controlar la propagación de enfermedades infecciosas y crónicas”.⁴³ Asimismo, y en la opinión de Cueto, los defensores de la medicina social consideraban necesario “sensibilizar a los médicos dedicados a la práctica privada”; reorientar la política de “Estado del asistencialismo hacia la prevención de la enfermedad”,

⁴¹ RODRÍGUEZ OCAÑA, *Por la salud*, p. 46.

⁴² RODRÍGUEZ OCAÑA, *Por la salud*, p. 44.

⁴³ CUETO, “Un médico”, p. 43.

así como “contrarrestar la tendencia de un sistema de salud marcado por la fragmentación institucional, la débil intervención del Estado y la inestabilidad en los puestos de trabajo en salud pública”.⁴⁴ Los postulados y propuestas de la medicina social contribuyeron de forma decisiva a “actuar de cemento entre propuestas económicas, sociales y políticas de distinto sentido, unificando el discurso sociopolítico en el plano pretendidamente neutral de la salud y diseñando una intervención masiva hasta el corazón de las clases populares”.⁴⁵

Esa intervención masiva “hasta el corazón de las clases populares” contempló otorgar atención médica y asistencial sistemática y cotidiana lejos y fuera de las ciudades en diferentes naciones. En Europa, España fue pionera en la dotación de servicios médicos rurales al establecer centros primarios y secundarios de sanidad de carácter municipal, esfuerzos que también tuvieron lugar en Estados Unidos y algunos países asiáticos, donde se reiteró la necesidad de tomar en cuenta las peculiaridades y particularidades locales, sociales y culturales de cada distrito, provincia o municipio rural.⁴⁶

Los postulados de la medicina social y la apreciación de que los problemas de salud tenían un sustento político, económico, social y cultural, además de biológico, llevó a que durante la década de 1930 se celebrara una serie de congresos de higiene rural en diferentes partes del mundo. Esa

⁴⁴ CUETO, “Un médico”, p. 43.

⁴⁵ RODRÍGUEZ OCAÑA, *Por la salud*, p. 44.

⁴⁶ GALIANA y BERNABEU-MESTRE, “El problema sanitario”, pp. 139-164; BARONA, BERNABEU-MESTRE y PERDIGUERO-GIL, “Health Problems”, pp. 63-82.

tendencia inició en 1931 con la Primera Conferencia sobre Higiene Rural convocada por la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones en Ginebra, Suiza.⁴⁷ En la misma se subrayó la urgencia de impulsar transformaciones educativas, económicas y sociales para modificar las condiciones de vida, trabajo y salud de las poblaciones rurales, y se destacó que no era viable aplicar en los ámbitos rurales las mismas medidas que durante muchas décadas venían aplicándose en las ciudades.⁴⁸

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

En 1933 el médico Alfonso Pruneda asentó que si bien los progresos de la medicina durante las primeras tres décadas del siglo xx habían sido de vital importancia y trascen-

⁴⁷ BOROWY y HARDY, *Of Medicine and men*; BROWN y FEE, "The Bandoeng Conference", p. 42.

⁴⁸ "The European Conference", pp. 395-415.

dencia, las precarias condiciones económicas y el malestar social prevaleciente entre amplios sectores de la población del país exigían reconocer la “interdependencia de los problemas higiénicos y de los problemas sociales”.⁴⁹ En su opinión, el objeto de la medicina social era “la resolución de los males que se derivan exclusiva o fundamentalmente de las condiciones sociales [...]”.⁵⁰ Por ello, estableció que la medicina social requería intervenir con su consejo y con su criterio científico en la resolución de los problemas de salud. Además, calificó a la profesión médica como una profesión “eminente social” y asentó que los médicos y sus auxiliares, por su “trato cotidiano con la pobreza y con la desgracia”,⁵¹ contribuirían al mejoramiento social y, por tanto, médico, de la nación.

Tanto Bustamante como Pruneda estuvieron personalmente involucrados en la delimitación de las propuestas, en la formulación de los planes a seguir, así como en la identificación de los retos a vencer para fomentar la educación higiénica, el saneamiento del medio y la ampliación de los servicios médicos y curativos a lo largo del país. Además, contribuyeron a trazar una imagen alterna de los profesionales de la medicina en la sociedad posrevolucionaria, una imagen en la que los galenos que optaran por desempeñarse, orientados por los principios de la medicina social en el ámbito rural, se distinguirían de los médicos que únicamente buscaban una ganancia o beneficio personal en los prin-

⁴⁹ PRUNEDA, “La higiene”, p. 125.

⁵⁰ PRUNEDA, “La higiene”, p. 122.

⁵¹ PRUNEDA, “La higiene”, p. 133.

cipales centros urbanos, manifestando con ello la posesión de un compromiso social, calificado como revolucionario.

Fue también durante el transcurso de la década de 1930, cuando el Departamento de Salubridad Pública alentó la ampliación de las brigadas sanitarias y de los servicios médicos, curativos y asistenciales rurales y cuando impulsó la transformación de las unidades sanitarias cooperativas que iniciaron sus labores en 1927 bajo la dirección del doctor Bernardo J. Gastélum.⁵² Además, en 1933 se estableció el Servicio de Sanidad en los estados para que todas las Delegaciones Sanitarias del país “impartieran educación higiénica [...]; recolectaran y estudiaran estadísticas demográficas [...], se ocuparan de la profilaxis de las enfermedades transmisibles —con énfasis en viruela, tifo, infecciones tíficas y paratíficas y difteria—, principales causas de morbilidad y muerte en el país”.⁵³ Además, entre 1934 y 1940, durante la presidencia del general Lázaro Cárdenas del Río, una de las prioridades de su programa de gobierno o primer Plan Sexenal fue desarrollar una política social, económica y administrativa fiel a los ideales y postulados de la Revolución, ocupando la salud pública un lugar principal. Fue precisamente durante el cardenismo cuando las acciones para establecer servicios permanentes de atención médica en el ámbito rural se intensificaron, como ha sido señalado por Birn, Carrillo y Hernández Llamas. De acuerdo con Carrillo, el Plan Sexenal procuró aumentar “el presupuesto en salud hasta que éste constituyera 5.5% del total del presu-

⁵² BIRN, “Buscando desesperadamente”, pp. 279-311 y BIRN, *Marriage of Convenience*.

⁵³ CARRILLO, “Surgimiento”, p. 45.

puesto de egresos de la federación, y destinar dicho aumento a los servicios del interior de la república”.⁵⁴ Los rubros en los que se aplicaría esa erogación presupuestal comprendían la dotación de agua potable, de atarjeas y otros servicios públicos; el combate de la mortalidad infantil y de las epidemias y endemias, la preparación de un personal técnico sanitario y su distribución a lo largo del país.

Aunado a lo anterior, en 1934 se buscó coordinar los servicios sanitarios federales, estatales y municipales cosa que hasta entonces sólo se había hecho de manera experimental.⁵⁵ Resultado de lo anterior fue la entrada en vigor el 25 de agosto de ese año de la “Ley de coordinación y cooperación de servicios sanitarios en la República” cuyo objetivo central fue implementar una política sanitaria general en el país; establecer Unidades Sanitarias Cooperativas, municipales o rurales, y extender los “beneficios de la higiene a todos los municipios del país, por más lejanos que estén de los centros ciudadanos de la población”.⁵⁶ Además, fruto de lo anterior fue la creación de las primeras Oficinas Sanitarias Rurales y la ampliación e intensificación de los trabajos de las brigadas sanitarias móviles para identificar y cuantificar los más apremiantes problemas sanitarios e higiénicos de distintas localidades rurales.

Así, a lo largo de la década de 1930 se alentó la colaboración entre los maestros rurales, las brigadas móviles, los cen-

⁵⁴ CARRILLO, “Salud pública”, pp. 148-149. Véase también SIUROB, “La nueva orientación”, pp. 5-7.

⁵⁵ CARRILLO, “Salud pública”, pp. 148-149.

⁵⁶ BUSTAMANTE, *La coordinación*, p. 26. Véase también ÁLVAREZ AMÉZQUITA *et al.*, “Servicios médicos rurales”, pp. 93-108, y DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Los Servicios de Higiene Rural*.

tros de higiene rural, los dispensarios y hospitales de cabeceras municipales, las enfermeras visitadoras y las enfermeras sanitarias. Ese amplio y diverso personal requería trabajar en las campañas para contener la propagación de enfermedades epidémicas, entre éstas, la viruela,⁵⁷ y proporcionar atención médica, curativa y profiláctica a las poblaciones. Esa tenaz búsqueda para garantizar la dotación de servicios médicos permanentes en el país, incluyendo las regiones más apartadas del México rural, llevó a que en 1935 se celebrara en la ciudad de Morelia el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural. En él se discutió ampliamente el papel social del médico en la sociedad y se propuso un original y novedoso proyecto para el saneamiento del México rural: la creación del programa médico social para los pasantes de medicina de la Universidad Nacional. Las deliberaciones y propuestas emanadas de ese Congreso se alimentaron de los postulados y principios de la medicina social, de la paulatina reorganización de los servicios sanitarios del país con base en la coordinación entre los tres niveles de gobierno y en los principios y propósitos de justicia social emanados de la Revolución. Propuestas y proyectos que generaron amplios debates en torno al papel social del médico en la sociedad, como se verá a continuación.

DEL AULA AL CENTRO DE LA TIERRA:
MÉDICOS Y PASANTES EN EL MÉXICO RURAL

La ampliación de los servicios médicos, asistenciales y curativos, así como la dotación de servicios sanitarios rurales que

⁵⁷ AGOSTONI, “Médicos rurales”, pp. 67-91.

se deseaba fueran permanentes, fueron motivo de discordia y de debate entre los médicos titulados. Un escenario donde se puede apreciar lo anterior fue durante las sesiones del Primer Congreso Nacional de Higiene Rural, celebrado del 3 al 12 de noviembre de 1935 en Morelia, Michoacán. El Congreso fue convocado por el Bloque de Médicos Revolucionarios (BMR), una agrupación profesional conformada por los médicos michoacanos Enrique Arreguín Vélez y Jesús Díaz Barriga, y por diversos médicos y diputados ante el Congreso de la Unión, como Guillermo Padilla, Mauro López Cárdenas y Samuel León, entre otros.⁵⁸ De acuerdo con el Bloque de Médicos Revolucionarios, el objetivo del Congreso era analizar los “asuntos relacionados con la higiene del campesino y los servicios médicos en zonas rurales y semi-rurales”.⁵⁹ Para ello, se convocó a los “médicos, cirujanos, ingenieros, abogados, veterinarios, maestros, parteras, enfermeras y todos aquellos elementos directamente interesados con estos asuntos”, a participar.⁶⁰ El Bloque de Médicos Revolucionarios hizo un llamado muy particular a los profesionales de la medicina para que laboraran a favor de las clases trabajadoras del país, argumentando que el “escaso caudal médico” se “apilaba” en la capital y en otras ciudades, y que únicamente “setecientos (médicos) servían a los trece millones de campesinos”.⁶¹ Dirigiéndose a los “obreros y campesinos de México” y destacando que el esfuerzo a desempeñar requeriría ser “descomunal

⁵⁸ OIKIÓN SOLANO, “Presentación”, p. 276.

⁵⁹ Bloque de Médicos Revolucionarios, “Convocatoria”, p. 1.

⁶⁰ Bloque de Médicos Revolucionarios, “Convocatoria”, p. 1.

⁶¹ OIKIÓN SOLANO, “Presentación”, p. 275.

para dejar huella”,⁶² el Bloque expresó lo que se cita a continuación:

Un grupo de médicos con tendencias afines a la obra de la Revolución Mexicana, se ha constituido en Bloque de Médicos Revolucionarios, para emprender una campaña en pro de las clases laborantes del país, por medio de un programa de acción médico-social. Ha nacido con el vehemente deseo de demostrar que la Clase Médica vive realmente el momento actual, y no es indiferente a los problemas de los obreros y campesinos, núcleos sociales que considera de vital importancia como fuente productora de México. Busca este Bloque el mejoramiento efectivo de la Higiene y Salud del proletariado, bases imprescindibles de su felicidad y progreso.⁶³

El Bloque de Médicos Revolucionarios,⁶⁴ que se definió como un “grupo viril de Médicos Revolucionarios que se alejan de los prejuicios aristocráticos para acercarse al cumplimiento de sus deberes con las clases doloridas del pueblo de México”, remarcó la necesidad de “aplicar los conocimientos médicos a las clases desheredadas del país” y dejar atrás a la clase médica de “polendas y smoking”.⁶⁵ En las acaloradas sesiones del Congreso se reiteró que era menester realizar un diagnóstico detallado de cada pueblo y municipio del país, y que la resolución de las problemáticas sanitarias del campesinado no podría ser atendida sin una efectiva resolución de la cuestión agraria.⁶⁶ Asimismo,

⁶² OIKIÓN SOLANO, “Presentación”, p. 275.

⁶³ OIKIÓN SOLANO, “Presentación”, p. 275.

⁶⁴ Bloque de Médicos Revolucionarios, “Convocatoria”, p. 1.

⁶⁵ OIKIÓN SOLANO, “Presentación”, p. 287.

⁶⁶ OIKIÓN SOLANO, “Presentación”, p. 296.

se destacó que la agremiación o asociación de los médicos que ejercieran en el ámbito rural era esencial para que fuera posible consolidar el ejercicio real de la profesión, y que por tanto, era urgente reformar de manera integral la formación y el ejercicio de la profesión.

Esas reformas implicaban introducir cursos especiales sobre medicina rural y medicina social en los programas de formación profesional, y que los médicos, parteras, enfermeras y dentistas que ejercieran en los medios rurales lo hicieran obligatoriamente durante un año, motivo por el cual se consideró necesario reformar los artículos 4º y 5º constitucionales referentes a la libertad de profesiones.⁶⁷ Aunado a ello, durante el Congreso se asentó que el ejercicio de la medicina bajo el sistema liberal era ineficaz para otorgar a las poblaciones rurales los servicios higiénicos y médicos más fundamentales, proponiéndose la socialización de la medicina.⁶⁸ De acuerdo con algunos congresistas, la socialización de la medicina en México equivalía a laborar a favor de la resolución de los problemas de higiene rural, así como a evitar que la clase médica prosiguiera “enquistada a las grandes ciudades al servicio de las clases potentadas y en detrimento de nuestra gran población rural que sufre el lati-

⁶⁷ Los artículos 4º y 5º de la Constitución de 1917 aluden a dos distintos aspectos de la libertad de trabajo. El 4º faculta a las personas a que escojan la profesión, industria, comercio o trabajo lícitos que deseen, mientras que el 5º libera a los individuos, en términos generarles, de la obligación de prestar servicios personales si no media su consentimiento y si no perciben una justa retribución.

⁶⁸ OIKIN SOLANO, “Presentación”, pp. 296-303; KAPELUSZ-POPPI, “Physicians Activists”, pp. 35-50; KAPELUSZ-POPPI, “Rural Health”, pp. 261-183.

gazo formidable de las enfermedades”.⁶⁹ Por ello, se reiteró la urgencia de organizar servicios médicos para las poblaciones campesinas, sobre todo para los ejidatarios, mediante el “establecimiento de servicios médicos sostenidos con una pequeña aportación económica mensual fija, por parte de las familias campesinas”,⁷⁰ y establecer consultorios, hospitales de concentración y servicios ambulantes para atender de manera sistemática y constante a las poblaciones.

Durante el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural los presupuestos teóricos de la medicina social y los anhelos de justicia social del México posrevolucionario estuvieron presentes en diversas ponencias presentadas. En una de ellas, titulada “Higiene rural en las regiones más apartadas del estado de Michoacán”, el médico Jesús Gómez Sanguino describió su experiencia en un “rincón del estado de Michoacán” durante 18 meses, cuando recorrió todo género de terrenos y poblados incomunicados, anotando la diversidad cultural, lingüística, económica, social y sanitaria que paso a paso apreciaba en su camino. Gómez Sanguino procuró una comprensión global de las condiciones de vida de sus habitantes y experimentó “la realidad amarga, ante el problema [...] de vida rudimentario que guarda la gran familia Mexicana en los lugares que no han sido acariciados por la mano benéfica de la Revolución”.⁷¹

Este médico situó su centro de operaciones en el municipio de Coalcomán, limítrofe con el estado de Colima; recorrió haciendas, rancherías y pueblos en los que regis-

⁶⁹ OIKIÓN SOLANO, “Presentación”, p. 295.

⁷⁰ ARREGUÍN, “Aspectos sociales”, pp. 251-252.

⁷¹ Gómez Sanguino, citado en OIKIÓN SOLANO, “Presentación”, p. 289.

tró numerosos casos de personas enfermas de paludismo, tuberculosis, lepra y bocio, y reiteró la necesidad de ampliar el número de centros de higiene y brigadas de salud rural; establecer casas de maternidad y lograr que las enseñanzas de la higiene, adaptadas al medio rural, formaran parte de la vida cotidiana de las poblaciones campesinas e indígenas. Gómez Sanguino destacó que la mejora de las condiciones de salud de la población del estado exigía profundos cambios en lo tocante a la alimentación, habitación y vestido, que los campesinos requerían ganar más y mejor, y contar con una atención médica constante. Para alcanzar ese último propósito, hizo una propuesta ante el pleno del Congreso que fue secundada por diversos congresistas:

[...] que las Facultades de Medicina antes de doctorar a los aspirantes a la noble carrera de médicos, durante el periodo en que son pasantes, le señalara como mínimo un periodo de seis meses o un año, con permanencia en una zona completamente rural, teniendo como obligación estudiar los problemas del campo [...].⁷²

En su opinión, únicamente de esa manera sería posible preparar a una clase médica más compenetrada con los problemas sociales de todas y cada una de las poblaciones rurales.

Los debates, las resoluciones y las propuestas vertidos durante el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural fueron seguidos con interés en la prensa. Diversos artículos de opinión arremetieron en contra de la “socialización de la

⁷² OIKIÓN SOLANO, “Presentación”, p. 294.

medicina” y en contra de la reorientación que se anhelaba alentar en el ejercicio de la profesión. Un artículo publicado en *El Universal Gráfico* destacaba lo que sigue:

La socialización de la Medicina en México [...] se desenvuelve bajo planes simplemente burocráticos. Porque los “socializadores” ganan buenos sueldos, explotan el lado flaco de la situación y aun pueden formar bloques revolucionarios con que divertir sus ocios y preparar trabajos electorales. Respecto de elementos “socializados”, el grupo constituye una verdadera masa de explotación. Se trata de médicos pobres, en absoluta decadencia, que andan en pos de la “chamba” para salvar la vida de una familia desventurada con aspiraciones de burguesía.⁷³

Otros artículos que aparecieron en *El Nacional* y en *El Universal Gráfico* establecieron que era improcedente que el ejercicio de la medicina estuviera bajo la tutela y el monopolio del Estado, pues lo anterior significaría “cerrar el consultorio privado”, cancelar el derecho a la investigación personal y el análisis integral de los fenómenos biológicos “que llamamos enfermedad”.⁷⁴

Es preciso destacar que “socializar la medicina” careció durante las sesiones del Primer Congreso Nacional de Higiene Rural de un significado compartido u homogéneo. Algunos congresistas apelaban al modelo de la medicina

⁷³ “Algo más sobre la socialización de la medicina”, artículos del Dr. “Ox”, *El Universal Gráfico* (21 abr. 1936), p. 12.

⁷⁴ “Algo más sobre la socialización de la medicina”, artículos del Dr. “Ox”, *El Universal Gráfico* (21 abr. 1936), p. 12. Véanse también “Función social del ejercicio de la medicina”, *El Nacional Revolucionario* (7 nov. 1935), p. 8, y “La profesión médica debe socializarse”, *El Nacional Revolucionario* (9 nov. 1935), p. 8.

soviética socializada, mediante el cual se procuró otorgar servicios médicos a la población soviética a partir de 1917. Ese modelo, cabe mencionar, fue considerado en diferentes partes del mundo occidental como un certero preámbulo para la introducción del comunismo.⁷⁵ Otros congresistas se remitían a la reforma educativa que llevó a la instauración de la educación socialista en México en octubre de 1934; mientras que otros más al defender la “socialización de la medicina” lo hacían apelando a los principios de justicia social y al derecho a la salud de todos los mexicanos consignados en la Constitución de 1917. La exigencia de justicia social y de garantizar el derecho a la salud de todos los habitantes, sobre todo los del México rural, llevó a que en 1935 se propusiera implementar una estrategia novedosa, original y sin precedente en la época en otros lugares del mundo: la creación del servicio médico social para los pasantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El programa de servicio médico social fue organizado por la Universidad y por el Departamento de Salubridad Pública en 1935; estuvo bajo la coordinación y dirección del médico y general Gustavo Baz Prada, entonces director de la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad,⁷⁶ y tuvo como propósito atender el problema que representaba la escasez de médicos y la carencia —en algunos casos absoluta— de asistencia médica, curativa o profiláctica en distintas regiones del país. Además, se deseaba que con el servicio médico social los pasantes de medicina conocieran

⁷⁵ FIELD, “Soviet Medicine”, pp. 51-66.

⁷⁶ AGOSTONI, “Gustavo Baz Prada”, pp. 633-637.

“aspectos muy importantes del *ejercicio real* de la profesión que van a seguir”,⁷⁷ dado que la “verdadera medicina”, señalaba Alfonso Pruneda, únicamente se podía ejercer en el campo, al que definió como el “terreno de la realidad”. En su opinión, el campo mexicano era el único lugar en el que los futuros médicos podrían aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos de largos años de estudio como verdadera arma ofensiva contra las enfermedades,⁷⁸ y únicamente en el campo sería posible arraigar en los médicos “el sentimiento de contribuir, en su esfera de acción, al mejoramiento colectivo”.⁷⁹

El Departamento de Salubridad Pública, bajo la jefatura del médico y general José Siurob, y la Facultad de Medicina de la Universidad, recopilaron información referente a las localidades rurales con menos de 5 000 personas que carecían de médicos titulados, servicios asistenciales o curativos para enviar allí a los primeros pasantes. Se determinó que cada pasante recibiría un sueldo mensual de 90 pesos y un pequeño botiquín. Asimismo, se ordenó que únicamente se les autorizaría cobrar honorarios médicos en caso de “tratamiento curativo de enfermedades”; que por ningún motivo podrían hacerlo en caso de tratamientos preventivos, y que requerían prestar sus servicios atendiendo a “un criterio de necesidad, más que a la posibilidad de que los pacientes estén o no en condiciones de pagarlo”.⁸⁰

En agosto de 1936, los 260 alumnos que cursaban el sexto año de la carrera médica fueron enviados a distintos muni-

⁷⁷ PRUNEDA, “El Servicio Médico”, p. 144 (las cursivas son mías).

⁷⁸ PRUNEDA, “El Servicio Médico”, pp. 144 y 148.

⁷⁹ PRUNEDA, “El Servicio Médico”, p. 144.

⁸⁰ WHETTEN, “Salud y mortalidad”, p. 171.

cipios, poblados y comunidades a lo largo del país previamente seleccionados. Cuando Gustavo Baz se dirigió a esa primera generación de pasantes que se esperaba surcarían y transformarían al medio rural, les reiteró que tendrían que “competir con curanderos y brujas”; ejercer “su ministerio entre gentes primitivas y rudísimas, hijos incultos de la sierra, del bosque y del páramo que no tienen la más leve noticia de lo que es el moderno arte de curar”, e “introducir siquiera los rudimentos imprescindibles de la sanidad pública, enseñar nociones de higiene, y recoger hechos, datos, estadísticas sobre el género de vida de cada lugar”.⁸¹ Entre 1936 y 1946 realizaron el servicio social 3 157 pasantes de la carrera de medicina, y en 1946 se extendió el servicio a los pasantes de enfermería.⁸²

Durante los primeros diez años de funcionamiento del programa de servicio médico social los pasantes de medicina estaban obligados a permanecer durante un periodo de seis meses en distintas localidades rurales y realizar cuidadosos diagnósticos médico-sociales, descripciones generales de las poblaciones, otorgar tratamientos curativos y preventivos, impartir educación higiénica y entregar un informe escrito al concluir el servicio. El informe requería abarcar los siguientes elementos: información histórica, hidrográfica, topográfica y geográfica, estadística, de natalidad, morbilidad y mortalidad, sin pasar por alto lo referente a las supersticiones y tratamientos empíricos.⁸³ También se les solicitó analizar las condiciones higiénicas de habitacio-

⁸¹ *Commemoración*, p. 19.

⁸² RUIZ LUGO *et al.*, *El servicio social*, p. 15.

⁸³ VELASCO SUÁREZ, “El Servicio Social”, p. 131.

nes y escuelas; los hábitos alimenticios y las costumbres en torno al parto y los cuidados de la niñez. En suma, se buscó que realizaran verdaderas investigaciones médico sociales, que prestaran sus servicios de manera desinteresada y con un alto sentido de compromiso social, y que procuraran convencer a las poblaciones acerca de la importancia que tendría no recurrir a prácticas médicas y curativas tradicionales de sanación.⁸⁴

Las prácticas médicas y curativas no reconocidas por las autoridades educativas y sanitarias de la época fueron tema central de los informes de los pasantes de medicina, así como la necesidad de fomentar una educación médica e higiénica sistemática y garantizar la presencia de médicos titulados. En el informe presentado por Manuel Hernández, quien realizó su servicio en el pueblo de La Palma en Michoacán en 1937, se destacó que en ese pueblo se vivía en la “anarquía más desenfrenada” como si se tratara de una “tribu africana”; que era generalizada la ausencia de una organización sanitaria, así como la proliferación de charlatanes y curanderos. En su opinión, lo más urgente no eran leyes o reglamentos, sino moralizar a los habitantes del México rural.⁸⁵ Víctor Álvarez, quien también realizó su servicio en 1937 en el pueblo de Huaniqueo (Michoacán), destinó varias páginas de su informe a relatar de qué manera una comadrona “con indumentaria sucia, con hábitos alcohólicos crónicos” atendía a las mujeres en estado de ebriedad, asentando que en el poblado predominaba la ausencia de una cultura médica. Álvarez añadió que en el

⁸⁴ PRUNEDA, “El Servicio Médico”, pp. 144-145.

⁸⁵ HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, “Informe Médico Social”, pp. 11, 12, 23, 41.

pueblo había varios curanderos, un profesor rural que vacunaba contra la viruela y una mujer que decía ser enfermera sin haber concluido los estudios de enfermería en la Facultad de Morelia.⁸⁶

También en 1937, el pasante Alfredo Ortiz, quien realizó su servicio médico social en Ixmiquilpan, estado de Hidalgo, argumentó que toda labor sanitaria y de educación higiénica requería del apoyo de las autoridades locales, del presidente municipal, de los jueces y de los habitantes más respetados de la localidad. Subrayó que él en todo momento tuvo que tratar al público “con decencia y cortesía conquistándolo por convencimiento”, y que esa conquista había sido en particular importante tratándose de la aplicación de la vacuna contra la viruela debido a la abierta oposición a la misma.⁸⁷ Otro pasante, Roberto López Noriega, quien realizó su servicio social en 1938 en el municipio de Tuzantla, Michoacán, señaló que no había un solo médico titulado, que dos maestras vacunaban contra la viruela, que cuatro “comadronas supersticiosas” atendían los partos y que un ministro protestante administraba medicinas de patente a cucharadas, al igual que un homeópata de dudosa procedencia. López Noriega concluyó su informe asentando que la causa fundamental de los problemas que tuvo la oportunidad de apreciar era la pobreza, pobreza que se traducía en la imposibilidad de los habitantes para trasladarse a una cabecera municipal para acudir y pagar los servicios de un médico. Debido a lo anterior propuso que el servicio social se ampliara a doce

⁸⁶ ÁLVAREZ MUÑOZ, “Informe General”, pp. 23-28.

⁸⁷ ORTIZ, “La campaña”, pp. 13, 31-33.

meses; únicamente un mayor lapso de tiempo posibilitaría intensificar la instrucción higiénica de las poblaciones campesinas e indígenas y promover prácticas médicas, curativas y profilácticas sustentadas en los dictados y preceptos de las ciencias médicas.⁸⁸ En esos y en otros informes, los pasantes de medicina que realizaron su servicio médico social subrayaron que el éxito de los programas de salud estatal exigían una profunda transformación económica, social y cultural de las poblaciones indígenas y campesinas. Lo anterior implicaba mejorar sus condiciones de vida, terminar con el charlatanismo y fomentar la ilustración del pueblo “sobre cultura médico-higiénica, con pláticas personales o colectivas [...] para lograr una Patria Mejor”.⁸⁹

El envío de los primeros pasantes a diversas localidades rurales generó amplios comentarios y acalorados debates entre la comunidad médica y el público en general. Por una parte, agudizó el romanticismo y la idealización de la práctica y del ejercicio de la medicina en el ámbito rural, lo que llevó a que se pronunciaran palabras como las siguientes: los futuros médicos durante el servicio social eran “soldados de la salud y de la vida que la Patria necesita”, o bien: “Hay que empezar por conseguir que nuestro pueblo viva como gente y sepa de la salud física y moral para que podamos hablar de ‘Revolución’ y esperar un brillante porvenir para México”.⁹⁰

Otras voces consideraban que el servicio médico social no daría los resultados esperados debido a la renuencia de muchos estudiantes para radicar en localidades aisladas, mal

⁸⁸ LÓPEZ NORIEGA, “Exploración sanitaria”, p. 45.

⁸⁹ RAMÍREZ PRADO, “Informe sobre la exploración sanitaria”, p. 57.

⁹⁰ VELASCO SUÁREZ, “El Servicio Social”, p. 133.

comunicadas y carentes de las comodidades de la vida urbana y moderna: “contadísimos son los lugares en que el ayer pasante y ahora profesionista titulado, ha echado raíces y vive en el antaño lugar de su práctica social”.⁹¹ Más aún, el servicio médico social fue considerado por diversas agrupaciones profesionales como un atentado a la libertad profesional. En 1936, y de acuerdo con el órgano de difusión de la Sociedad Farmacéutica Mexicana, *La Farmacia*, con el servicio social el médico quedaba “limitado a esperar a que se le diga cómo, cuándo y en qué lugar prestar sus servicios”, sin tomarse en consideración la situación económica y personal del médico, y por tanto, nulificándose la “libertad profesional”.⁹² Esa publicación destacaba que era necesario no olvidar que antes de la Revolución, muchos médicos gustosamente habían otorgado consultas gratuitas a los pobres, no sólo en sus consultorios, sino también visitándoles en sus domicilios, y añadía lo que sigue:

Pero vinieron los tiempos aciagos de la Revolución, y desencadenaron las pasiones políticas, y [...] comenzaron a debilitarse esas buenas costumbres hasta perderse en los últimos tiempos [...]. De modo que podemos asegurar que entre los profesionistas, los médicos son los que han hecho obra social muchísimo antes de que se pensara en la socialización de los servicios profesionales, pero en aquella forma desinteresada y noble, individual y voluntaria, y como un reconocimiento de la obligación de acercarse a los necesitados.⁹³

⁹¹ ITURBIDE ALVÍREZ, “Algunos comentarios”, p. 251.

⁹² “La socialización de las profesiones y el servicio social de las mismas”, *La Farmacia*, t. VII, núm. 1, II época (15 ene. 1936), p. 1.

⁹³ “La socialización de las profesiones y el servicio social de las mismas”,

La Sociedad Farmacéutica Mexicana se manifestaba en contra de la socialización de la medicina, de la “apropiación del trabajo o servicio médico” por parte del Estado, y subrayaba que era impostergable que los médicos y otros profesionistas buscaran los medios para atenuar los “efectos de la socialización, tal y como se quiere implantar y que ocasionaría la total pauperización de la clase médica, por la pérdida del libre ejercicio de la profesión y la libre contratación de los servicios”.⁹⁴

Es relevante mencionar que la presencia de los pasantes de medicina en diversas localidades rurales ocasionó conflictos entre los pasantes y los médicos locales (cuando los había), debido a que los pasantes ejercían la profesión “sin tener título [...] motivo de serios conflictos con los médicos residentes”.⁹⁵ Asimismo, diversos pasantes establecieron en sus informes que cotidianamente se enfrentaban a problemas con los maestros rurales, debido a que éstos últimos “sin ningún conocimiento adecuado [...] se creen médicos capaces de discutir sobre cualquier problema, queriendo abordar problemas sobre etiología y anatomía patológica, poniendo de manifiesto en esta forma su incultura y pedantería”.⁹⁶ Sumado a lo anterior, otros pasantes consideraban al servicio social como una “exigencia más” para obtener el título y reiteraban que no todos tenían la capacidad o aptitud requerida para verse “repentinamente obligados” a abandonar las ciudades. Además, señalaban que lo anterior

La Farmacia, t. VII, núm. 1, II época (15 ene. 1936), p. 3.

⁹⁴ “La socialización de las profesiones y el servicio social de las mismas”, *La Farmacia*, t. VII, núm. 1, II época (15 ene. 1936), p. 3.

⁹⁵ PRUNEDA, “El Servicio Médico”, p. 145.

⁹⁶ GARCÍA MOGUEL, “Breve trabajo”, p. 29.

era desfavorable debido a que interrumpía su formación y la posibilidad de ejercer en clínicas, hospitales, consultorios y dispensarios u otros espacios clave para su desarrollo profesional.⁹⁷ Frente a lo anterior, Miguel E. Bustamante señalaba acertadamente que la ignorancia y la resistencia también estaban presentes entre los médicos y en las autoridades “lentos de conceptos erróneos y poco dispuestos a aceptar nuevas orientaciones”.⁹⁸

En marzo de 1938, a tan sólo dos años de iniciado el programa de servicio médico social y de haberse celebrado el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural, la Escuela de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional (IPN) inauguró una nueva carrera: la de los médicos rurales. El IPN, inaugurado en 1937 y apegado “a la orientación socialista” consagrada en el artículo tercero constitucional, buscó “formar a los tipos técnicos que el país necesita en beneficio de las mayorías carentes de medios económicos”.⁹⁹ En la nueva carrera se inscribieron once alumnos en 1938, esperando que esa primera generación y las posteriores atendieran las necesidades de las poblaciones campesinas e indígenas con una clara orientación social, con una preparación técnica “impecable” y que cimentarían su “orientación profesional sobre conocimientos antropológicos físicos, culturales y sociales que les permitirán actuar de un modo natural en la trascendente labor que les espera, pues bien es que frente a nuestros núcleos de población rural tendrán que ser no sólo simples médicos, en el sentido que ha sido tradicio-

⁹⁷ PRUNEDA, “El Servicio Médico”, p. 148.

⁹⁸ BUSTAMANTE, “La coordinación” p. 59.

⁹⁹ ARCE GURZA, “El inicio”, p. 265.

nal en nuestro medio; es decir, no se conformarán con ejercer la medicina para satisfacer sus necesidades y enriquecerse si es posible”.¹⁰⁰

La creación de la carrera de médico rural fue una respuesta alternativa y radical al servicio médico social; una propuesta que si bien también se ancló en los postulados de la medicina social, tuvo como propósito central la transformación integral de la formación y ejercicio profesional de la medicina. Se esperaba que el médico rural deviniera un importante agente de cambio social y de mejora estructural del medio rural. Desde que se planteó la necesidad de formar médicos rurales se consideró necesario distinguirlos y diferenciarlos de la mayor parte de los profesionales de la medicina que egresaban de las escuelas médicas del país, y cuyo ámbito fundamental de desempeño era la ciudad, el hospital, las clínicas y las diversas dependencias gubernamentales que se multiplicaban en las ciudades. Esa distinción generó un amplio y duradero descontento entre los profesionales de la medicina y las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de México y las del IPN; un descontento que se manifestó durante las sesiones del Segundo Congreso Nacional de Higiene Rural, celebrado en noviembre de 1938 en el Teatro de la Paz en la ciudad de San Luis Potosí.¹⁰¹

El Congreso fue convocado por el Frente Revolucionario de Trabajadores de la Medicina y tuvo sus sesiones en la Escuela Normal del Estado del 20 al 26 de noviembre. Contó con la participación del rector de la universidad potosi-

¹⁰⁰ INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, *La Escuela*, pp. 17-18.

¹⁰¹ “El 2º Congreso de Higiene Rural en la ciudad de San Luis”, *Acción* (11 nov. 1938), p. 1.

na, el doctor Antonio E. Urriza, con la del Sindicato Médico Potosino, el Instituto Científico y Literario Autónomo de San Luis Potosí y con la presencia de 300 congresistas procedentes de diferentes partes del país, encabezados por el doctor Silvestre López Portillo, jefe de los Servicios Sanitarios Coordinados. Los congresistas fueron recibidos por las Comisiones del Sindicato de Médicos, por estudiantes universitarios y por el doctor Lauro Ortega, presidente del Comité Nacional Organizador del Congreso y jefe del Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación Pública. Con la finalidad de debatir, encontrar y acordar los medios para encauzar “la labor médica hacia los campos, donde tanta falta hacen los conocimientos sobre higiene y sobre sanidad, que preservan a los individuos de la invasión de enfermedades y epidemias”, y para promover la “socialización de las profesiones” ante la “insostenible congestión de profesionistas, — médicos — en los grandes centros de población, en tanto que las zonas rurales carecen de sus orientaciones y de sus conocimientos [...]”,¹⁰² se realizaron las sesiones.

De acuerdo con algunos congresistas el servicio médico social era francamente insuficiente para atender las necesidades más básicas del campesinado. En la opinión del médico y antropólogo Miguel Othón de Mendizábal, principal impulsor y defensor de la carrera de médico rural, el servicio social era un esfuerzo inútil “dada la psicología peculiar de los médicos de tipo liberal y de las condiciones del medio rural mexicano, particularmente del indígena

¹⁰² “Trascendental la inauguración del Segundo Congreso de Higiene Rural”, *Acción* (22 nov. 1938), p. 1.

[...]”.¹⁰³ Mendizábal añadía que el servicio “lejos de producir los efectos que eran de desearse, no ha servido sino para hacer un vano alarde caritativo durante la temporada de vacaciones, por brigadas de alumnos sin programa definido de trabajo [que] disfrutaban de descuentos en tarifas de pasajes para visitar diversas poblaciones de la República”.¹⁰⁴ Debido a lo anterior, consideraba que los médicos rurales que egresaran del IPN serían capacitados expresamente para otorgar una atención médica puntual a las poblaciones rurales, y que lo anterior era la única manera para terminar con el abandono en el que vivían y fallecían “las grandes masas del país”.¹⁰⁵

Durante las sesiones del Segundo Congreso Nacional de Higiene Rural, la defensa de la carrera de médico rural provocó que diversos congresistas abandonaran las sesiones, que se cancelara la sesión plenaria y que el clima de confrontación entre los participantes y los médicos allí presentes se agudizara. Uno de los médicos que abandonó el congreso fue Gustavo Baz, entonces rector de la Universidad y principal impulsor del servicio médico social. En su opinión la mayor parte de los congresistas que apoyaban la nueva carrera de médico rural no provenían de la profesión médica y, más importante aún, destacó que no se reconocían o valoraban los esfuerzos de la Universidad Nacional Autónoma de México “que en tres años ha mandado a cerca de novecientos pasantes que han ido a hacer su servicio social a pueblos donde antes nunca hubo un médico

¹⁰³ MENDIZÁBAL, “Distribución geográfica”, p. 531.

¹⁰⁴ *Memoria*, p. 25.

¹⁰⁵ MENDIZÁBAL, “Distribución geográfica”, pp. 529-537.

[...]”.¹⁰⁶ Asimismo, consideró que la creación de la carrera de médicos rurales implicaba la duplicación de los esfuerzos, de la enseñanza y de los recursos destinados a la educación superior, lo cual era —en su opinión— francamente improcedente.

Una nota publicada en el periódico *Acción* de San Luis Potosí expresó que el motivo central del descontento entre las autoridades de las instituciones de educación superior, y en particular entre las autoridades de la Universidad, obedecía a que se oponían a ser

[...] marginados del ejercicio de la profesión, con el simple pretexto de no ser “revolucionarios” a la manera de como piensan determinadas personas porque, en verdad, según lo manifestó el doctor Baz, los médicos de la Universidad Nacional y de las Universidades de los Estados van gustosos a servir a los campesinos.¹⁰⁷

Esa misma publicación destacó que de acuerdo con diversos congresistas, con la formación de médicos rurales en el IPN se estaba avanzando, sí, pero en la “improvisación de charlatanes”;¹⁰⁸ que el Congreso estaba en manos de “peque-

¹⁰⁶ “La llamada Escuela Médico Rural tiene por finalidad hacer política, no médicos”, *Excelsior* (23 nov. 1938), pp. 1 y 12. Véase también “Una fábrica de médicos rurales demasiado cara. Inversión de cinco millones para formar seis médicos en cinco años”, *Excelsior* (25 nov. 1938), p. 1; “Está casi desintegrado el Congreso de Higiene Rural controlado por comunistas”, *Excelsior* (26 nov. 1938), p. 1.

¹⁰⁷ “Se retiró la delegación de San Luis al Segundo Congreso de Higiene”, *Acción* (25 nov. 1938), p. 1.

¹⁰⁸ “Error de Información en los Periódicos Metropolitanos”, *Acción* (25 nov. 1938), p. 4.

ños grupos de políticos comunistas” entre los que sobresalían los médicos Lauro Ortega y Alfonso Millán, destacándose que el primero había sido un pésimo estudiante,¹⁰⁹ y que en el Congreso se impedía la libertad de expresión.

Al margen de los debates y conflictos que surgieron durante el Segundo Congreso Nacional de Higiene Rural, es importante subrayar que los promotores e impulsores de la carrera de médico rural anhelaban que esos profesionales se transformaran en verdaderos “médicos del Estado, provistos no sólo de suficiente cultura y de amplia ilustración médica, sino de un sentido de responsabilidad social”.¹¹⁰ La formación de médicos rurales prosiguió en el IPN a lo largo de la década de 1930; en 1943 un acuerdo presidencial determinó que su plan de estudios era equivalente al de la Facultad de Medicina de la UNAM y al de la Escuela Médica Militar, y un año después, en 1944 se creó la Escuela Superior de Medicina Rural. Valga añadir que la denominación de médico “rural” perduró hasta 1965, cuando se tomó la decisión de eliminar dicho adjetivo.

Desde que comenzó la formación de médicos rurales y hasta mediados de la década de 1940, sus egresados fueron con frecuencia calificados como médicos de segunda clase; se les expulsó de algunos hospitales públicos; se presionó a los alumnos y profesores para que abandonaran la Escuela y se reiteró una y otra vez en los medios de comunicación que los médicos rurales eran tan sólo médicos improvisados.¹¹¹ No obstante, la capacitación de médicos rurales formó par-

¹⁰⁹ “La llamada Escuela Médico Rural tiene por finalidad hacer política, no médicos”, *Excelsior* (23 nov. 1938), p. 12.

¹¹⁰ *Memoria de la Escuela*, p. 26.

¹¹¹ INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, *La Escuela*, pp. 11-12.

te integral de los anhelos expresados por el Departamento de Salubridad Pública, por las instituciones de educación superior y por diversos médicos socialmente comprometidos en aras del saneamiento integral del país. Asimismo, la capacitación de un personal paramédico a partir de la década de 1920, la creación del servicio médico social y la reiterada necesidad —expresada una y otra vez— acerca de la importancia que tenía conocer cuáles eran los más apremiantes problemas de salud entre 1920 y 1940, denotan que la salud pública fue un elemento fundamental para la reorganización y legitimación del Estado que emergió tras la revolución mexicana. Aunado a lo anterior, los proyectos y las propuestas para mejorar la salud de las poblaciones rurales incidió en que se gestara un sistemático cuestionamiento en torno al papel que requerirían desempeñar los profesionales de la medicina en la sociedad mexicana. Esos debates y cuestionamientos —valga añadir— fueron de nueva cuenta visibles durante la década de 1960, cuando estalló el movimiento médico de 1964 y 1965, y cuando la socialización de la medicina, la libertad de profesión y la libertad de organización irrumpieron en una nación que cesaba de ser predominantemente rural.

CONSIDERACIONES FINALES

Los principios y postulados de la medicina social que irrumpieron con fuerza en el ámbito internacional durante las primeras décadas del siglo pasado dieron como resultado un sistemático cuestionamiento respecto a cómo mejorar las condiciones de salud de las poblaciones rurales en diferentes partes del mundo. En México hubo planteamientos

y proyectos sumamente novedosos y originales, orientados a proporcionar servicios médicos, curativos y asistenciales a las poblaciones rurales, proyectos que, no obstante, no han sido analizados con detenimiento en la historiografía. Tanto el inicio del servicio médico social para los pasantes de la carrera médica, como la creación de la carrera de médico rural fueron proyectos únicos en la época a escala internacional. Esos proyectos se nutrieron de los planteamientos de la medicina social, así como de los postulados de justicia social y del derecho a la salud emanado de la revolución mexicana.

A partir de la década de 1920, y en particular con la creación de la Escuela de Salubridad (1922), se buscó capacitar a un amplio personal médico y paramédico en los principios de la medicina preventiva, un personal sin el cual los programas de salud del Departamento de Salubridad Pública no podrían ser materializados. La puesta en marcha de los programas de salud y educación higiénica en el ámbito rural, a su vez, exigía que los médicos titulados y otros agentes de salud conocieran a fondo los problemas médicos y sociales a los que día con día se enfrentaba la población del país. Lo anterior alentó la realización de cuidadosos diagnósticos médico-sociales e incidió en la creación del servicio médico social. La creación de la carrera de médico rural en 1938 representó un momento culminante de las discusiones, propuestas y debates en torno a la medicina social, y respecto a cómo proporcionar una asistencia médica, curativa y profiláctica sistemática y cotidiana a la mayoritaria población rural.

En suma, las diferentes propuestas para promover una nueva forma de ejercer la medicina lejos y fuera de las ciudades, un ejercicio profesional atento y sensible ante las pecu-

liaridades y especificidades económicas, políticas, sociales y culturales de las poblaciones rurales, fueron temáticas de primera importancia durante las primeras décadas del siglo pasado. Lo anterior no sólo incidió en la creación de distintas instituciones y servicios médicos, sanitarios y de educación en la salud, sino que también llevó a una amplia reflexión en torno del papel, desempeño y labor a realizar por los médicos titulados y otros agentes de salud en las ciudades, municipios y pueblos del México rural, alentándose con ello un verdadero redescubrimiento médico y social del país.

SIGLAS Y REFERENCIAS

AGOSTONI, Claudia

“Médicos rurales y brigadas de vacunación en la lucha contra la viruela en el México posrevolucionario, 1920-1940”, en *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 35: 69 (2010), pp. 67-91.

“Gustavo Baz Prada”, en LUDLOW y VÁZQUEZ SEMADENI, 2010, pp. 633-637.

“Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 33 (ene.-jun. 2007), pp. 89-120.

“Las delicias de la limpieza: la higiene en la ciudad de México”, en STAPLES (coord.), 2005, pp. 563-597.

“Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in Mexico City, 1890s- 1920s”, en *American Journal of Public Health*, 96: 1 (ene. 2006), pp. 52-61.

Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, Calgary, University of Calgary Press, University Press of Colorado, Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.

AGOSTONI, Claudia (coord.)

Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX, México, Universidad nacional Autónoma de México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008.

AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo

Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México. Obra Antropológica XIII, México, Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista, Gobierno del estado de Veracruz, Fondo de Cultura Económica, 1994.

ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José *et al.*

“Servicios médicos rurales cooperativos en la historia de la salubridad y de la asistencia en México”, en HERNÁNDEZ LLAMAS (comp.), 1984, pp. 93-108.

ÁLVAREZ MUÑOZ, Víctor

“Informe General sobre la Exploración Sanitaria de Huaniqueo, Michoacán”, México, Escuela de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1937.

ARCE GURZA, Francisco

“El inicio de una Nueva Era, 1910-1945”, en ARCE GURZA, BAZANT *et al.*; 1982, pp. 223-375.

ARCE GURZA, Francisco, Mílada BAZANT, *et al.*

Historia de las profesiones en México, México, El Colegio de México, 1982.

ARÉCHIGA CÓRDOBA, Ernesto

“Educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917-1934”, en *DYNAMIS*, 25 (2005), pp. 117-143.

“Educación, propaganda o ‘dictadura sanitaria’. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México Posrevolucionario, 1917-1945”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 33 (ene.-jun. 2007), pp. 57-88.

ARREGUÍN VÉLEZ, Enrique

“Aspectos sociales del problema del servicio médico al pueblo mexicano”, en *Revista Mexicana de Sociología*, 13: 2 (mayo-agosto. 1951), pp. 245-255.

BARONA, Josep L. y Steven CHERRY, (eds.)

Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945), Valencia, Seminari D'Estudis sobre la Ciència, 2005.

BARONA, Josep L., Josep BERNABEU-MESTRE y Enrique PERDIGUERO-GIL

“Health Problems and Public Policies in Rural Spain (1854-1936)”, en BARONA y CHERRY (eds.), 2005, pp. 63-82.

BIRN, Anne-Emanuelle

Marriage of Convenience. Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico, Rochester, University of Rochester Press, 2006.

“Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)”, en *DYNAMIS*, 25 (2005), pp. 279-311.

BIRN, Anne-Emanuelle y Armando SOLÓRZANO

“The Hook of Hookworm: Public Health and the Politics of Eradication in Mexico”, en CUNNINGHAM y ANDREWS, 1997, pp. 147-171.

BLOQUE DE MÉDICOS REVOLUCIONARIOS

“Convocatoria”. *Primer Congreso Nacional de Higiene Rural*, México, Imprenta del Departamento de Salubridad Pública, 1935.

BOROWY, Iris y Anne HARDY (eds.)

Of Medicine and Men. Biographies and Ideas in European Social Medicine between the World Wars, Fráncfort del Meno, Peter Lang, 2008.

BROWN, Theodore y Elizabeth FEE

“The Bandoeng Conference of 1937: A Milestone in Health and Development”, en *American Journal of Public Health*, 98: 1 (ene. 2008), pp. 42-43.

BUSTAMANTE, Miguel E.

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

“La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México. Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, presentado en mayo de 1934”, en HERNÁNDEZ LLAMAS (coord.), 1984, pp. 35-90.

“Cómo nació mi amor por la historia”, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 12 (1989), pp. 59-71.

“Doctor y General José María Rodríguez (1870-1946)”, en *Cinco personajes de la salud en México*, México, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, 1986, pp. 87-96.

CANO, Gabriela, Mary Kay VAUGHAN y Jocelyn OLCOTT (comps.)

Género, poder y política en el México posrevolucionario, México, Fondo de Cultura Económica, Universidad Autónoma Metropolitana, 2009.

CARRILLO, Ana María

“Miguel E. Bustamante”, en *Ciencia y Tecnología en México en el siglo XX. Biografías de Personajes Ilustres*, vol. III, México, Secretaría de Educación Pública, Academia Mexicana de Ciencias, Consejo Consultivo de Ciencias de la Presidencia de la República, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México, 2003, pp. 143-158.

“Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud”, en *Perspectiva histórica de atención a la salud en México* (2002), pp. 17-64.

“Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”, en *Història, Ciències, Saúde—Manguinhos*, 9 (suplemento) (2002), pp. 67-87.

“Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940”, en *DYNAMIS* 25 (2005), pp. 145-178.

CASTAÑEDA, Gonzalo

El arte de hacer clientela, México, JGH Editores, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.

Conmemoración

Conmemoración del 50 Aniversario de la Instauración del Servicio Social en México, México, Secretaría de Salud, 1986.

Constitución Política

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, Dirección General de Educación Pública, 1917.

COOTER, Roger y John PICKSTONE (eds.)

Companion to Medicine in the Twentieth Century, Londres, Routledge World Reference, 2003.

CUETO, Marcos

“Un médico alemán en los Andes: la visión médico social de Maxime Kuczynski Godard”, en *Allpanchis*, 56 (2001), pp. 39-74.

CUENYA, Miguel Ángel

Revolución y tifo en la ciudad de Puebla, 1915-1916. Un estudio sociodemográfico, Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008.

CUNNINGHAM, Andrew y Birdie ANDREWS (eds.)

Western Medicine as Contested Knowledge, Manchester, Manchester University Press, St. Martin's Press, 1997.

DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA

Los Servicios de Higiene Rural y Medicina Social, México, Artes Gráficas del Estado, 1941.

“The European”

“The European Conference on Rural Hygiene”, en *League of Nations Quarterly Bulletin of the Health Organization*, 1:3 (sep. 1932), pp. 395-415.

FIELD, Mark G.

“Soviet Medicine”, en COOTER y PICKSTONE (eds.), 2003, pp. 51-66.

FRIEDSON, Elliot

La profesión médica, Barcelona, Ediciones Península, 1978.

GALIANA, María Eugenia y Josep BERNABEU-MESTRE

“El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX”, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LVIII: 2 (jul.-dic. 2006), pp. 139-164.

GARCÍA MOGUEL, Octavio

“Breve trabajo sobre la exploración sanitaria del municipio de Tepuxtepec, Estado de Michoacán”, México, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1937.

GUDIÑO, María Rosa

“Educación higiénica y consejos de salud para campesinos en *El Sembrador y El Maestro Rural, 1929-1934*”, en AGOSTONI (coord.), 2008, pp. 71-97.

“Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960. Del papel a la pantalla grande”, tesis de doctorado en historia, México, El Colegio de México, 2009.

HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Manuel

“Informe Médico Social de la Palma, Michoacán”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1937.

HERNÁNDEZ LLAMAS, Héctor (comp.)

La atención médica en el medio rural mexicano, 1930-1980, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984.

“Informe sintético”

“Informe sintético de los trabajos desarrollados por la Oficina de Higiene Rural y Medicina Social”, en *Boletín de Salubridad e Higiene*, cuatro trimestre, 11:7 (1939), pp. 639-652.

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

La Escuela Superior de Medicina Rural, México, Secretaría de Educación Pública, 1947.

ITURBIDE ALVÍREZ, Salvador

“Algunos comentarios sobre el servicio médico social de los pasantes de medicina”, en *Gaceta Médica de México*, LXXII: 3 (jun. 1942), pp. 245-261.

JOSEPH, Gilbert M. y Daniel NUGENT (coords.)

Aspectos cotidianos de la formación del Estado, México, Ediciones Era, 2009.

“Cultura popular y formación del Estado en el México revolucionario”, en JOSEPH y NUGENT, 2009, pp. 31-52.

KAPELUSZ-POPPI, Ana María

“Physicians Activists and the Development of Rural Health in Post-Revolutionary Mexico”, en *Radical History Review*, 80 (2001), pp. 35-50.

“Rural Health and State Construction in Post-Revolutionary Mexico: The Nicolaita Project for Rural Medical Services”, en *The Americas*, 58:2 (2001), pp. 261-283.

KNIGHT, Alan

“Armas y arcos en el paisaje revolucionario mexicano”, en JOSEPH y NUGENT, 2009, pp. 53-101.

LÓPEZ NORIEGA, Roberto

“Exploración sanitaria del municipio de Tuzantla, Michoacán”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1938.

LOYO, Engracia

“El aula y la parcela: vida escolar en el medio rural (1921-1940)”, en REYES (coord.), 2006, pp. 273-312.

LUDLOW, Leonor y María Eugenia VÁZQUEZ SEMADENI

200 emprendedores mexicanos. La construcción de una nación, México, Lid Editorial Mexicana, Siglo Veintiuno Editores, 2010, vol. 1.

MALDA, Gabriel

“La nueva época del Boletín del Departamento de Salubridad Pública”, en *Boletín del Departamento de Salubridad*, t. 1, 1-6 (ene.-jun. 1921), p. 1.

MARTÍNEZ CORTÉS, Fernando y Xóchitl MARTÍNEZ BARBOSA

Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General, México, Smithkline Beecham, Casa de vacunas, 2000.

McKEOWN, Thomas

Introducción a la medicina social, México, Siglo Veintiuno Editores, 1989.

Memoria

Memoria de la Escuela Superior de Medicina Rural, México, Instituto Politécnico Nacional, Año de la Patria, 1960.

MENA, Manuel M.

La ciudad de Puebla bajo el punto de vista de la higiene, México, Imprenta del Gobierno en el ex Arzobispado, edición de la Sociedad Antonio Alzate, 1890.

MENDIZÁBAL, Miguel Othón de

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

“Situación actual de la asistencia médica y social en la República, en MENDIZÁBAL, en *Obras completas*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1947, t. VI.

MORALES PEREYRA, Manuel y Secundino SOSA

Puebla, su higiene y sus enfermedades, México, Oficina Tipográfica de la Oficina de Fomento, 1888.

OIKIÓN SOLANO, Verónica

“Presentación. Primer Congreso Nacional de Higiene Rural celebrado en Morelia, del 3 al 12 de noviembre de 1935”, en *Relaciones*, 53 (invierno 1993), pp. 273-300.

ORTIZ, Alfredo

“La campaña antivariolosa en el medio rural. Informe sobre la labor social en el Distrito de Ixmiquilpan, Hidalgo”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1937.

PALACIOS, Guillermo

La pluma y el arado. Los intelectuales pedagogos y la construcción sociocultural del “problema campesino” en México, 1932-1934, México, El Colegio de México, 1999.

PANI, Alberto J.

La higiene en México, México, Imprenta de J. Balleescá, 1916.

PRUNEDA, Alfonso

“La higiene y la medicina sociales”, en *Gaceta Médica de México*, t. LXIV (1º mar. 1933), pp. 122-138.

“El Servicio Médico-Social de la Universidad Nacional”, en *Gaceta Médica de México*, t. LXX (1940), pp. 143-151.

“Discurso de inauguración de la Escuela de Salubridad”, en *Salud Pública de México*, xxix: 2 (mar.-abr. 1977), pp. 153-155.

RAMÍREZ PRADO, Carlos

“Informe sobre la exploración sanitaria del Municipio y de la Villa de Romita del estado de Guanajuato”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1937.

REYES, Aurelio de los (coord.)

Siglo XX. Campo y ciudad, vol. 1 de *Historia de la vida cotidiana en México*, dirigida por Pilar Gonzalbo Aizpuru, México, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica, 2006.

RODRÍGUEZ, José María

“Informe que rinde el Jefe del Departamento de Salubridad de los trabajos efectuados por el Departamento a su cargo en 1917 al C. Presidente de la República”, en *Memoria de los trabajos efectuados por el Departamento de Salubridad Pública en el año de 1917*, México, Imprenta Victoria, 1918.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban

Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social, Madrid, Ediciones Akal, 1992.

ROSEN, George

“What is Social Medicine: A Genetic Analysis of the Concept”, en *Bulletin of the History of Medicine*, 21 (1984), pp. 674-733.

De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud, México, Siglo Veintiuno Editores, 1985.

RUIZ LUGO, Lourdes *et al.*

El servicio social en México, México, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, 1995.

SIUROB, José

“La nueva orientación de los Servicios de Salubridad Pública”, en *Salubridad*, vi: 1 (ene.-dic. 1935-ene.-jun. 1936), pp. 5-7.

STAPLES, Anne (coord.)

Bienes y vivencias. El siglo XIX. Historia de la vida cotidiana en México, dirigida por Pilar Gonzalbo Aizpuru, México, Fondo de Cultura Económica, El Colegio de México, vol. IV, 2005.

VALDESPINO, José Luis y Jaime SEPÚLVEDA (comps.)

Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001. Libro Conmemorativo, México, Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2002.

VAUGHAN, Mary Kay

La política cultural en la Revolución. Maestros, campesinos y escuelas en México, 1930-1940, México, Fondo de Cultura Económica, 2001.

VELASCO SUÁREZ, Manuel

“El Servicio Social de la Facultad de Medicina: breve comentario”, en *Revista Mexicana de Sociología*, 1: 2 (mayo-jun. 1939), pp. 127-141.

WEINDLING, Paul

“Was Social Medicine Revolutionary? Rudolf Virchow and the Revolutions of 1848”, en *Social History of Medicine*, 34 (1984), pp. 14-18.

WHETTEN, Nathan L.

“Salud y mortalidad en el México rural”, en HERNÁNDEZ LLAMAS (comp.), 1984, pp. 147-179.

ZAMUDIO ZAMUDIO, Guillermo

“El Servicio Social, una aportación de México al verdadero y digno ejercicio de la profesión médica”, tesis profesional, México, Escuela Nacional de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1950.

