

ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA EN EL MÉXICO INDEPENDIENTE

Leobardo C. Ruiz Pérez
Carlos Viesca T.
Fernando Martínez Cortés
Guillermo Fajardo Ortiz
Carlos Castañeda
Azucena Galindo Suárez
Xóchitl Martínez Barbosa
Mariblanca Ramos R. de Viesca
Gabino Sánchez Rosales

Durante el inicio del siglo XIX México estaba en composición para convertirse en una República federal por lo que su participación en la creación de políticas de salud fue mínima, “anteriormente los hospitales no eran instituciones médicas ni la medicina una profesión hospitalaria; funcionaban estos bajo esquemas de caridad, quienes trabajaban en ellos lo hacían para expiar culpas o servir a Dios atendiendo a los desprotegidos, y fue con la Independencia del país cuando estos esquemas entraron en un franco periodo de decadencia a consecuencia de la inestabilidad política, conflictos armados”¹ y la aparición de epidemias que atacaron a la población como consecuencia de la Guerra de Independencia y la entrada de estas por los puertos marítimos.

¹ Manuel Ildefonso Ruiz Medina, *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa*, México, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011, p. 106.

INSTITUCIONES DE SANIDAD Y REGULACIÓN

El Ayuntamiento y las Juntas de Sanidad

En el recuento histórico que nos ocupa, presentamos en breves líneas un panorama que permitirá al lector reconocer los ejes institucionales más destacados del acontecer relacionado con el tema de la salubridad y la asistencia en México, principalmente a lo largo del siglo XIX, sin dejar de señalar de paso los antecedentes que nos remontan al pasado virreinal, donde el Ayuntamiento tuvo un papel relevante.

La corporación municipal fue la primera instancia encargada de las cuestiones de índole sanitaria ya que a pocos años de la consumación de la conquista española, empezó a realizar tareas de vigilancia de la práctica médica y de la salubridad en la Ciudad de México y lugares cercanos.

Igualmente se ocupó de las disposiciones en tiempos de epidemias, así como de cuidar que las boticas expendieran los medicamentos con la calidad y el precio adecuados.

En los comienzos del siglo XIX, las disposiciones normativas que retomaron las disposiciones liberales de Cádiz, determinaron que los ayuntamientos debían de ocuparse de la salubridad. Organizados en comisiones, los miembros de los ayuntamientos tuvieron la encomienda de vigilar el aseo de la vía pública, de mercados, plazas, asilos, casas de caridad, hospitales y cárceles. Igualmente, debían responder a las necesidades ante las epidemias, así como coordinar o servir de enlace entre la autoridad y las Juntas de Sanidad. Este papel continuaría en tanto no se contara con las instituciones adecuadas para la administración de la sanidad pública.

El Ayuntamiento, en su condición de órgano del gobierno municipal, intervino en la organización de las Juntas de Sanidad, agrupaciones temporales formadas desde el último siglo del Virreinato inicialmente para contrarrestar los efectos devastadores de un brote epidémico; de impedir su propagación y de recomendar o aplicar los remedios y las medidas convenientes. Funcionaron a lo largo del primer siglo del México Independiente con características propias de cada región o localidad donde se instalaban.

Las Juntas de Sanidad reflejaban la composición de la sociedad; formaron parte de ellas los vecinos; había regidores, representantes del arzobispo en tanto autoridad religiosa; participaban también el jefe político y Diputado provincial. Por supuesto que no faltaban los facultativos, médicos, cirujanos y boticarios.

Se les conoció como Juntas Provinciales de Sanidad a partir de las disposiciones liberales de las Cortes de Cádiz; en comisiones daban seguimiento a las acciones emprendidas, como la dotación de alimentos y medicamentos, la organización de hospitales provisionales, la asistencia médica a los epidemiados, etcétera. Sin embargo, su marco de acción se fue expandiendo ante las enormes carencias observadas entre la población de ciudades, pueblos y rancherías, llegando a establecerse a lo largo y ancho del país, de tal modo que también ejercieron acciones de carácter preventivo relacionadas con la higiene pública, como el barrido y limpieza de las calles; cabe destacar que fueron relevantes en la propagación de la vacuna antivariolosa.

El Tribunal del Protomedicato

El Real Tribunal del Protomedicato, figura entre las instituciones más emblemáticas del periodo virreinal. Esta corporación de origen español actuó en beneficio de la salud pública, entendida ésta en el más amplio sentido de la palabra; comprendía la supervisión de una educación apropiada, la aplicación del examen y autorización para la práctica médica, además de la vigilancia de la práctica sanadora de médicos, cirujanos, parteras, barberos y flebotomianos, vedándola de quienes no demostraran capacidad y conocimientos; también se ocupó de la revisión de boticas, de la preparación y venta de medicinas, observando que no fueran adulteradas y que se vendieran a precio justo, así como cuidar el contenido de las publicaciones médicas y la aplicación de las leyes de la práctica profesional.² En fin, limitar los abusos cometidos por personas que de uno u otro modo estaban relacionadas con la atención de la salud, fue una de las razones que dio origen a dicha institución.

² John Tate Lanning, *El Real Tribunal del Protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el imperio español*, México, UNAM, 1997.

En la Nueva España, desde el siglo XVI, arribaron a las nuevas tierras los primeros protomédicos encargados de sancionar la práctica médica antes de que se estableciera el Tribunal propiamente dicho, el cual inició sus actividades a partir de la real cédula de 1646. Desde entonces se aplicarían las mismas disposiciones metropolitanas y se determinó que debía estar encabezado por tres médicos: el Presidente sería el catedrático de *Prima*, el segundo protomédico el decano de la Facultad de Medicina de la Real y Pontificia Universidad y el tercero era nombrado por el virrey, con preferencia de aquéllos que estuvieran incorporados a la Universidad.

Durante sus primeros cien años de vida, el Protomedicato respondió a las demandas de la sociedad novohispana, sin embargo, empezó su decadencia en el siglo XVIII, época en la que no se pudo ajustar a los cambios de la medicina y cirugía de la época.³ A los pocos años de consumada nuestra Independencia nacional y en el contexto de las primeras disposiciones liberales, el Protomedicato fue clausurado por la Ley del 21 de noviembre del año de 1831; para entonces se había convertido en una institución conservadora, opuesta a la introducción de ideas y conocimientos novedosos en la medicina. Como organismo heredado del Virreinato, a partir de 1821, ya no tenía cabida en el naciente país; recordemos que lo mismo sucedería con la Universidad, suprimida en 1833.

La Facultad Médica del D.F., 1830-1841

Al suprimirse el viejo Tribunal del Protomedicato, se constituyó la Facultad Médica del Distrito Federal con la Ley promulgada el 21 de noviembre, organismo que continuaría atendiendo las funciones que en su tiempo le correspondió ejercer al Protomedicato. Esta facultad es el antecedente inmediato del Consejo Superior de Salubridad.

Aun cuando la Facultad Médica actuó por corto tiempo, fue un claro reflejo del momento histórico por el que atravesaba el naciente país y la ciencia médica. En atención a la tendencia de la época, estaría

³ Pedro Ramos, “Una visión comparativa entre el Protomedicato en España y en la Nueva España”, en Enrique Cárdenas de la Peña (coord.), *Temas médicos de la Nueva España*, s.p.i., 1992, pp. 103-136.

integrada por ocho médicos cirujanos y cuatro farmacéuticos, todos ellos debían ser mayores de 30 años y contar con experiencia de seis años de trabajo a partir de la fecha de su examen profesional; se determinó que se renovara cada tres años. Entre sus primeros integrantes destacan los profesores Manuel Carpio, Francisco Montes de Oca, José María Vargas y Joaquín Villa.

La Facultad Médica se hizo cargo de examinar a médicos, cirujanos, farmacéuticos, parteras y flebotomianos para extenderles el certificado correspondiente. Asimismo, examinaba a todo aquel extranjero que en nuestro país quisiera ejercer cualquier profesión relacionada con la salud. Una vez creado el Establecimiento de Ciencias Médicas (1833), muchos de los miembros de la Facultad Médica pasaron a incorporarse a la nueva institución de enseñanza laica de la medicina y la cirugía, y sus funciones fueron absorbidas por esta última. Cuando México se transformó en una República Central, el 13 de julio de 1840 se conocerá como Facultad Médica del Departamento de México, formada por tres miembros: el decano del claustro de medicina de la Nacional Universidad, Jesús Febles; el último Presidente de la Facultad Médica del Distrito y territorios, el doctor Joaquín Villa y el director del Colegio de Medicina, el doctor Casimiro Liceaga.⁴ Dejó de funcionar en enero de 1841 al crearse el Consejo Superior de Salubridad.

La Dirección General de Beneficencia Pública, 1861

De acuerdo con lo señalado en párrafos anteriores, durante la primera mitad del siglo XIX, los ayuntamientos se hicieron cargo de administrar la salubridad de ciudades y pueblos; asimismo sucedió con la beneficencia, la cual fue considerada por la misma época como un ramo de la administración pública municipal. Sin ningún plan de organización, transitoriamente los órganos municipales se ocuparon de los hospitales y casas de beneficencia que dejaron de ser administrados por el clero.

Las condiciones cambiaron a partir de la segunda mitad del siglo con la creación de la Dirección General de Beneficencia Pública (DGBP)

⁴ Sonia Flores y José Sanfilippo, “Anastasio Bustamante y las instituciones de salubridad en el siglo XIX”, en *Archivalia Médica*, Nueva Época, núm. 2, 1990, UNAM-Facultad de Medicina, 2009.

el 2 de marzo de 1861, suceso ligado más bien a la asistencia médica y social que a la salubridad. Fue la culminación de un proceso de búsqueda de los distintos gobiernos por generar instituciones propias, que en el contexto del triunfo del liberalismo y de la promulgación de las Leyes de Reforma en 1856 expresó la transformación de las relaciones entre la Iglesia y el Estado.

El Decreto de Benito Juárez, por el que se secularizan los establecimientos de beneficencia, especificaba que estos comprendían a hospitales, hospicios, casas de dementes, orfanatorios, casas de maternidad y escuelas, bajo el rasgo de instituciones de “caridad pública” o de beneficencia. A partir de entonces el Estado laico asumiría la responsabilidad de administrar y organizar a dichos establecimientos asistenciales, educativos y de salud, concentrando esa función en un organismo dependiente de la entonces Secretaría de Gobernación.

La Intervención Francesa impidió que se diera seguimiento a la DGBP; al comienzo del gobierno de Porfirio Díaz se retomaría la iniciativa para dar inicio al proceso de consolidación de la administración de la Beneficencia Pública que tendrá lugar a finales del Porfiriato.

*Del Consejo Superior de Salubridad del Departamento
de México y nuestro primer Código Sanitario*

La reflexión histórica que aquí presentamos es sobre la creación del Consejo Superior de Salubridad, antecedente directo de la actual Secretaría de Salud, y en especial de una de sus tareas: la redacción de nuestro primer Código Sanitario.

Cuando el México Independiente tenía apenas diez años de existencia, el documento constitutivo de la Facultad Médica del Distrito Federal en 1831 —de la que ya se hizo mención— recomendaba, entre otras cosas, la redacción del Código de Leyes Sanitarias.

Pasando una década, cuando México dejó de ser una República federal para convertirse en un país Central, la Junta Departamental del Departamento de México (antes Distrito Federal) creó el 4 de enero de 1841 el Consejo de Salubridad del Departamento de México, cuyo Presidente nato sería el gobernador de dicho Departamento. El organismo

estaría constituido por miembros titulares, adjuntos y honorarios; los primeros eran cinco: tres médicos, un químico y un farmacéutico.⁵

Así, a veinte años de consumada la Independencia nacional, se forma en nuestro país un organismo que coadyuvaría a cambiar la organización de la práctica médica y sanitaria. Prácticamente tendría las mismas atribuciones que su antecesora, la Facultad Médica; sin embargo se le encomienda la publicación de una farmacopea y la creación de un Código Sanitario. Además, debía ocuparse de visitar los establecimientos de beneficencia que, por entonces, estaban bajo la administración del Ayuntamiento, así como vigilar y controlar la prostitución desde el punto de vista sanitario.⁶

En lo que concierne al Código Sanitario, en el reglamento publicado en 1879 del entonces llamado Consejo Superior de Salubridad se repetiría la orden o petición de “formular el proyecto de un Código Sanitario”. Fue hasta entonces cuando los señores consejeros se pusieron a trabajar, asesorados por abogados nombrados por el Gobierno, pero no sería sino hasta el 15 de julio de 1891 cuando fue promulgado por el Presidente Porfirio Díaz.

La participación que tuvo el médico Eduardo Liceaga, Presidente del Consejo, en la elaboración del primer Código Sanitario, fue sin duda destacada. De este personaje se está en espera del estudio de un historiador que posea las características a las que se refiere James M. Mackintosh, en el prólogo del libro de Henry Sigerist titulado *On the Sociology of Medicine*. En él señala que la tarea del historiador es complicada por los conflictos de opinión, la falta de testimonios fidedignos y las tendencias de la propia opinión; que el valor de su trabajo depende de su filosofía “y de esa especie de destilado de experiencia que denominamos sabiduría”.⁷ Por nuestra parte, solamente hablaremos del humanismo de Liceaga; para ello transcribimos lo que dijo el 30 de junio de 1889 en su calidad de Presidente del Consejo Superior

⁵ Fernando Martínez Cortés, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, Secretaría de Salud/Bristol Myers, 1993, pp. 11 y ss.

⁶ Flores, *op. cit.*

⁷ McKintosh, en Henry E. Sigerist, *On the Sociology of Medicine*, Nueva York, MD Publications, Inc., 1960.

de Salubridad en su presentación, ante el Secretario de Gobernación, del *Proyecto de Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*:

Como la especie humana está constituida por hombres de carne y hueso, hay que saber qué es el hombre. En primer lugar, es “nuestro hermano” por lo que su vida no se puede valorar pues no tiene precio. Pero además de ser nuestro hermano, el hombre mexicano es un conciudadano; bajo el punto de vista de la Patria es una parte de ella misma; “cada mexicano, como cada palmo de terreno, forma parte integrante del territorio nacional”.

Además de que debemos considerar a cada mexicano como nuestro hermano y como una parte de la Patria, debemos considerarlo también, desde el punto de vista económico, como un valor para el Estado. Las consideraciones económicas respaldan una serie de datos tomados de otras naciones respecto a lo que cuesta en dinero un hombre enfermo, tanto por lo que deja de producir a causa de su enfermedad como por los gastos que implica su curación. Pero lo peor sucede cuando la curación falla y sobreviene la muerte, pues con ella se pierde un valor económico.⁸

En dicha presentación, Eduardo Liceaga asegura que el usufructuario de la salubridad es “el hombre”, quien debe ser considerado también desde el punto de vista económico, por el costo que para el Estado porfiriano representaba un hombre enfermo. Viéndolo bien, el humanismo de Liceaga se limita a considerar hermano al usufructuario de la salubridad; faltaría saber qué era un hermano para el Presidente del Consejo Superior de Salubridad.

En el acto al que nos venimos refiriendo, la materia de la que trata el Código Sanitario es la higiene, cuyo objetivo fue “conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana”. Para lograrlo, el referido Código, ordenaba las siguientes acciones:

- Proporcionar al hombre la respiración de un aire puro, dárselo con la libertad con la que la naturaleza nos prodiga.
- Alumbrar sus habitaciones con la abundancia con que permite hacerlo nuestro cielo.
- Darle agua pura, alimentos sanos.

⁸ Citado en Martínez, *op. cit.*, pp. 189-191.

- Construirle buenas habitaciones sobre un suelo seco y bien canalizado.
- Alejar sus desechos y los de los animales que le sirven para sus necesidades.
- Evitar los inconvenientes que resultan de la aglomeración de los seres vivos.
- Evitar que las fábricas e industrias que dan trabajo a unos y comodidad a otros, se conviertan en ocasiones de peligro, de insalubridad o de molestia.
- Aislar a los hombres o los animales que han adquirido una enfermedad transmisible para que no la comuniquen a los demás.
- Proporcionar a los enfermos medicinas puras, hacerlos cuidar por personas que tengan la aptitud necesaria y la inmunidad suficiente.
- Cuidar de la educación física de los niños, de que no comiencen antes de terminar su desarrollo los trabajos que lo dificultan; procurar que las escuelas tengan las condiciones indispensables de salubridad y de que el cultivo del espíritu se haga sin sacrificio de la salud del cuerpo.⁹

La pregunta que queda en el aire, que merece una razonada respuesta y más espacio para responderla, es la siguiente: ¿por qué las sucesivas instituciones, desde la Facultad Médica hasta el Consejo Superior de Salubridad, tardaron tantos años en redactar un Código Sanitario?

LOS INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN

Medicina mexicana de excelencia en el epílogo del Porfiriato

Al final del siglo XIX la salud pública del país enfrentó grandes retos. En especial, las enfermedades infectocontagiosas hacían estragos en la población y las cifras de mortalidad fueron pavorosas, sin embargo, la

⁹ *Código Sanitario de 1891*, citado en Fernando Martínez Cortés y Xóchitl Martínez Barbosa, *El Consejo Superior de Salubridad. Rector de la Salud Pública en México*, México, Consejo de Salubridad General/Smith Kline–Beecham, 1997, p. 26.

política de salud pública emprendida por el régimen de Porfirio Díaz, que se expresó en la articulación de medidas y acciones institucionales, permitió ofrecer algunas salidas al problema de las enfermedades, que como el tifo, primera causa de muerte en la época, diezaban a la población.

Entre 1884 y 1910 la salubridad del país cambió sobremanera, ya que Eduardo Liceaga, quien estuvo al frente del Consejo Superior de Salubridad durante dicho periodo, promovió en todos niveles la higiene e inició una era de combate contra las enfermedades. Por ejemplo, en todas las capitales de los estados se introdujo agua potable y se hicieron estudios químicos para revisar su composición para el consumo humano. La problemática relacionada con la calidad de los alimentos comenzó a ser resuelta por el Laboratorio de Alimentos del Consejo Superior de Salubridad. Por su parte, las Juntas Superiores de Salubridad encargadas de velar por la salud pública y enfrentar las enfermedades en los estados, fueron constituidas en toda la República a partir de la promulgación del Código Sanitario de 1891; instrumento de carácter federal que sirvió para enfrentar las epidemias, como aconteció con el control sanitario que terminó con la peste en el puerto de Mazatlán en 1903. En lo que atañe a la beneficencia pública, la atención a los enfermos pobres, e incluso “enfermos distinguidos” cobró brío con la inauguración en 1905 del Hospital General de la Ciudad de México. Como culminación de ese ciclo, en 1910 se inauguró el Manicomio de la Castañeda, con el fin de ofrecer soluciones curativas a los enfermos mentales.

Medicina de excelencia: la investigación científico-médica en el Porfiriato

Sin embargo, al efectuar un balance de la medicina del periodo, un tema que ha quedado en el olvido es el relativo a que durante el Porfiriato la política de salud pública consolidó una práctica y un saber médico de excelencia plasmado en el trabajo de investigación científico-médico profesional, realizados por los Institutos de Salud del periodo.

El inicio de ese periodo tan significativo para la medicina mexicana fue el año de 1888, cuando en el Consejo Superior de Salubridad, Eduardo Liceaga fundó un Instituto Antirrábico para elaborar vacunas

contra la rabia.¹⁰ El trabajo terapéutico fue el resultado de la estancia de Liceaga en París donde al lado de Louis Pasteur aprendió la técnica de laboratorio para reproducir el virus de la rabia y su atenuación, que le permitieron practicar en México “la primera inoculación en el hombre”.¹¹ Por su parte, Miguel Otero en 1889, en San Luis Potosí, usando la información científica que consignaba los procedimientos pasteurianos logró la hazaña de fabricar las referidas vacunas contra la rabia que puso a disposición de los vecinos de San Luis.¹² Los años de 1888 y 1889 son fechas inolvidables, pues marcan el inicio de la fabricación de las vacunas nacionales, pero también marcan el periodo de fundación de los Institutos de Investigación del Porfiriato.

En diciembre de 1888 se fundó el Instituto Médico Nacional, cuyo fin fue hacer el estudio “de la climatología y geografía médicas, así como el de las plantas y animales medicinales de país y sus aplicaciones”.¹³ Para lograr su cometido, el Instituto Médico Nacional se dividió en secciones científicas bajo la dirección de Fernando Altamirano. Señalemos brevemente que la 2a. sección de química analítica aisló poco más de 650 drogas extraídas de las plantas medicinales que, resguardadas en el Museo de las Drogas, sirvieron para sentar las bases de la industria farmacéutica. Por su parte, la 3a. sección de Fisiología Experimental se destacó por introducir y consolidar el pensamiento fisiológico de Claude Bernard. Además de ser el sitio donde Daniel Vergara Lope realizó sus trabajos experimentales pioneros a nivel mundial sobre la fisiología de las alturas. En 1908, cuando el IMN estuvo a cargo de la Secretaría de Instrucción Pública hubo cambios que trajeron orientaciones de vanguardia en la forma de experimentar con las drogas de laboratorio. Ya que se formó una “Sección de Farmacología Experi-

¹⁰ Eduardo Liceaga, “Las inoculaciones preventivas de la rabia en el Instituto del Consejo Superior de México”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XI, núm. 23, 1892, p. 447.

¹¹ Ese hecho ocurrió en México el 18 de abril de 1888, para mayores detalles véase Eduardo Liceaga, *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación (manuscrito de 1920), 1949, p. 89.

¹² Miguel Otero, *Tratamiento científico de la rabia ya declarada*, San Luis Potosí, tipografía de M. Esquivel y Compañía, 1890, p. 1.

¹³ “Decreto de creación del Instituto Médico Nacional. Un decreto importante sobre la creación del Instituto Médico Nacional”, en *Gaceta Médica de México*, órgano de la Academia Nacional de Medicina de México, t. 24, núm. 1, 1889, p. 10.

mental”¹⁴ que realizó estudios sobre los mecanismos fármaco-dinámicos de las drogas. Por su parte, Eduardo Armendáriz analizó los mecanismos de “absorción y eliminación” de ciertas drogas contra el paludismo como fue la *psoralea*, la cual: “No se absorbe por la piel intacta, sí por las mucosas y serosas y tejido conjuntivo, pero en todo caso la absorción es lenta, variando el tiempo en que se verifica por la vía que se introduce... la eliminación se hace por la piel, por el pulmón y los riñones, pero estos deben de eliminar cantidades pequeñísimas, porque cuando se da el alcaloide a pequeñas dosis, no se encuentra en la orina. Lo mismo que la absorción la eliminación es lenta”.¹⁵ Por su parte, la 4a. Sección de Terapéutica clínica en el Consultorio Público del IMN y luego con el auxilio de los hospitales del Divino Salvador, San Hipólito, San Andrés, Juárez, Concepción Béistegui y Asilo Español, ofreció un servicio médico usando las drogas para ensayarlas y experimentarlas entre la población que acudió a estas instituciones y que se “benefició” de las investigaciones científico-médicas, tal y como ocurrió en el Hospital de la Canoa donde se ensayó la corteza de zapote que sirvió para el control de las “agitadas”.

Por su parte, el Instituto Patológico Nacional, que fue heredero de la tradición del Museo Anatomopatológico, al transformarse en Instituto en 1900 cultivó en sus secciones científicas líneas de investigación con el fin de determinar la causa del tifo, la lepra, la tuberculosis, el mal del pinto y otras enfermedades. En especial, en su sección de Bacteriología, se inició el trabajo de investigación para fabricar suero “convenientemente preparado para prevenir en unos casos y curar en otros las enfermedades”.¹⁶ Esa meta se cumplió cuando el Patológico

¹⁴ Archivo General de la Nación, “Informe anual que rinde a la Secretaria de Instrucción Pública y Bellas Artes el director del Instituto Médico Nacional acerca de los trabajos realizados durante el periodo comprendido del 1 de abril de 1909 al 22 de marzo de 1910”, IMN, caja 136, exp. 36, f. 3-65.

¹⁵ Eduardo Armendáriz, “Apuntes para el estudio terapéutica de algunas plantas medicinales. Trabajo leído en la Academia Nacional de Medicina, el 4 de diciembre de 1911”, en *Gaceta Médica de México*, t. 9, núm. 3, 1912, p. 187.

¹⁶ “Informe que rinde al C. Ministro de Instrucción Pública de las labores llevadas a cabo en el Museo de Anatomía Patológica desde su fundación hasta la fecha y Proyecto de Reformas para su trasformación en Instituto Anatómo-Patológico”, en *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, t. 4, núms. 9 y 10, México, mayo 1 y 15 de 1899, p. 323.

Nacional inauguró un complejo de laboratorios diseñados por Manuel Toussaint y Ángel Gaviño, donde fabricaron las vacunas de Haffkine y Besredka que terminaron con la peste de Mazatlán de 1903.¹⁷ En 1905 la sección de Bacteriología del Patológico se transformó en Instituto, dedicándose a “estudiar las enfermedades infecciosas en sus relaciones con la bacteriología y preparar sueros y vacunas antitóxicos para prevenirlas y combatirlas”.¹⁸ Conforme a esa meta, el Bacteriológico logró obtener la tuberculina de Koch en noviembre de 1906, usada para “el diagnóstico de la tuberculosis en los animales”.¹⁹ Los éxitos de la investigación científico-médica se debieron al personal altamente capacitado que tuvo el Bacteriológico, como fue el caso de Joseph Girad, quien trabajó al lado de Emile Roux. Girad en México cultivó una línea de investigación enfocada en el estudio de la difteria.²⁰ Investigación que también fue cultivada por Ángel Gaviño, quien además se enfocó en el estudio de la propiedad de las bacterias llamada quimiotaxia. Durante 1907 y 1908 el Bacteriológico Nacional fortaleció la medicina nacional al hacer estudios sobre “las vacunas anticarbonosa, así como la preparación de suero anticolérico para el diagnóstico del cólera morbus [...] vacuna antipestosa [...] suero antineumocócico [...] preparación de suero antitetánico [...] preparación de suero antidiftérico y preparación de suero antidisentérico”.²¹ En el final del régimen, el porvenir de los institutos nacionales parecía prometedor, ya que los institutos médicos colaboraron a partir de 1906 con la Escuela Nacional de Medicina en la formación de los alumnos que comenzaron a especializarse en fisiología, anatomía patológica y bacteriología. Así, a grandes rasgos, los ejemplos señalados permiten conocer que durante el final del Por-

¹⁷ Ángel Gaviño, “Descripción del laboratorio de sueroterapia del Instituto Patológico Nacional”, en *Boletín del Instituto Patológico Nacional*, 2a. época, t. II, núm. 6, México, agosto de 1904, p. 210.

¹⁸ “Ley constitutiva del Instituto Patológico Nacional y del Instituto Bacteriológico Nacional”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XX, núm. 20, 31 de octubre de 1905, pp. 475-477.

¹⁹ “El Instituto Bacteriológico Nacional”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XXI, núm. 21, 15 de noviembre de 1906, p. 512.

²⁰ Natalia Priego, “El Instituto Bacteriológico Nacional y la lucha contra el tifo”, en *Ciencia*, revista de la Academia Mexicana de Ciencias, vol. 63, núm. 2, abril-junio 2012, p. 28.

²¹ Gaviño, *op. cit.*, p. 418.

firiato, los Institutos Médicos realizaron investigación médica de alto nivel y sus trabajos experimentales contribuyeron a la salud pública al servir de auxilio a la población que se benefició de sus investigaciones médicas. Sin embargo, con la llegada de la Revolución, los institutos cerraron paulatinamente sus puertas ya que los constitucionalistas les negaron su apoyo político, concluyendo de ese modo un ciclo marcado por una medicina de excelencia en el ámbito científico médico nacional.

INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

Los hospitales, en la primera década del siglo XIX, se enfrentaron a una crisis económica-social como consecuencia de que México se emancipaba hacia el liberalismo. Se trataba de abandonar la tradición de la Colonia para dar cabida a la Ilustración, en esa etapa los gastos hospitalarios no podían ser sufragados, los recursos en los hospitales escaseaban, faltaban los alimentos, no había medicamentos, se carecía de ropa de cama y se deterioraba, los edificios hospitalarios no contaban con una sanitización efectiva.²² Las órdenes religiosas: juaninos, hipólitos y betlemitas —que habían creado y administrado durante tres siglos los hospitales—, los abandonaban. Para cubrir los gastos de los hospitales se recurría a la venta de los mismos, de sus bienes, se buscaban donaciones y lograban en algunos casos recursos monetarios provenientes de rifas y sorteos.²³ La decadencia de los hospitales no fue un proceso lineal, hubo factores sociales, políticos, económicos y religiosos entremezclados, se pretendió el desmantelamiento del concepto “caridad” y sus prácticas establecidas.²⁴

El mayor número de hospitales se encontraba en los actuales estados de Campeche, Durango, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Tlaxcala, Guerrero, Guanajuato, Colima, Jalisco, Veracruz, Yucatán y Ciudad de México.

La población estaba depauperizada, había distanciamiento entre la Iglesia y el Estado constituyente, la disposición de 1820 de España de-

²² José Joaquín Fernández de Lizardi, *El periquillo sarniento*, 1816, p. 139.

²³ George Francis Lyon, *Residencia en México, 1826. Diario de una gira con estancia en la República de México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984, pp. 164-165.

²⁴ Josefina Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, t. II, México, Jus, 1956, p. 37.

cretó la supresión de las órdenes hospitalarias, ésta se conoció en México en 1821, aunque no se aplicó del todo. Otro acontecimiento social que afectó a los hospitales, fue la guerra de España contra Francia e Inglaterra; los nosocomios, las escuelas y otras instituciones perdían bienes, pues el gobierno ibero se los apropió, tratando de sostener su gobierno y el poder.

En 1833 se presentó una epidemia de cólera morbus, afectó a todo el territorio nacional, los hospitales no tuvieron recursos, ni la capacidad para atender e internar a los enfermos.

En 1847 ocurrió la invasión norteamericana, dio lugar en la Ciudad de México al primer hospital mexicano, el Hospital de San Pablo, años más adelante conocido como Hospital Juárez, fue una improvisación realizada en un recinto católico.²⁵

En México, desde el inicio de la Independencia y hasta la séptima década del siglo XIX, hubo diferencias entre conservadores y liberales, discordia que se reflejó en el funcionamiento de los pocos hospitales.²⁶ La pugna de los grupos opuestos estalló en una guerra cruenta y feroz, la Guerra de Reforma (1857-1859), cuyo origen aparente fue la promulgación de la Constitución liberal de 1857. Terminó la guerra, no así los problemas, ocurrió la Intervención Francesa, se agitó México y culminó con el fusilamiento de Maximiliano de Habsburgo (1832-1867).²⁷ Terminó el imperio y se restauró la República en 1867, siendo Presidente Benito Juárez (1806-1872), comenzaba a tomarse conciencia clara de que México era una verdadera nación. Durante la guerra, el trabajo de ambulancias y la atención de urgencia a los heridos en el campo de batalla constituyó un avance fundamental.²⁸

²⁵ M. Silva, *Libro (documentos) de actas médicas de 1882*, Hospital Juárez.

²⁶ H. Heyer, *Memorias*, México, 1870, p. 31

²⁷ *Estatuto Provisional del Imperio Mexicano*, 1865; Samuel Basch, *Recuerdos de México, Memorias de médico ordinario del emperador Maximiliano, (1866 á 1867)*, México, 1870, p. 36; Hilarión Frías y Soto, *Rectificaciones a las memorias del médico ordinario del emperador Maximiliano*, México, 1880, p. 2; *La Sombra*, periódico, México, 7 de julio de 1865.

²⁸ Manuel Soriano y Escobedo, "Contribución a la estadística de la cirugía militar en México. Noticias estadísticas de los heridos que se asistieron en el Hospital Militar de San Luis Potosí y que se levantaron por las ambulancias del ejército en el ataque que sufrió aquella plaza el 1o de julio de 1872", en *Gaceta médica de México*, México, 1873.

Los hospitales fueron secularizados, no obstante no mejoraron, escaseaban los medios, no había planeación, ni organización. En esos tiempos había en los círculos políticos de la sociedad tres corrientes filosófico-políticas sobrepuestas: la conservadora, la liberal y el positivismo, mismas que pretendían buscar mejorías. La tendencia conservadora se basaba en un modelo de ideas tradicionales tal como la “caridad” proveniente de tiempos de la Colonia. La doctrina liberal se basaba en la razón, recurría a la “beneficencia”, significaba medios para el desarrollo físico y personal.²⁹ La ideología positivista tenía como eje la revelación de los secretos de la naturaleza por la ciencia. Las tres corrientes tuvieron influencia en el surgimiento y la vida de los hospitales.³⁰

En el último tercio del siglo XIX y primera década del siglo XX, tiempos de Porfirio Díaz (1830-1915), y después de guerras, conflictos internos e intervenciones extranjeras, hay un repunte hospitalario.³¹ Se fundaron otros hospitales y nosocomios para civiles, militares, mineros y ferrocarrileros, se pensó en darle rumbo y sentido a los hospitales, empezó la medicalización. Además algunas colonias extranjeras —españolas, inglesas, francesas y belgas— edificaron sus hospitales.³² Se crearon en la Ciudad de México los primeros hospitales con propósitos lucrativos y se construyeron nosocomios a base de pabellones, diferenciándose de los de tipo eclesiástico. Se impulsó un proyecto liberal-positivista, el cual se manifestaba como corriente empecinada en ganar una batalla contra los maltrechos hospitales que había en México.³³ En esos tiempos fueron inaugurados cinco hospitales importantes, a saber, el Hospital General y el manicomio “La

²⁹ Juan de Dios Peza, *La beneficencia en México*, México, imprenta Francisco Díaz de León, 1881, p. 121.

³⁰ Joaquín García Icazbalceta, Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección, México, 1864.

³¹ Juan María Rodríguez, “Breves Consideraciones sobre las condiciones higiénicas de las maternidades en general y deducciones relativas a la de México, presentadas por el que suscribe al Consejo Superior de Salubridad, obsequiando el mandato de su digno Presidente”, en *El Observador Médico*, t. V, núm. 7, 1 de noviembre de 1890.

³² Pablo Lorenzo Laguarda, *Historia de la beneficencia española en México*, México, El Libro Perfecto, 1951, pp. 193-387.

³³ Jesús Galindo y Villa, *Historia sumaria de la Ciudad de México*, México, Editorial Cultura, 1925, p. 37.

Castañeda” en la Ciudad de México; el General O’ Horan y el Asilo para Enfermos Mentales en Mérida, Yucatán, y el Hospital Porfirio Díaz en Chihuahua, su planeación y organización no fue ajeno a ideas de Europa.

De 1910 a 1920, en el episodio de la Revolución Mexicana, los hospitales se deterioran, surgen “hospitales de sangre” y los llamados de las “cruces”, esto es, Cruz Roja, Cruz Verde, Cruz Azul, Cruz Azul Solferino, Cruz Blanca Mexicana y Cruz Blanca Neutral, mismas que cubrían los sitios de combate que fueron inmuebles improvisados y muchas veces temporales.

Como dato cabe mencionar que antes de empezar la Revolución, México contaba con 213 hospitales: 17 en la Ciudad de México,³⁴ y los restantes 196, en los estados y territorios.³⁵

Las luchas intestinas impidieron continuar con la evolución hospitalaria del régimen porfirista, algunos nosocomios desaparecieron total o parcialmente. Las unidades hospitalarias estaban desorganizadas, su financiamiento era difícil, escaseaban los recursos, no había mantenimiento. Algunos fueron víctimas de saqueos, no se podía satisfacer la demanda de servicios médicos, los directores “iban y venían”, se improvisaban inmuebles para hospitalizar.

De 1910 a 1920 los hospitales en cuanto a su pertenencia (propiedad) eran públicos, privados, militares y empresariales. Los primeros en general eran para personas pobres, los segundos para gente “acomodada”, los terceros para elementos de la Secretaría de Guerra y Marina y los últimos para mineros, ferrocarrileros, azucareros, periodistas, etcétera.³⁶

Los movimientos de los grupos armados y poblacionales no fueron ajenos a brotes de fiebre amarilla, viruela y tifo. La enfermedad habitual en los hospitales fue el tifo. Gran parte de los mexicanos no

³⁴ José María Marroquí, *La Ciudad de México*, México, 1901-1903, p. 18.

³⁵ José Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia de la salubridad y asistencia en México*, t. III, 4 vols., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, p. 425.

³⁶ Guillermo Fajardo Ortiz, *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*, México, Asociación Mexicana de Hospitales-Sociedad Mexicana de Historia y filosofía de la Medicina, 1980, p 63.

tuvo acceso a los servicios hospitalarios por temor, distancia, falta de recursos o desconocimiento de su existencia.

En 1915 se presentó un escenario hospitalario interesante y diferente a pesar de los daños a las vías férreas y a los ferrocarriles. Algunos de los bandos en combate contaron con trenes “hospital” o trenes “sanitarios”, fueron una respuesta para atender heridos, sin embargo los triunfos médicos fueron “pírricos”.³⁷

Venustiano Carranza (1860-1920), jefe del Ejército Constitucionalista, no favoreció el financiamiento de los hospitales.³⁸ El 15 de enero de 1915 eliminó la Lotería Nacional, ya que en su opinión no cumplía su función social de ayudar a los más necesitados, la Lotería Nacional como institución favorecía económicamente a hospitales. Venustiano Carranza señaló que dicho organismo era una empresa de juego de azar, decisión errónea, ya que la Lotería Nacional apoyó en la Ciudad de México en esos años al Hospital General, al Hospital Juárez, al Hospital Homeopático y al manicomio “La Castañeda”.

Por otra parte, Carranza no era precisamente adicto al catolicismo, por lo que se limitaron las funciones de los hospitales identificados en alguna forma con esa práctica religiosa, su personal fue objeto de atropello y los inmuebles perdieron bienes.³⁹

En resumen, al inicio del siglo XIX los hospitales existentes provenían de tiempos coloniales. La Independencia, las guerras internas y las intervenciones extranjeras influyeron en que fueran deficientes. Al finalizar el siglo XIX y principios del XX hay un repunte hospitalario durante la época porfirista.⁴⁰

Entre 1910 y 1920, nuevamente los hospitales sufren carencias y desequilibrios y para suplir estos desajustes aparecen “hospitales de sangre”, la mayoría pertenecientes a las “cruces”.⁴¹

³⁷ Archivo Ferrocarriles Nacionales de México, “Hospitales”, México, 1900.

³⁸ Fajardo, *op. cit.*, p. 74.

³⁹ “Los enfermos comerán tortilla en lugar de pan”, *Renovador. Diario de Mañana*, México, 26 de junio de 1915.

⁴⁰ Guillermo Fajardo Ortiz G., *Del Hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México. 1521-2003*, México, Glaxo Smith Kline, 2003.

⁴¹ Fajardo, 1980, p. 52.

LA SALUD MENTAL EN MÉXICO ENTRE 1821 Y 1917

A principios del siglo XIX los principales establecimientos de atención a enfermos mentales eran el Hospital de San Hipólito y el Real Hospital del Divino Salvador, los cuales mantuvieron sus servicios hasta 1910 año en que se inauguró el Manicomio General conocido como “La Castañeda” por el lugar en donde se construyó.

En 1821, la orden de los Hipólitos fue suprimida por decreto de las Cortes españolas, fecha en que el Hospital de San Hipólito pasó a manos del Ayuntamiento, pero los religiosos exclaustrados continuaron con el cuidado de los enfermos hasta 1843, quedando después bajo el control gubernamental. El establecimiento pasó por varias situaciones que afectaron la atención de los enfermos, primero funcionó como cuartel. En 1842 Santa Anna vendió parte del Hospital y en 1846 se fundó ahí el Hospital Militar. De 1847 a 1850 fue Hospital Municipal y en 1848 se hicieron reparaciones y algunos anexos. En 1851 se estableció la Escuela de Medicina.

El 18 de julio de 1864, José María Andrade envió al emperador Maximiliano I, un informe sobre las lamentables condiciones del Hospital de San Hipólito, de las instalaciones, de la mala alimentación a los enfermos y de la vestimenta, pues carecía de presupuesto en comparación del Hospital del Divino Salvador.

Pero a pesar de esto surgen médicos importantes que se distinguieron por tratar de mejorar las condiciones de los enfermos como los médicos Miguel Alvarado, Luis Garrone, Juan N. Navarro y José Peón Contreras, quien fue el primer profesor de enfermedades mentales en la facultad de Medicina, cátedra que ocupó en mayo de 1897 y fue director de este manicomio.⁴²

En cuanto a los tratamientos, existen reportes de la utilización de sangrías por parte Luis Muñoz y Revilla (1875) como pasante de medicina, siendo las indicaciones para este procedimiento el tempera-

⁴² Guillermo Calderón Narváez, *Las enfermedades mentales en México*, México, Trillas, 2002, pp. 39-44; y Ulises A. de la Garza Valdés (coord.), *Patrimonio de la Beneficencia Pública. 150 años de asistencia social en México*, México, Secretaría de Salud-Lotería Nacional para la Asistencia Pública- Montepío Luz Saviñón-Sanofi Aventis, 2011.

mento “francamente sanguíneo, una constitución apoplética, en los individuos predispuestos por herencia y en aquéllos con congestiones cerebrales”. Se consideraba urgente en melancolía y en la locura paralítica. Rara vez se utilizaban para pacientes maniacos, pues se había observado que agotaban al sujeto y aumentaban el delirio.⁴³

La hidroterapia también se utilizó en San Hipólito, inclusive llegaron a sustituirse los antiguos baños por un sistema moderno. Las indicaciones eran la hipocondría, la histeria, la manía, la melancolía y la epilepsia, entre otras indicaciones. El estudio de la epilepsia también generó gran interés.⁴⁴

El Hospital del Divino Salvador o de la Canoa, para mujeres dementes, después de la expulsión de los jesuitas y que se extinguió la congregación, el patronato pasó también a manos del Estado, reformándose la casa y ampliándola (1800) con lo que las enfermas estaban en mejores condiciones y para 1824 se le concedieron las utilidades de una lotería, lo que se mantuvo hasta 1861.

Las instalaciones de este hospital eran adecuadas, con número suficiente de camas y las pacientes podían realizar algunos trabajos de acuerdo con su condición.

En el Hospital de la Canoa sobresalió la labor del doctor Miguel Alvarado, quién se consagró al estudio de los enfermos mentales y fue de los primeros médicos en México que desarrollaron esta área como especialidad. El doctor Alvarado instaló cuartos con luz azul y roja para los enfermos excitados y deprimidos respectivamente y dio los primeros pasos formales en el estudio de la medicina mental.⁴⁵

Desafortunadamente, para 1880 ambos hospitales cayeron en el abandono y se reportaron sucesos escandalosos en relación con los internos y su atención. Esto, aunado a la insistencia de los médicos de modernizar la atención a los enfermos mentales, dio inicio al primer

⁴³ Mariblanca Ramos de Viesca, “La sangría como recurso terapéutico en las enfermedades mentales en el México del siglo XIX”, en *Salud Mental*, 2002, pp. 53-58.

⁴⁴ Mariblanca Ramos de Viesca, “La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX”, en *Salud Mental*, 2000, pp. 41-46.

⁴⁵ Samuel Ramírez Moreno, *La asistencia psiquiátrica en México*, Congreso Internacional de Psiquiatría en París, 1950, México, s. p. i., 1950, pp 1-61; Germán Somolinos D’Ardois, *Historia de la psiquiatría en México*, Sepsetentas, 1976, pp. 123-148.

proyecto en 1881 para la construcción del nuevo manicomio general. Se integró una comisión formada por los doctores Eduardo Liceaga, Miguel Alvarado y José Govante, quienes consideraron la construcción de un solo hospital donde se instalarían pacientes de ambos sexos y el lugar que debería tener. Este proyecto pasó por numerosas revisiones, se buscaron los terrenos adecuados y se documentó con fuentes extranjeras como los cálculos hechos por el alienista francés Esquirol y por la Comisión de Asilos del Sena, donde se establecía cómo debía ser un manicomio. Para 1905 se establecería que el nuevo manicomio sería mixto, amplio, con pabellones y el terreno sería el que ocupara la Hacienda de la Castañeda. A principios de 1908 ya aprobado y revisado se le otorgó la concesión para su construcción al ingeniero Porfirio Díaz hijo y al Ingeniero Ignacio León de la Barra. El 1 de septiembre de 1910, el Presidente Porfirio Díaz inauguró el Manicomio General de la Castañeda, a donde se trasladaron los pacientes de los hospitales coloniales. El nuevo manicomio contaba con servicios bien organizados y de acuerdo con las más modernas clasificaciones nosográficas estando a la altura de los mejores del mundo. Al poco tiempo los conflictos sociales, el inicio de la Revolución Mexicana, el poco personal y el crecimiento de la población de pacientes deterioraron su función e imagen. Posteriormente surgiría una nueva generación de psiquiatras que transformarían y enriquecerían la psiquiatría mexicana.⁴⁶

LAS ENFERMEDADES

Al entrar México a la vida de una Nación independiente, sus gobiernos no pudieron dejar de ver los estragos que habían hecho las epidemias durante los años que duró la guerra de Independencia y los crecientes males que aquejaban a la población a raíz de la escasez de alimentos y el mal estado de muchos de los que se podían conseguir, a los movi-

⁴⁶ Mariblanca Ramos de Viesca y Carlos Viesca Treviño, “El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda”, en *Salud Mental*, 1998, pp. 19-25.

mientos de tropas y desplazamientos de población, a la insalubridad de villas y ciudades, así como a la falta de agua potable.

LAS FIEBRES MALIGNAS DE 1813

El recuerdo más inmediato es el de las fiebres malignas de 1813, mismas que tuvieron que ver con la gran mortandad que sufrieron las tropas de Morelos durante el sitio de Cuautla y la peor aún que hizo presa de los soldados de Calleja, cuando lograron entrar a la ciudad solamente para morir presas de la misma enfermedad.⁴⁷ En su momento se habló de *matlalzáhuatl*, término que para los médicos todavía entonces novohispano se refería sin lugar a dudas al tifo. Sin embargo, ya en 1811 se había presentado un brote epidémico identificado como “fiebre epidémica o endémica (lo que nos permite hablar de brot), remitente, pútrida, petequial y contagiosa”, el cual fue objeto de un pequeño tratado escrito por Anacleto Rodríguez Argüelles, un médico militar jubilado que gozaba de muy buena reputación profesional.⁴⁸ Se trató de un brote aislado o de las primeras manifestaciones de la epidemia que asolaría después a gran parte del territorio nacional, es algo difícil de precisar aunque todo apunta por esta última posibilidad. Pero el hecho es que para 1813 se había presentado con síntomas semejantes en buena parte del país, de modo que en agosto de ese año se apresuraban en Guadalajara a establecer la correspondiente Junta de Sanidad⁴⁹ y su Obispo, Juan Cruz, redactaba y repartía un impreso con instrucciones para realizar fumigaciones y acerca de las medidas que se debían de tomar.⁵⁰ En el mismo año hay varios testimonios de que la epidemia ya afectaba a la población de la

⁴⁷ Alicia Hernández Torres, “El sitio de Cuautla y las epidemias de 1813-1814”, en Enrique Florescano y Elsa Malvido (comps.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, t. II, 2 vols., México, IMSS, 1982, pp. 551-564; Lourdes Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México: el tifo y el cólera*, México, Siglo XXI, 1994, pp. 215-244.

⁴⁸ Anacleto Rodríguez Argüelles, *Tratado de la fiebre epidémica o endémica, remitente pútrida, petequial y contagiosa, observada en esta capital*, México, Mariano José de Zúñiga y Ontiveros, 1811.

⁴⁹ Reglamento de la Junta Superior de Sanidad de Guadalajara, agosto de 1813.

⁵⁰ Juan Cruz, *Instrucciones, fumigaciones y cartilla de la epidemia*, Guadalajara, en la Oficina de José Fruto Romero, 1813.

Ciudad de México, entre los cuales los más interesantes son la hoja publicada por Luis Montaña, nuestro primer profesor de clínica en el sentido moderno de la palabra, refiriendo el método de socorrer a los enfermos,⁵¹ y la descripción de la enfermedad hecha por Bernardo Moreno de Guzmán.⁵² Puebla también fue afectada y fue publicada una cartilla al respecto.⁵³ Todavía en 1817, Montaña publicaba un librito con avisos importantes sobre el *matlazáhuatl*, “calentura epidémica manchada que pasa a ser peste y que es frecuente en esta Nueva España...”⁵⁴ Las interpretaciones modernas acerca de la posible identificación de esta epidemia se han orientado hacia el tifo, fiebre manchada, petequial y que devino en pestilencia, es decir epidémica, como ya señalara Montaña, aunque Miguel Bustamante propuso la posibilidad de que no fuera solamente tifo, sino que se aunara a éste el paludismo existente en el Valle de México y a su conjunción con enfermedades de origen hídrico, tifoidea y disenterías, se le dieran las abigarradas características clínicas que tanto dieron a pensar a los médicos de entonces.⁵⁵ El caso es que en enero de 1814 se reportaba que sólo en la Ciudad de México habían fallecido 20,385 personas, lo que significaba una quinta parte de sus pobladores.

Viruela

Por otra parte circulaba, cada vez ofreciendo mayor confianza, la vacuna antivariolosa, traída a México por Francisco Xavier Balmis en 1804 y heroicamente preservada por Miguel Muñoz, a través de todas las contingencias de la guerra. La viruela había sido la enfermedad que, presente siempre, tenía severas recrudescencias epidémicas más o menos cada veinticinco años, es decir cuando la población nacida en

⁵¹ Luis Montaña, *Método de socorrer a los enfermos de esta epidemia*, México, Arizpe, 813.

⁵² Bernardo Moreno de Guzmán, *Descripción de la epidemia del día y modos de librarse de ella y sus recaídas*, México, Imp. Dña. María Fernández Jáuregui, 1813.

⁵³ Junta de Sanidad, *Cartilla o sea método sencillo de curar a los pobres de la epidemia, que en el presente año aflige a los habitantes de la Ciudad*, Puebla, Imp. de Pedro de la Rosa, 1813.

⁵⁴ Montaña, *op. cit.*

⁵⁵ Márquez, *op. cit.*, pp. 219-225; Bustamante, Miguel, “Cronología epidemiológica mexicana en el siglo XIX”, en Florescano, *op. cit.*, t. II, 1982, pp. 417-424.

ese lapso ya no contaba con la protección inmunológica que dejara la epidemia anterior. Los últimos años del siglo XVIII habían sido testigos de epidemias de gran intensidad y mortalidad, como fueron las de 1762, 1779 y 1797, que cobraron alrededor de 10,000 vidas cada una, solamente en la Ciudad de México. A pesar de que hubo un notable aumento de los casos en 1813 y 1814, conjuntándose con el tifo, las epidemias fueron disminuyendo en intensidad y ámbitos geográficos conforme mayor número de personas fueron vacunadas, dado que no en todos los estados la vacunación se llevó a cabo con la misma asiduidad y esmero y que la dificultad de acceso a muchas regiones impidió que fuera regularmente cubierto todo el ámbito del país. Brotes importantes que afectaron a la capital fueron los de 1829-1830 y 1840, el primero se originó en las costas del Golfo, en tanto que el segundo llegó del interior causando 2,878 defunciones en la ciudad, lo cual permitió que, en el entonces Distrito Federal, se obligara a las madres a dejar vacunar a sus hijos,⁵⁶ aunque la obligatoriedad de la vacunación en esa misma entidad sólo fue establecida a instancias del Consejo Superior de Salubridad en 1882 y para todo el país en 1903.

No obstante, todavía en 1884 la viruela era considerada como un problema endémico en todos los estados de la República y se habían presentado brotes epidémicos con preocupante regularidad. Orvañanos, en su *Geografía Médica de la República Mexicana* hacía notar que en los estados de Zacatecas, San Luis Potosí, Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, México, Puebla, Tlaxcala y el entonces Distrito Federal, era mayor la presencia y frecuencia de casos de viruela, pero las epidemias y brotes epidémicos se presentaron en otras entidades; por ejemplo, en 1828, 1829, 1845, 1849, 1867, 1869 los brotes se limitaron al estado de Oaxaca, en el cual también los hubo en 1853, 1854, 1857, 1864 a 1868, 1872 a 1883, aunque abarcando zonas más amplias, principalmente los estados de Guerrero, Chiapas, Hidalgo, Puebla, Veracruz y, con menor frecuencia, México y Jalisco; Sinaloa, Durango y Zacatecas tampoco quedaron exentos.⁵⁷ Un hecho ejemplar fue el mantenimiento

⁵⁶ Arturo Erosa Barbachano, “La viruela, desde la Independencia (1821) hasta la erradicación”, en *Gaceta Médica de México*, 1977, 12, pp. 560-562.

⁵⁷ Domingo Orvañanos, *Ensayo de geografía y climatología médica de la República Mexicana*, 2 vols. (texto y atlas), México, Secretaría de Fomento, 1889, pp. 147-148, mapas

en activo y los invaluable servicios prestados por la oficina de conservación de la vacuna, establecida a poco de que Francisco Xavier de Balmis trajera a México la linfa vacunal en 1804, a cuyo cargo estuvieron Miguel Muñoz, de su creación a su muerte en 1844, Luis Muñoz, de 1844 a 1872, le sucedieron Fernando Malanco, Joaquín Huici y Francisco Bernáldez, con quien el establecimiento ejerció sus funciones hasta 1920.⁵⁸

La vacuna de origen animal, con linfa de ternera, fue introducida aquí por Ángel Iglesias en 1866,⁵⁹ aunque no tuvo de inmediato la aceptación esperada, de modo que se ofrecieron las dos opciones, la de obtención de linfa brazo a brazo y la de ternera, mucho menos difundida. Se producía regularmente en las instalaciones del Consejo Superior de Salubridad en la Ciudad de México, siendo instalado un laboratorio a tal efecto en Mérida, Yucatán, en 1912, y otros al año siguiente en Guadalajara y Campeche. Esta vez a partir del centro del país, en 1915, en plena efervescencia revolucionaria, se desencadenó una fuerte epidemia que en el curso del año se extendió por toda la extensión de la costa del Golfo de México y a la Ciudad de México y estados circunvecinos. La respuesta de las autoridades sanitarias fue decisiva, pues en el Instituto Bacteriológico Nacional, en su tránsito para convertirse en el Instituto de Higiene, lo que sucedió hasta 1921, logró producir alrededor de 560 mil dosis de vacuna de enero a septiembre de 1916.

Fiebre amarilla

La fiebre amarilla urbana no era una enfermedad que existiera en el Nuevo Mundo antes de la llegada de los europeos, aunque en los libros del *Chilam Balam de Chumayel* y de *Tizimin* se habla de epidemias de vómito de sangre, *xekik*, en tiempos prehispánicos. Se considera actualmente la existencia de formas selváticas previas y el desarrollo de condiciones endémicas alrededor de ciudades en las costas, con brotes epidémicos relativamente frecuentes y de severidad variable, marcándo-

27 y 28 del atlas.

⁵⁸ Liceaga, 1949, p. 97.

⁵⁹ Ángel Iglesias, “Memoria sobre la vacuna animal”, en *Gaceta Médica de México*, 3, 1968, 179.

se así la clara presencia de fiebre amarilla urbana de la que se pensaba que había sido traída de África en los barcos que trasportaban esclavos negros. El hecho definitivo es que era un azote continuo y perfectamente identificado en las costas, en particular en las del golfo de México, siendo un serio inconveniente para el comercio con ultramar. Ya en el siglo XIX, complicando la situación epidemiológica, en 1814 murieron en Puebla, ictéricas, numerosas personas que llegaban de Veracruz, en donde desde 1800 se insistía constantemente en los peligros que significaba la presencia de vómito prieto en los alrededores del puerto. Es interesante señalar que todavía a fines del siglo XIX se podía hablar con propiedad de “enfermedades tifoideas”; es decir, semejantes al tifo, y se mencionaba entre las principales el tifo no epidémico y la fiebre amarilla, tifo amarillo o icterode. Juan Luis Chaubert llama la atención sobre esta enfermedad en 1821,⁶⁰ año en que hubo una epidemia en la recién fundada Altamira, Tamaulipas, e insiste en Veracruz en 1826, a raíz de un nuevo brote en Tuxpan, publicando varios artículos en el periódico *El Mercurio*, muchos él solo, otro con Leonardo Pérez, y más tarde con Casimiro Liceaga, en la Ciudad de México, en 1828.⁶¹ En términos de sanidad, esto se enmarca en un movimiento internacional iniciado en Marsella, cuyo fin era la reducción y de ser posible la anulación de las cuarentenas, so pretexto de los daños económicos que se derivaban de ellas. El resultado fue que se disminuyeran los plazos a una semana en lugar de los cuarenta días tradicionales y los gobiernos de los diferentes países establecieron lazaretos para mantener aisladas tripulaciones y pasajeros de los barcos provenientes de zonas endémicas, y se emprendieron campañas de saneamiento en pantanos y aguas estancadas aledañas a los puertos.⁶²

⁶⁰ Juan Luis Chabert, *Memoria sobre la fiebre amarilla*, México, s.p.i., 1821, reimpresso en 1822.

⁶¹ Juan Luis Chabert y Casimiro Liceaga, *Reflexiones médicas y observaciones sobre la fiebre amarilla*, México, Imprenta del Gobierno Supremo, 1828.

⁶² José López Sánchez, *Finlay. El hombre y la verdad científica*, La Habana, Cuba, 1987; Francois Delaporte, *Histoire de la fièvre jaune*, París, Payot, 1989, insiste en la prioridad de P. Manson sobre la consideración de vectores en la transmisión de enfermedades, pero no distingue que dicho autor habla de filarias y que Finlay se refiere expresamente al *aedes* y la fiebre amarilla.

Sin embargo, la fiebre amarilla siguió presente en las costas y puertos del litoral del golfo de México. En Tampico hubo un fuerte brote en 1843 y en 1858, se consigna que de Veracruz se extendió a los Tuxtlas y a Nautla, es decir, hacia el norte y hacia el sur. La costa del Pacífico estaba ya afectada en gran parte de su extensión en 1853.⁶³

Era ya tradición que las tropas llegadas de España y, después, los ejércitos invasores norteamericano, en 1847, y francés, en 1862 y los años sucesivos, sufrieran numerosas pérdidas apenas llegados a costas mexicanas y en su tránsito hacia los altiplanos. La tercera parte de la tropa del general Scott fue presa de la enfermedad a pesar de la prisa con que dejó Veracruz y buscó tierras más salobres, quedando muchos de ellos en el propio puerto, en Jalapa, Perote y Puebla. Los relatos de viajeros abundan en inquietantes noticias. Poinsett ya señalaba en 1822, en sus *Notas sobre México*, que “ninguna precaución ampara a los extraños [que arriban a Veracruz] contra esta fatal dolencia...” y anotaba con perspicacia que durante las épocas de “nortes” cejaba la enfermedad; Paul Duplessis pudo encontrar un cuarto gracias a que otro viajero pereció a causa de la fiebre amarilla cuando él estaba en la recepción del hotel.⁶⁴ Denis Jourdanet, médico francés que trabajó en las costas de Tabasco en los años cuarenta del siglo XIX y a quien se debe la primera obra en la que se trató ampliamente de la patología de las costas y los altiplanos mexicanos, dedicó un extenso capítulo a la fiebre amarilla, en la que la definió como una enfermedad miasmática, emanada de los pantanos en las horas siguientes al amanecer, lo que implicaba la posibilidad de tomar precauciones.⁶⁵ Los trabajos de Ignacio Alvarado en Veracruz, tanto sus artículos eslabonados a lo largo de veinte años como su libro *La fiebre amarilla en Veracruz*, publicado en 1897, en el cual reunió el conocimiento teórico acuñado hasta el momento como las recomendaciones prácticas derivadas de su experiencia

⁶³ Miguel Bustamante, *La fiebre amarilla en México y su origen en América*, México, s.p.i., 1958.

⁶⁴ Salvador Novo, *Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1964, pp. 61 y 104.

⁶⁵ Denis Jourdanet, *Du Mexique au point de vue de son influence sur la vie de l'homme*, Paris, J. B. Bailliére et fils, 1861, pp. 147-172.

en el manejo de los enfermos y las medidas sanitarias para prevenir el contagio, marca un hito en el tema.⁶⁶

Para fines del siglo, Veracruz y las zonas aledañas, Alvarado y Tlaxotalpan en especial, Campeche y Mérida, eran zonas claramente endémicas, situación mantenida por el flujo constante a ellas, de viajeros procedentes de regiones infestadas.⁶⁷ En 1880, se presentaron casos en Mazatlán y en 1883, tras la llegada del vapor *San Juan*, procedente de Panamá, el cual traía 33 enfermos, se desencadenó una epidemia que se extendió a La Paz, B. C.; Guaymas, Son.; Altata, Sin.; San Blas, Santiago Ixcuintla y Acaponeta, Nay.; Manzanillo, Col.; Acapulco, Gro.; Puerto Ángel y Salina Cruz, Oax.; Tonalá, Soconusco, Tapachula y San Benito, Chis. En 1885 repuntaría un brote en Tepic. En 1877, 1883 y 1890 los hubo en Tabasco, en donde sólo se registraba como endemia en la parte sur de su costa. Los brotes se autolimitaron a los poblados infectados a partir de los estados colindantes.⁶⁸ Sin embargo, en 1889 eran reportadas como zonas endémicas las costas de Veracruz, el sur de Tabasco, buena parte de Campeche y las de la península de Yucatán.⁶⁹ Para 1903, año sin epidemias, se reportaban 3,848 casos con 1,583 defunciones para todo el país.

En 1881, Carlos J. Finlay, en La Habana, describía el papel del *aedes aegypty* como vector de la fiebre amarilla, hecho confirmado y difundido tras los trabajos de Reed ya a finales del siglo. El descubrimiento del vector permitió la realización de campañas de erradicación encaminadas a eliminar los depósitos de aguas estancadas y al empleo de mosquiteros, promovidas y llevadas a cabo por Eduardo Liceaga desde el Consejo Superior de Salubridad, lográndose para 1913 la erradicación de la enfermedad de las costas mexicanas, aunque el flagelo regresaría a raíz de la llegada de barcos con enfermos durante la inva-

⁶⁶ Ignacio Alvarado, *La fiebre amarilla en Veracruz*, México, 1897.

⁶⁷ Carlos Heineman, “Estudios sobre la fiebre amarilla en la costa oriental de la República Mexicana”, en *Gaceta Médica de México*, XV, 1880, pp. 243-276.

⁶⁸ Adolfo Castañares, “Algunas consideraciones sobre la fiebre amarilla en el estado de Tabasco”, en *American Public Health Association*, Boston, XVIII, 1894, p. 253.

⁶⁹ Orvañanos, *op. cit.*, mapa 18.

sión norteamericana en Tampico y Veracruz y probablemente de casos aislados en el sureste, con el resultado de la epidemia de 1920.⁷⁰

Paludismo

El paludismo, conocido genéricamente como fiebres periódicas, fue una enfermedad endémica en todas las costas y zonas bajas mexicanas durante todo el siglo XIX y se afirmaba al finalizar éste que estaba presente en todos los estados del país a excepción de Aguascalientes y era claro que en invierno no se presentaban en las partes altas y tierras frías.⁷¹ Se habló de miasmas y efluvios de los pantanos y Jourdanet, en su estudio sobre las enfermedades imperantes en México, se refirió a los aires de los pantanos, en particular los del anochecer, como su causa directa.⁷² Orvañanos señalaba en 1889 que observaciones hechas en la capital hacían pensar que la enfermedad tenía un origen hídrico más que miasmático, lo que orientaba a una política dirigida a la obtención de aguas limpias, mostrando con ello que todavía en ese momento existían muchas elucubraciones acerca de las causas del mal. Sin embargo, el interés puesto en la desecación de pantanos y en la preparación y apertura de canales con agua corriente, marcaba ya un importante progreso en su control. Los hallazgos de Laverán, reconociendo el *plasmodium* como causa y estableciendo la existencia de un vector, fueron corroborados en México por vez primera por Antonio Matienzo en Tampico, demostrando el parásito en la sangre de los enfermos en 1892. Los de Ross, demostrando en aves su trasmisión, solamente fueron difundidos en 1898, marcando un giro en la atención sanitaria dirigida ahora a anular los criaderos de larvas.⁷³ El tratamiento de los enfermos con sulfato de quinina era bien conocido y ampliamente empleado desde tiempos novohispanos y se insistió en discutir y especificar sus indicaciones y formas de administración durante todo el siglo. Los trabajos de Uslar en 1838, Ignacio Erazo en 1858,

⁷⁰ Bustamante, Miguel, “La fiebre amarilla en México y su origen en América, resumen”, en Florescano, *op. cit.*, t. II, 1982, pp. 30-31.

⁷¹ Orvañanos, *op. cit.*, p. 106 y mapas 23 y 24 en el atlas.

⁷² Jourdanet, *op. cit.*, pp.131-135.

⁷³ Miguel Bustamante, “La situación epidemiológica en México en el siglo XIX”, en Florescano, *op. cit.*, t. II, p. 461.

Miguel Jiménez en 1875, Ladislao Ballina en 1882, José Terrés en 1893 y Ángel Gaviño en 1897 son muestra de ello.⁷⁴

Tifo

El tifo no se redujo a las fiebres de 1813. A lo largo del siglo XIX fue un flagelo que pesó continuamente sobre la población mexicana, en particular los pobres.

Con las constantes luchas intestinas y las invasiones armadas, el movimiento de tropas y desplazamiento de poblaciones fueron causa de brotes múltiples, sobre todo en la zona centro del país. No obstante fueron reportados brotes epidémicos casi año con año en diversos estados a lo largo de todo el siglo, por ejemplo, se presentaron epidemias en Zacatecas, en 1850 y 1851; en Guanajuato, en 1850, 1860, 1861, 1869, 1874 y 1876; en Oaxaca, en 1860, 1864, 1868, 1871, 1875 y anualmente de 1879 a 1873; en el entonces Distrito Federal, en 1861, 1865, 1866, 1875, 1876 y 1877, coincidiendo la primera de ellas con la entrada de las tropas del Gral. González Obregón a la capital, la segunda a las movilizaciones del ejército francés y la última a los movimientos militares consecutivos al levantamiento contra Lerdo de Tejada, otros más se presentaron en 1884 y 1893, año en que también habría un brote grave en San Luis Potosí, Zacatecas y Aguascalientes.⁷⁵ Durante la Revolución el tifo, que se había mantenido presente, había motivado concursos convocados por la Academia Nacional de Medicina que, dejada de lado la teoría de transmisión fecal, ofrecía en 1913 premiar a quien encontrara el germen causal. El hecho capital fue que al fin de esa década se comenzó a aplicar el combate contra los piojos

⁷⁴ Uslar, *Sulfato de quinina. Observación*, Periódico de la Academia de Medicina de México, 3, 1838, p. 63; Ignacio Erazo, “El sulfato de quinina en las calenturas intermitentes: discusiones y controversias”, en *La Unión Médica de México*, I, suplemento; Miguel Jiménez, “Intermitentes perniciosas”, en *Gaceta Médica de México*, 10, 1875, p. 121; Ladislao Ballina, “¿Por qué han aumentado en número e intensidad las fiebres paludeanas?”, en *Gaceta Médica de México*, 1882, pp. 352-413; José Terrés, “El paludismo en México”, en *Gaceta Médica de México*, 1893, pp. 252, 281, 326, 357, 389, 413 y 30, 1893, pp. 17, 49, 93, 135, 162, 198; Ángel Gaviño, “Observaciones sobre el paludismo”, en *Gaceta Médica de México*, 1897, pp. 126-131.

⁷⁵ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 97-99, mapa 22 del atlas.

una vez reconocido su papel, propuesto en 1909 por Charles Nicolle como vector de la *Rickettsia prowasekii*, llamada así en homenaje a Howard T. Ricketts, fallecido en la Ciudad de México en 1910, tras contagiarse al estar estudiando enfermos en busca de la identificación del agente causal.

Sarampión

El sarampión es una enfermedad llegada del Viejo Mundo a poco de la conquista. Su primera epidemia fue en 1531 y desde entonces quedó establecida como una enfermedad de los niños que, con relativa frecuencia, conlleva complicaciones que pueden llegar a ser mortales. No compartimos la opinión de Miguel Bustamante, quien sostuvo que dicha epidemia se trató de varicela y difiere la presencia de sarampión a la gran epidemia de 1576, la cual se piensa actualmente se trató de una fiebre hemorrágica viral.⁷⁶ De cualquier modo se mantuvo como una endemia que se manifestaba en niños pequeños que llegaban por primera vez a las escuelas. Hubo brotes epidémicos significativos en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, en los cuales no dejaron de aparecer durante todo el siglo.⁷⁷

Si bien los textos médicos hablan del sarampión como de una enfermedad relativamente benigna, abundan desde principios del siglo XIX textos que recomiendan diversos tratamientos y precauciones a tomar para evitar contagiarse o al menos librarse de las complicaciones. Destacan el *Método fácil y sencillo para conocer, distinguir y curar el sarampión*, publicado en Guadalajara en 1823 por José María Ilisaliturri, la *Breve exposición de la epidemia que está reinando en México y sus alrededores*, de Juan de Balenchana, Francisco Montes de Oca y Joaquín Piña y el *Método curativo de la calentura epidémica y Curación de la disentería y miserere que siguen al sarampión*, ambos de Miguel Muñoz y las recomendaciones de la Academia de Medicina Práctica de México, todos publicados en 1825. Abundan los edictos de autoridades civiles, como el de Melchor Múzquiz en la Ciudad de México y los de las Juntas de Puebla

⁷⁶ Miguel Bustamante, “Notas sobre enfermedades poshispánicas en México. El sarampión”, en *Gaceta Médica de México*, 1973.

⁷⁷ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 157-158, mapa 31 del atlas.

y de San Luis Potosí, disponiendo fondos para auxiliar a los enfermos carentes de recursos ante la epidemia de 1826. Pero no hubo medidas extraordinarias más allá de las que dictaba la caridad y los tratamientos se limitaron a cuidar las molestias oculares, principalmente evitando la exposición a la luz, las tisanas de borraja para favorecer la pronta erupción y el desenlace rápido y seguro hacia la curación y la aplicación de polvos con alcanfor buscando disminuir la comezón.

Tosferina

La tosferina es reportada como una enfermedad presente pero no muy común, clasificándose como esporádica. Los reportes recopilados por Orvañanos en 1889 señalan su máxima incidencia en Oaxaca y su práctica ausencia en Baja California, Sinaloa, Jalisco, Colima, Guerrero, Tabasco, Campeche y Yucatán, en este último exceptuadas las epidemias de 1867, 1881, 1882 y 1883. Sin embargo, se consignan varias epidemias, por ejemplo las de 1846 y 1860 en Chiapas; las de 1865, 1876, 1879, 1880 y 1881 en Oaxaca; las de 1880 en Chiapas, 1883 en Guerrero y 1884 en Chiapas, Oaxaca y México. Definitivamente era endémica en la mayor parte del país y se tenía clara su transmisión a través del aire en la proximidad de sujetos enfermos, lo que justifica plenamente la inclusión de medidas preventivas de “enfermedades contagiosas de los niños” a partir de las resoluciones del Congreso Higiénico Pedagógico de 1882.⁷⁸

Cólera

La aparición del cólera en 1833 vino a abrir perspectivas sombrías. Resultado de una pandemia que surgió en la India en 1817, para llegar a Polonia en 1831, a Alemania y Francia para 1832 y de allí al Nuevo Mundo, a Quebec en junio de ese mismo año y una quincena después a Nueva York. Fue esta una primera pandemia de esta enfermedad antes limitada. A México entró por Tampico y Progreso y pronto cundió por Tamaulipas, Veracruz y Yucatán y no tardó en aparecer en todo el

⁷⁸ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 103-104, mapas 34 y 35 del atlas.

centro del país. Solamente en la capital murieron 14,000 personas. En Guadalajara, donde la epidemia hizo estragos entre julio y septiembre, a mediados de agosto hubo alrededor de 200 muertos al día, afectando prioritariamente a adultos entre 21 y 45 años de edad.⁷⁹

Una segunda pandemia llegó a nuestro país en 1849, esta vez por Nueva Orleans, y estallaría en la capital en 1850, con el primer caso el 17 de mayo. Se expandió por todo el país, excepto Tabasco, Campeche y Yucatán en el sureste y Coahuila y Nuevo León en el norte. Esta vez fueron 9,269 los muertos en la Ciudad de México, 11,905 en el estado de Guanajuato, 1,288 en la ciudad de Zacatecas, 1,254 en Aguascalientes y 1,304 en Querétaro. Una tercera, originada en Silesia, se difundió a partir de abril de 1854 vía Nueva York, aunque algunos autores consideran que no fue sino la exacerbación de los casos endémicos que quedaron de la pandemia anterior.⁸⁰ Los últimos brotes sucedieron en Chiapas, Tabasco y las zonas al este de Oaxaca en 1882 y 1883. Para 1910, Eduardo Liceaga señalaba que las medidas de instalación de lazaretos, la inspección de los barcos procedentes de zonas infestadas, el aislamiento de casos y el conocimiento del germen causal y sus mecanismos de transmisión, habían permitido mantener libre del cólera a la República Mexicana, situación que se mantendría hasta la última década del siglo xx.⁸¹

Difteria

La difteria hizo su aparición en México en 1865. Todas las fuentes de la época coinciden en que la enfermedad era conocida en México solamente a través de la bibliografía médica que llegaba de Europa. Fue en ese año cuando Lucio reporta haber atendido uno de los primeros casos. Se habló en su momento de la difusión de la enfermedad por medio de los movimientos de las tropas francesas invasoras y se relacio-

⁷⁹ Lilia Oliver, “La pandemia del cólera morbus. El caso de Guadalajara en 1833”, en Florescano, *op. cit.*, t. II, pp. 565-580.

⁸⁰ Martínez y Martínez, *op. cit.*, pp. 244-248.

⁸¹ Eduardo Liceaga, “Conferencia del señor Presidente del Consejo Superior de Salubridad sobre el cólera”, en *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3a. época, XVI, 1910, pp. 166-180.

nó con equinos enfermos. Desde un principio afectó particularmente a los niños, siendo excepcional que se diera en adultos y más aún en ancianos.⁸²

Peste bubónica

La peste bubónica fue una enfermedad desconocida en México hasta fines del siglo XIX. La posibilidad de que el *huey cocoliztle* de 1576 lo fuera ha quedado descartada ante los hallazgos relacionados con las fiebres hemorrágicas de origen viral hechos en el último cuarto de siglo y el análisis del curso de la epidemia y su distribución geográfica.⁸³ El primer brote consignado fue en Mazatlán, Sinaloa, y tuvo como punto de partida la llegada del *Cwrazao*, navío procedente de China, el 13 de octubre de 1892. Siete días después aparecieron los primeros casos. El segundo y último brote consignado se dio en el mismo puerto de diciembre de 1902 a abril de 1903, habiéndose presentado el último caso el 17 de marzo en el puerto y uno más en mayo procedente de Siqueros, población cercana. La presencia de adenitis en ingles, axilas y cuello y su tendencia a la supuración permitió la identificación de la enfermedad. Esta vez el brote fue más severo, pues a pesar de haberse aislado a los enfermos y sospechosos de contacto en el lazareto instalado en la isla de Belvedere, se reportaron 738 casos con 529 defunciones. Sin embargo, la creación de una Junta de Caridad destinada a combatir la epidemia, la cual fue eficazmente coordinada por Martiriano Carbajal, como representante local, y por Octaviano Fabela, por parte del Consejo Superior de Salubridad, permitió reunir fondos y la toma inmediata de las medidas establecidas en la segunda Convención

⁸² Álvarez, *et al.*, *op. cit.*, t. I, pp. 275-276; José G. Lobato, “Crup. Apreciaciones que por la naturaleza de la enfermedad constituyen indicaciones para la traqueotomía”, en *Gaceta Médica de México*, 7, 1872, pp. 38-436; Ramírez de Arellano, J., “Apuntes sobre el crup en la Ciudad de México y medidas profilácticas para impedir su desarrollo”, en *Salubridad Pública*, XVIII, 1894, pp. 83-84.

⁸³ Elsa Malvido y Carlos Viesca, “La epidemia de cocoliztli de 1576”, *Historias*, INAH, 11, 1985, pp. 27-33; Carlos Viesca, *El cocoliztle de 1576-1580. Algunas consideraciones de geografía histórica*. X Reunión de historiadores mexicanos, estadounidenses y canadienses, Fort Worth, Texas, noviembre de 1999; Carlos Viesca, *Las epidemias del siglo XVI. El caso del cocoliztle*, Conferencia Magistral, Seminario Institucional Ciencia y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 5 de noviembre de 2004.

Sanitaria Internacional Panamericana en 1901: el establecimiento de un riguroso cerco sanitario, la desinfección, la quema de muebles y ropa que pudieran estar contaminados, el aislamiento ya referido y la aplicación de las recién logradas vacunas de Haffkine y Besredka a más de 20,000 personas, pudieron controlar el brote e impedir que la peste se propagara.⁸⁴

Influenza

Se registraron brotes epidémicos de influenza en el invierno de 1805 a 1806, reapareciendo a fines de ese año. En mayo de 1826 tuvo inicio este brote manteniéndose activo hasta noviembre y llegando hasta Yucatán. En julio de 1836 tuvo inicio otra epidemia, esta vez relacionada con la segunda pandemia registrada en tiempos modernos, lo que permite asumir que pudiera tratarse de un virus A-H1N1, como ha sucedido en epidemias con estas características registradas desde inicios del siglo XVIII a la actualidad. Una nueva epidemia que estuvo presente en todo el país ocurrió en 1890, correspondiendo ahora a la cuarta pandemia mundial. El siguiente y aterrador episodio correspondería a la llamada gripe española que causó gran mortalidad en 1918.

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad presente en México desde tiempos prehispánicos. En el siglo XIX constituía un problema severo de salud pública. Endémica, se incrementó conforme aumentaba el flujo de población hacia los centros urbanos y se desarrollaron condiciones de vida carentes de higiene y apiñamientos en viviendas pequeñas, en donde el contagio era cosa de todos los días. Liceaga insistía en sus *Recuerdos de otros tiempos* que hasta 1874 era considerada una enfermedad incurable. Extracto de quina, estriquina y arsenatos fueron tratamientos novedosos en su momento, aunados a vejigatorios y paseos en el campo o en el bosque de Chapultepec en el caso de los habitantes de la Ciudad

⁸⁴ Martiniano Carbajal, *La peste de Sinaloa. Informe que la Junta de Caridad rinde a la nación sobre la epidemia y sus trabajos para combatirla*, Mazatlán, Imprenta y Encuadernación de Valadés y Cía., 1903.

de México. El descubrimiento del bacilo causal por Koch marcó un cambio en las aproximaciones al problema, intentándose el tratamiento con tuberculina, procediéndose al aislamiento de los enfermos y siendo incluida en la agenda gubernamental el proyecto de establecer dispensarios destinados a la detección temprana de casos y la construcción de sanatorios dedicados exclusivamente a enfermos tuberculosos, sin embargo, lo más importante es la toma de conciencia, en los últimos veinte años del siglo, de que se trata de una enfermedad “social”, dada su relación con la pobreza, la desnutrición, las malas condiciones higiénicas y la falta de educación.⁸⁵

Lepra

La lepra estaba presente en prácticamente todo el país, las grandes zonas endémicas eran tres: la primera, Sinaloa y la parte sur de Durango; la segunda, Guanajuato, Jalisco, la parte norte de Michoacán, el sur de Zacatecas, y San Luis Potosí, y la tercera el estado de Guerrero. El mantenimiento de leprosarios fue medida común y continuación de lo que se hacía desde el siglo XVI, siendo novedad la identificación hecha por Lucio y Ladislao de la Pascua, de la forma manchada de la enfermedad.⁸⁶ En un momento, identificado el *mycobacterium leprae* y tomándose en cuenta su parentesco con el tuberculoso, se intentó el tratamiento con tuberculina con resultados contradictorios.

Sífilis

Esta enfermedad continuó siendo objeto de atención y preocupación, siendo evidente el que es contagiosa, aunque el germen causal solamente se identificó hasta principios del siglo XX. El diagnóstico de formas terciarias de afección al sistema nervioso central corrió pares con lo que se lograba en Europa y abundaron los tratamientos mercuriales durante todo el periodo aquí abordado.

⁸⁵ Liceaga, 1949, pp. 109-119.

⁸⁶ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 53-60.

Las medidas de control se dirigieron fundamentalmente a la higiene sexual y al registro y control de las prostitutas.

OTRAS ENFERMEDADES
EPIDEMIOLÓGICAMENTE
SIGNIFICATIVAS

Ya a fines del siglo XIX se consideró el mal del pinto como un problema digno de ser tomado en cuenta y objeto de medidas de tratamiento y control, estudiándose su distribución geográfica y considerándose como posibilidades la humedad de las habitaciones, el tipo de alimentación y las picaduras de insectos.

Algo semejante sucedió con el bocio, al cual se consideró íntimamente unido al cretinismo desde mediados del siglo. Ya en los años noventa se consideró que era susceptible de tratamiento quirúrgico, aunque desde el punto de vista de la salud pública se le asoció con las aguas consumidas y se propuso que era causado por componentes minerales de las mismas. No obstante, se hablaba de que sólo afectaba a unos cuantos centenares de personas, comparándose este dato con lo acotado en Francia, en donde se hablaba de medio millón.⁸⁷

Ahora bien, no puede dejarse de tomar en cuenta que las principales causas de mortalidad seguían siendo enfermedades agudas, las neumonías y las enfermedades gastrointestinales en primer término.

POLÍTICAS DE SALUD

El estado se encontró con una población enferma y pobre que afectaba al desarrollo de la nueva nación por lo que se crearon las Juntas Provinciales de Sanidad en 1812, con la participación de los representantes de los cabildos municipales y eclesiásticos quienes promovieron los primeros decretos de salud en favor de la sociedad y en éstas recayó el cuidado de las condiciones sanitarias de las diferentes provincias que formaron el territorio nacional de ese momento.⁸⁸

⁸⁷ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 71-79.

⁸⁸ Álvarez, *et al.*, *op. cit.*, p. 437.

La importancia de las Juntas fue la elaboración de una cartilla, conteniendo los lineamientos de un método de tratamiento para curar a los pobres, por la aparición de diferentes epidemias en territorio nacional; fueron estas organizaciones las que tomaron la responsabilidad y dirección de la toma de medidas sanitarias en el país.

En los años posteriores no se generó un avance en la creación de una legislación de salud, únicamente se encaminaron los esfuerzos para detener las epidemias que atacaban a la población, especialmente la de las costas; y en el año de 1822 el Ministro del Interior, Lucas Alamán, informó que: “No se han manifestado grandes epidemias y que pese a haber encontrado algunas enfermedades con ese carácter, su maligna influencia se ha centrado a un pequeño distrito o han sido prontamente atajadas”.⁸⁹

Ante esta situación, el Ministro Alamán logró crear una monografía organizada de las características de los territorios y las condiciones por las que podían ser afectadas por diferentes enfermedades propias de las zonas; como los litorales costeros que estaban sujetos a más enfermedades por presentar un clima cálido, por lo cual se destinaron los esfuerzos de control de salud hacia esa zona, con la aplicación de una estrategia directa para mejorar la vida de la población.

En la discusión para la creación de la primera Constitución del Estado mexicano en 1824, no se plantearon políticas de salud, ya que todo giró en torno a la formación de una milicia seria, el pago del contingente de los estados a la Federación y la legislación para la nueva República.

Es importante señalar que en el año de 1841 nació el Consejo de Salubridad del Departamento de México, con la finalidad de vigilar el ejercicio autorizado de la medicina, aplicación de medidas preventivas y de emergencia en casos de calamidades naturales y epidemias.⁹⁰

La Constitución de 1857 no consideró en el marco legal una política de salud igualitaria para toda la República; ya que se respetaron los derechos de cada estado para que decidieran la aplicación de su legis-

⁸⁹ Carlos Viesca, *Medicina mexicana, dos siglos de historia 1810-2010*. México, Comarke-ting Editorial, 2011, p. 43

⁹⁰ Consejo de Salubridad General, *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, México, 2005, p. 34.

lación sanitaria; si bien el Consejo estaba autorizado para intervenir en caso de prevención y toma de medidas de emergencia por la aparición de epidemias, no contaba con la autoridad necesaria para trabajar en coordinación con los gobiernos locales.

En los años posteriores no se dieron grandes cambios, ni se tomaron decisiones importantes por parte del Ejecutivo y de los representantes de la Cámara para la creación de una legislación sanitaria, en parte por la movilidad política del país que se encontró reconstruyéndose después de dos intervenciones extranjeras y la lucha entre liberales y conservadores, sólo se dio pie en “1872 a sentar las bases para la formación las Juntas de Salubridad Estatales y Juntas de Sanidad en los Puertos. Las acciones de prevención y restauración de la salud se limitan a la expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos núcleos de población desprotegida”.⁹¹

En el último cuarto del siglo XIX, en el periodo conocido como Porfiriato, se dieron las grandes transformaciones en materia de salud; marcado por la influencia del positivismo dio un gran impulso para el desarrollo de la tendencia higienista en el país para la mejora de la salud de los más necesitados, para lo cual se reunieron médicos, abogados y maestros, entre otros profesionistas, en el Congreso Médico de 1876 y en el Segundo Congreso Médico efectuado en 1878, para discutir sobre los problemas relacionados con la salud pública y proponer la adopción de políticas sanitarias para la civilización del pueblo mexicano.⁹²

La higiene fue el centro de varias obras en el país como lo fue la construcción del Gran Canal del Desagüe del Valle de México, se buscó introducir a la población en la ideología higienista para lograr la reducción de mortandad y enfermedades de la clase pobre; y asimismo ser comparados con las grandes ciudades civilizadas de Europa; el principal representante de esta tendencia en nuestro país fue el Dr. Eduardo Liceaga, quien desde años atrás se encontraba en la lucha por

⁹¹ Francisco J. López Antuñaño, “Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud”, en *Salud Pública en México*, vol. 35, 1993, p. 438.

⁹² Enrique Aréchiga, “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*, núm. 33, enero-junio, 2007, p. 59.

la constitución de una política de salud para toda la República y a partir de 1885 hasta el año de 1914 fue el Director del Consejo Superior de Salubridad y contó con el apoyo total del Presidente Díaz para que, por medio de esta institución, se formularan las medidas necesarias en la construcción de una política de salubridad pública basada en la aplicación de una medicina científica y así encaminar a la Nación hacia la civilización y el progreso.

La obra del Consejo vio sus primeros frutos el 15 de julio de 1891, con la promulgación del primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, en el que se reunió todo lo relativo a la higiene; son estas medidas a las que se les puede señalar como la primera legislación de salubridad general para la Nación ya que éste se dividió en primer término en un título preliminar “Naturaleza y Organización del Servicio Sanitario”, que en sus primeros artículos cita:

Artículo 1o. Se instituye el servicio sanitario de los Estados Unidos Mexicanos para velar por la salubridad general e higiene pública del país.

Artículo 2o. En los términos de este Código el servicio sanitario es federal o local.

Artículo 3o. Compete la acción sanitaria federal:

I. Al jefe del Poder Ejecutivo de la Unión, en los términos del artículo 5o. de este código.⁹³

En esta primera parte se señaló la organización de los servicios sanitarios y la injerencia directa del Ejecutivo en la toma de decisiones sobre situaciones de salubridad, ya que se concedió autoridad al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios. El Código también constó de cuatro libros, divididos en:

- Libro Primero. Administración sanitaria general de la República
- Libro Segundo. Administración sanitaria local
- Libro Tercero. De las penas
- Libro Cuarto. Del procedimiento

⁹³ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, p. 367.

Posteriormente, en los años de 1894 y 1903, se publicaron versiones reformadas del Código en las que cada vez se concedía mayor autoridad al Consejo para la formación de leyes y acciones enfocadas a la mejora y cuidado de la salud, todavía no se lograba una centralización de la política sanitaria. La Federación tuvo la obligación sobre el control de enfermedades transmisibles, la vigilancia, promoción del saneamiento ambiental, el control de alimentos, bebidas y medicamentos, la educación para la salud; los gobiernos estatales tuvieron la responsabilidad en la organización de los servicios asistenciales, incluyendo consultorios y hospitales para la atención médica.⁹⁴

Al término del proceso revolucionario, con la redacción de la Constitución de 1917, es que se dio el marco legal a la legislación en salubridad cuando el doctor José María Rodríguez, Presidente del Consejo de Salubridad, propuso una modificación a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, en la cual se buscaba que la dirección de este Consejo quedara en manos del Presidente, sin la interferencia de ninguna secretaría de Estado y sus disposiciones generales fueran obligatorias en todo el país; creando también el Departamento de Salubridad con la obligación de “dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República”.⁹⁵

UN BALANCE SANITARIO

El balance de lo que es hoy en día salud pública y era entonces llamado higiene pública y de las acciones sanitarias emprendidas es sumamente interesante y de resultados positivos. En su *Geografía médica*, que como se ha visto data de 1889, Orvañanos ofrece un panorama sumamente amplio de lo que sucedía. En lo que se refiere a las enfermedades que causaban la mayor mortalidad para entonces, señala en primer término a “las fiebres continuas”, correspondientes a procesos infecciosos agudos, a las que se deben sumar las neumonías, que él con-

⁹⁴ Consejo de Salubridad General, *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, p. 37.

⁹⁵ Felipe Tena, *Leyes fundamentales de México 1808-1989*, México, Porrúa, 1989, p. 907.

signa por separado y ocupaban el primer lugar en Monclova, Coahuila, algunos distritos de Nuevo León, Sinaloa, Jalisco, Colima, Michoacán y casi todo Chiapas. Las fiebres intermitentes, palúdicas, predominaban en Sinaloa, sureste de Chihuahua, Tamaulipas en sus confines con Nuevo León, algunos municipios de Veracruz, Tabasco y Yucatán, así como de Colima y Oaxaca, siendo de hacerse notar que esto no significó la ausencia de paludismo, sino que la mortalidad que causaba era sobrepasada por las otras patologías infecciosas. La tuberculosis es señalada como primera causa de muerte en Sonora y Baja California Sur. Las otras causas principales de mortalidad consignadas, son las afecciones gastrointestinales y la viruela, además de las anteriores,⁹⁶ se puede destacar que todas ellas corresponden a enfermedades infecciosas y parasitarias y que otro tipo de patología no adquiriría para entonces el significado que posteriormente tendría. En una palabra, todavía no se iniciaba la transición epidemiológica que caracterizó al siglo xx. En la Ciudad de México se acotaban para fines del siglo xix, 66 por mil habitantes para la tuberculosis, habiéndose notado un aumento de 16.5/1,000, en los cincuenta años anteriores. El tifo estaba presente con 37/1,000, la tifoidea con 2.13, la erisipela con 11.8, la tosferina con 10.5, las neoplasias malignas con 11.3, siendo las más frecuentes el cáncer cervicouterino y el gástrico, la difteria con 9.3, las fiebres palúdicas con 9.1, la disenteria con 5.8; la viruela con 22.3, la escarlatina con 1.9 y el sarampión con 3.0, haciéndose notar que diez años atrás la viruela era causa de muerte en 74/1,000 habitantes. Se consignaban muertes por septicemia y piohemia, 2.9/1,000; “eclampsia infantil”, 37/1,000, tratando de referirse principalmente al tétanos neonatal, pero con lo que se agrupaban muertes en cuya historia clínica previa se destacaban convulsiones como síntoma predominante, notándose una disminución importante en las décadas que van del 1860 a fines de los ochentas, pues había sido de 63/1,000. Al tétanos, precisamente diagnosticado, se referían solo 0.8/1,000 de las muertes, siendo la meningitis causa de 29.3/1,000 y las hemorragias y “congestiones cerebrales” de 26.8/1,000.⁹⁷

⁹⁶ Orvañanos, *op. cit.*, mapa 43 del atlas.

⁹⁷ Orvañanos, *op. cit.*, Apéndice, promedio con relación a la mortalidad general, pp. 189-191.

Resulta claro que en el curso del siglo habían predominado enfermedades epidémicas del tipo del tifo durante los tiempos de conflictos bélicos, tanto internos como invasiones extranjeras, y que el resto del tiempo los mayores problemas eran derivados de enfermedades infectocontagiosas, las cuales durante casi todo el siglo habían sido consideradas sencillamente como contagiosas al no conocerse la teoría de los gérmenes antes de finales de la década de 1860. Por otra parte, la presencia de enfermedades epidémicas provenientes del extranjero, como es la peste bubónica y brotes de otras muchas, se relacionan claramente con el incremento del comercio internacional.

LA VISIÓN DE EDUARDO LICEAGA EN 1910

Liceaga, quien presidiera el Consejo Superior de Salubridad de 1885 a 1914, es indiscutiblemente uno de los más importantes forjadores de la salud pública y del sistema de atención de la salud del país. Como autoridad sanitaria responsable de las políticas públicas en el periodo final de la época aquí analizada, contó con la información y elementos para valorar lo que se había logrado a lo largo del siglo. Los cambios realizados y logros obtenidos en los últimos años del siglo se pueden sintetizar en la erradicación de la fiebre amarilla y prácticamente del paludismo en el país; la disminución notoria de la tuberculosis, lográndose que no aumentara en los centros de concentración de población y en las áreas industriales, como había sido el caso de casi todas las grandes ciudades europeas; la obligatoriedad de la vacuna antivariolosa aunada a la garantía de producción de linfa con calidad y en cantidad suficiente, principalmente de origen humano, pero también bovina; la introducción de la vacuna antirrábica y de los sueros antipestoso, antidiftérico y antitetánico, así como de la tuberculina, esta última con fallidas expectativas; la promulgación de un nuevo Código Sanitario en 1891, actualizando sus miras y posibilidades de acción en 1894 y 1902; el establecimiento de lazaretos en puertos de mar y en las fronteras terrestres, logrando que los aspectos de atención y protección de la salud fueran de incumbencia federal y no quedaran solamente al buen juicio de los gobiernos estatales; las medidas de control de epidemias y aislamiento de enfermos contagiosos en el ámbito de ciudades y po-

blados; la extensión de medidas de higiene y saneamiento de las zonas urbanas, con aprovisionamiento de agua potable, la construcción de atarjeas drenajes; así como el establecimiento de medidas sanitarias para rastros y control de alimentos.⁹⁸

En otros terrenos, el siglo trascendido había sido testigo primero de un fuerte impulso a la conservación de los hospitales heredados de la época colonial y, en el último cuarto del siglo XIX a la construcción de hospitales dotados de todos los elementos de atención apenas incorporados al conocimiento médico, con el Hospital General, las reformas al Hospital Juárez y el Manicomio General de la Castañeda en la Ciudad de México, y la construcción de toda una red de hospitales civiles en las capitales y principales ciudades de los estados.

Hospitales, leyes, reglamentos, campañas de sanidad, hoy de salud pública y establecimiento de políticas públicas dirigidas a mejorar la salud de los habitantes del país y dotarles de mejores condiciones de vida, fueron el fruto del trabajo y desvelos de médicos y autoridades durante este agitado periodo que va de 1821 a 1917.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

ALVARADO, Ignacio, *La fiebre amarilla en Veracruz*, México, 1897.

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

BASCH, Samuel, *Recuerdos de México. Memorias de médico ordinario del emperador Maximiliano, (1866 á 1867)*, México, 1870.

⁹⁸ Eduardo Liceaga, “Carta dirigida al doctor Manuel Cañas, Secretario del Consejo Superior de Salubridad, 16 de marzo de 1914”, en Fernando Martínez Cortés y Xóchitl Martínez Barbosa, *El Consejo Superior de Salubridad, rector de la Salud Pública en México*, México, Consejo de Salubridad General/Smith Kline/Beecham, 1997, pp. 272-273. Carlos Viesca, *El Dr. Eduardo Liceaga y la salud pública*, VII Conferencia de Historiadores Mexicanos y Norteamericanos, Oaxaca, UNAM y University of Connecticut, 25 de octubre de 1985; *idem*, “El último episodio de la pública del Dr. Eduardo Liceaga”, *Boletín Mexicano, de Historia y Filosofía de la Medicina*, XII, 1989; *idem*, *Eduardo Liceaga y su papel en la fundación de la OPS*, ponencia, La Habana, Cuba, 17 de febrero de 1994.

- BUSTAMANTE, Miguel, *La fiebre amarilla en México y su origen en América*, México, s. p. i., 1958.
- CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo, *Las enfermedades mentales en México*, México, Trillas, 2002.
- CARBAJAL, Martiniano, *La peste de Sinaloa. Informe que la Junta de Caridad rinde a la nación sobre la epidemia y sus trabajos para combatirla*, Mazatlán, Imprenta y Encuadernación de Valadés y Cía., 1903.
- CHABERT, Juan Luis, *Memoria sobre la fiebre amarilla*, México, s. p. i., 1821, reimpreso en 1822.
- y Liceaga, Casimiro, *Reflexiones médicas y observaciones sobre la fiebre amarilla*, México, Imprenta del Gobierno Supremo, 1828.
- Consejo de Salubridad General, *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, México, 2005.
- CRUZ, Juan, *Instrucciones, fumigaciones y cartilla de la epidemia*, Guadalajara, en la Oficina de José Fruto Romero, 1813.
- DE LA GARZA VALDÉS, Ulises A. (coord.), *Patrimonio de la Beneficencia Pública. 150 años de asistencia social en México*, México, Secretaría de Salud-Lotería Nacional para la Asistencia Pública-Montepío Luz Saviñón-Sanofi Aventis, 2011.
- DELAPORTE, Francois, *Histoire de la fièvre jaune*, Paris, Payot, 1989.
- FAJARDO ORTIZ, Guillermo, *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*, México, Asociación Mexicana de Hospitales-Sociedad Mexicana de Historia y filosofía de la Medicina, 1980.
- , *Del hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México. 1521-2003*, México, Glaxo Smith Kline, 2003.
- FERNÁNDEZ DE LIZARDI, José Joaquín. *El periquillo sarniento*, México, 1816.
- FLORES, Sonia y Sanfilippo, José, *Anastasio Bustamante y las Instituciones de Salubridad en el siglo XIX*, México, Facultad de Medicina, UNAM, 2009.
- FLORESCANO, Enrique y Malvido, Elsa (comps.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, 2 vols., México, IMSS, 1982.
- FRÍAS Y SOTO, Hilarión, *Rectificaciones a las memorias del médico ordinario del emperador Maximiliano*, México, 1880.
- GALINDO Y VILLA, Jesús, *Historia sumaria de la Ciudad de México*, México, Editorial Cultura, 1925.
- GARCÍA ICAZBALCETA, Joaquín, *Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección*, México, 1864.
- HEYER, H., *Memorias*, México, 1870.

- JOURDANET, Denis, *Du Mexique au point de vue de son influence sur la vie de l'homme*, Paris, J.B. Bailliére et fils, 1861.
- JUNTA DE SANIDAD, *Cartilla o sea método sencillo de curar a los pobres de la epidemia, que en el presente año aflige a los habitantes de la Ciudad*, Puebla, Imp. de Pedro de la Rosa, 1813.
- LAGUARTA, Pablo Lorenzo, *Historia de la Beneficencia Española en México*, México, El Libro Perfecto, 1951.
- LANNING, John Tate, *El Real Tribunal del Protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el imperio español*, México, UNAM, 1997.
- LICEAGA, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949 (manuscrito de 1920).
- LÓPEZ SÁNCHEZ, José, *Finlay. El hombre y la verdad científica*, La Habana, Cuba, 1987.
- LYON, George Francis, *Residencia en México, 1826. Diario de una gira con estancia en la República de México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984.
- MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México: el tifo y el cólera*, México, Siglo XXI, 1994.
- MARROQUÍ, José María, *La Ciudad de México*, México, 1901-1903.
- MARTÍNEZ CORTÉS, Fernando, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, Secretaría de Salud/Bristol Myers, 1993.
- , y Martínez Barbosa, Xóchitl, *El Consejo Superior de Salubridad, rector de la salud pública en México*, México, Consejo de Salubridad General/Smith Kline–Beecham, 1997.
- MONTAÑA, Luis, *Método de socorrer a los enfermos de esta epidemia*, México, Arizpe, 1813.
- , *Avisos importantes sobre el matlalzáhuatl, o calentura epidémica manchada que pasa a ser peste*, México, Imprenta de Mariano Zúñiga y Ontiveros, 1817.
- MORENO DE GUZMÁN, Bernardo, *Descripción de la epidemia del día y modos de librarse de ella y sus recaídas*, México, Imp. Dña. María Fernández Jáuregui, 1813.
- MURIEL, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*, México, Jus, 1956.
- NOVO, Salvador, *Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1964.
- ORVAÑANOS, Domingo, *Ensayo de geografía y climatología médica de la República Mexicana*, 2 vols. (texto y atlas), México, Secretaría de Fomento, 1889.

- OTERO, Miguel, *Tratamiento científico de la rabia ya declarada*, San Luis Potosí, Tipografía de M. Esquivel y Compañía, 1890.
- PEZA, Juan de Dios, *La Beneficencia en México*, México, imprenta Francisco Díaz de León, 1881.
- RAMÍREZ MORENO, Samuel, *La asistencia psiquiátrica en México*, Congreso Internacional de Psiquiatría en París, 1950, México, s. p. i., 1950.
- RAMOS DE VIESCA, Mariblanca, *La sangría como recurso terapéutico en las enfermedades mentales en el México del siglo XIX*, Salud Mental, 2002.
- , *La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX*, Salud Mental, 2000.
- y Viesca Treviño, Carlos, *El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda*, Salud Mental, 1998.
- RAMOS, Pedro, “Una visión comparativa entre el Protomedicato en España y en la Nueva España”, en Enrique Cárdenas de la Peña (coord.), *Temas médicos de la Nueva España*, s. p. i., 1992.
- RODRÍGUEZ ARGÜELLES, Anacleto, *Tratado de la fiebre epidémica o endémica, remitente pútrida, petequial y contagiosa, observada en esta capital*, México, Mariano José de Zúñiga y Ontiveros, 1811.
- RUIZ MEDINA, Manuel Ildefonso, *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*, México, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011.
- SIGERIST, Henry E., *On the Sociology of Medicine*, Nueva York, MD Publications, Inc., 1960.
- SILVA, M., *Libro (documentos) de Actas Médicas de 1882*, Hospital Juárez.
- SOMOLINOS D’ARDOIS, Germán, *Historia de la psiquiatría en México*, México, Sepsetentas, 1976.
- TENA RAMÍREZ, Felipe, *Leyes fundamentales de México 1808-1989*, México, Porrúa, 1989.
- , *Eduardo Liceaga y su papel en la fundación de la OPS*, ponencia, La Habana, Cuba, 17 de febrero de 1994.
- , *El Dr. Eduardo Liceaga y la salud pública*, VII Conferencia de Historiadores Mexicanos y Norteamericanos, Oaxaca, UNAM y University of Connecticut, 25 de octubre de 1985.
- , *El cocoliztle de 1576-1580. Algunas consideraciones de geografía histórica*. X Reunión de historiadores mexicanos, estadounidenses y canadienses, Fort Worth, Texas, noviembre de 1999.
- , *Las epidemias del siglo XVI. El caso del cocoliztle*, Conferencia Magistral, Seminario Institucional Ciencia y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 5 de noviembre de 2004.

———, *Medicina mexicana, dos siglos de historia 1810-2010*, México, Co-marketing Editorial, 2011.

Hemerográficas

- ARÉCHIGA, Enrique “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*, núm. 33, enero-junio, 2007.
- ARMENDÁRIZ, Eduardo, “Apuntes para el estudio terapéutico de algunas plantas medicinales. Trabajo leído en la Academia Nacional de Medicina, el 4 de diciembre de 1911”, en *Gaceta Médica de México*, t. 9, núm. 3, 1912
- BALLINA, Ladislao, “¿Por qué han aumentado en número e intensidad las fiebres paludeanas?”, en *Gaceta Médica de México*, 1882.
- BUSTAMANTE, Miguel, “Notas sobre enfermedades poshispánicas en México. El sarampión”, en *Gaceta Médica de México*, 1973.
- CASTAÑARES, Adolfo, “Algunas consideraciones sobre la fiebre amarilla en el estado de Tabasco”, *American Public Health Association*, Boston, XVIII, 1894.
- “Decreto de creación del Instituto Médico Nacional, Un decreto importante sobre la creación del Instituto Médico Nacional”, en *Gaceta Médica de México*, órgano de la Academia Nacional de Medicina de México, t. 24, núm. 1, 1889.
- “El Instituto Bacteriológico Nacional”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XXI, núm. 21, 15 de noviembre de 1906.
- ERAZO, Ignacio, “El sulfato de quinina en las calenturas intermitentes: discusiones y controversias”, en *La Unión Médica de México*, I, suplemento.
- EROSA BARBACHANO, Arturo, “La viruela, desde la Independencia (1821) hasta la erradicación”, en *Gaceta Médica de México*, 1977.
- FLORES, Sonia y Sanfilippo, José, “Anastasio Bustamante y las instituciones de salubridad en el siglo XIX”, en *Archivalia Médica*, Nueva Época, núm. 2, 1990; Facultad de Medicina, UNAM, 2009.
- GAVIÑO, Ángel, “Descripción del laboratorio de sueroterapia del Instituto Patológico Nacional”, en *Boletín del Instituto Patológico Nacional*, 2a. época, t. II, núm. 6, México, agosto de 1904.
- , “Observaciones sobre el paludismo”, en *Gaceta Médica de México*, 1897.
- HEINEMAN, Carlos, “Estudios sobre la fiebre amarilla en la costa oriental de la República Mexicana”, *Gaceta Médica de México*, XV, 1880.

- IGLESIAS, Ángel, “Memoria sobre la vacuna animal”, en *Gaceta Médica de México*, 3, 1968.
- “Informe que rinde al C. Ministro de Instrucción Pública de las labores llevadas a cabo en el Museo de Anatomía Patológica desde su fundación hasta la fecha y Proyecto de Reformas para su transformación en Instituto Anatómico-Patológico”, en *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, t. 4, núms. 9 y 10, México, mayo 1 y 15 de 1899.
- JIMÉNEZ, Miguel, “Intermitentes perniciosas”, en *Gaceta Médica de México*, 10, 1875.
- JUAN RODRÍGUEZ, María, “Breves Consideraciones sobre las condiciones higiénicas de las maternidades en general y deducciones relativas a la de México, presentadas por el que suscribe al Consejo Superior de Salubridad, obsequiando el mandato de su digno Presidente”, en *El Observador Médico*, t. V, núm. 7, 1 de noviembre de 1890.
- “Ley constitutiva del Instituto Patológico Nacional y del Instituto Bacteriológico Nacional”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XX, núm. 20, 31 de octubre de 1905.
- LICEAGA, Eduardo, “Las inoculaciones preventivas de la rabia en el Instituto del Consejo Superior de México”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XI, núm. 23, 1892.
- LOBATO, José G., “Crup. Apreciaciones que por la naturaleza de la enfermedad constituyen indicaciones para la traqueotomía”, en *Gaceta Médica de México*, 7, 1872.
- LÓPEZ ANTUÑANO, Francisco J. “Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud”, en *Salud Pública en México*, vol. 35, 1993.
- MALVIDO, Elsa y Viesca, Carlos, “La epidemia de cocoliztli de 1576”, *Historias*, INAH, 11, 1985.
- MARTÍNEZ BARBOSA, Xóchitl, “Inicios de la historia de la medicina en México: influencias y relaciones con el extranjero (1935-1960)”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 2011. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2011/hf111d.pdf>
- PRIEGO, Natalia, “El Instituto Bacteriológico Nacional y la lucha contra el tifo”, en *Ciencia*, revista de la Academia Mexicana de Ciencias, vol. 63, núm. 2, abril-junio 2012.
- RAMÍREZ DE ARELLANO, J., “Apuntes sobre el crup en la Ciudad de México y medidas profilácticas para impedir su desarrollo”, en *Salubridad Pública*, XVIII, 1894.
- SORIANO Y ESCOBEDO, Manuel, “Contribución a la estadística de la cirugía militar en México. Noticias estadísticas de los heridos que se asistieron

72 • ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA

en el Hospital Militar de San Luis Potosí y que se levantaron por las ambulancias del ejército en el ataque que sufrió aquella plaza el 1o de julio de 1872”, en *Gaceta médica de México*, México, 1873.

———, “Conferencia del señor Presidente del Consejo Superior de Salubridad sobre el cólera”, en *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3a. época, XVI, 1910.

TERRÉS, José, “El paludismo en México”, en *Gaceta Médica de México*, 1893.

USLAR, *Sulfato de quinina. Observación*, Periódico de la Academia de Medicina de Méjico, 3, 1838.

VIESCA, T. Carlos, “El último episodio de la pública del Dr. Eduardo Liceaga”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, XII, 1989.

Leyes, códigos y reglamentos

Estatuto Provisional del Imperio Mexicano, Imprenta de Andrade y Escalante, México, 1865.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley constitutiva del Instituto Patológico Nacional y del Instituto Bacteriológico Nacional.

Reglamento de la Junta Superior de Sanidad de Guadalajara, agosto de 1813.

Archivos

Archivo Ferrocarriles Nacionales de México.

Archivo General de la Nación.

