

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE HISTORIA
MAESTRÍA EN HISTORIA



POLÍTICAS PÚBLICAS, ENFERMEDADES Y PRÁCTICAS
EN TORNO A LA SALUD EN CULIACÁN, 1934-1955

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN HISTORIA

PRESENTA:
JESÚS Yael RAMÍREZ FÉLIX

DIRECTORES

FÉLIX BRITO RODRÍGUEZ

JUAN LUIS RÍOS TREVIÑO

FEBRERO 2024



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

UAS-Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial
Compartir Igual, 4.0 Internacional



ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICAS E IMÁGENES

Cuadros

Cuadro 1. Principales causas de muerte en México, 1922-1950.	71
Cuadro 2. Empresas farmacéuticas con más patentes de antibióticos registrados, 1944-1955.	80
Cuadro 3. Municipalidad y poblaciones en donde se ubicaban recintos dedicados al cuidado de la salud en la primera mitad del siglo XX	96
Cuadro 4. Sueldo del personal que trabajaba en el Hospital Civil en la década de 1930.	100
Cuadro 5. Ingresos por parte del donativo de la Lotería Nacional para los hospitales de Sinaloa, 1953.	105
Cuadro 6. Defunciones de niños menores de un año en Sinaloa, 1946-1950.	166
Cuadro 7. Porcentajes de niños fallecidos y nacidos vivos en Sinaloa, 1946-1950.	166
Cuadro 8. Principales causas de muerte de niños de 0 a 5 años de edad en Sinaloa, 1935-1955.	168
Cuadro 9. Principales causas de muerte de niños de 6 a 10 años de edad en Sinaloa, 1935-1955.	169

Gráficas

Gráfica 1. Cantidad de penicilina importada desde Estados Unidos, 1944-1953	81
Gráfica 2. Poliomiélitis en México, 1946-1960.	171
Gráfica 3. Incidencia de la poliomiélitis en la República Mexicana por entidades geográficas y por 100,000 habitantes. Promedio de 1950-1952.	172

Imágenes

Imagen 1. Mapa de Culiacán en el año de 1902.	45
Imagen 2. La plaza Constitución, 1910. Hoy llamada plaza Álvaro Obregón.	46
Imagen 3. Sesión de poderes municipales en Culiacán 1939.	47
Imagen 4. Culiacán. Calle Ángel Flores y Domingo Rubí, 1942.	48
Imagen 5. Mapa de Culiacán en la década de 1950.	49
Imagen 6. Impartición del primer curso de adiestramiento del Servicio de Higiene Rural, 1935.	70
Imagen 7. Hospital de enfermos tuberculosos. Ciudad de México.	74
Imagen 8. Personas que inauguraron el nuevo Hospital Civil del Estado el 16 de septiembre de 1932.	102
Imagen 9. Pasillos del Hospital Civil.	102
Imagen 10. Plan de Estudios de la Carrera de Profesor Normalista en el Colegio Civil Rosales para el año de 1935.	111

Imagen 11. El Diario de Culiacán, “La Necesidad de Vacunarse”, 1951.....	113
Imagen 12. Certificado de Buena Salud Municipal 1939.	132
Imagen 13. México. Grupos de estados según mortalidad infantil, 1950 y 1960.	164
Imagen 14. Colaboraciones. Poliomielitis y sarampión terribles enemigos de la infancia, 1950.....	173
Imagen 15. Respirador Iron Lung, “pulmón de acero”, 1930-1950.	175
Imagen 16. Cuide a su niño, 1951.....	179

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. DINÁMICAS POLÍTICAS, MODERNIDAD Y SALUD: UN ANÁLISIS HISTÓRICO.....	16
1.1. Introducción	16
1.2. El poder desde lo político	16
1.3. Historización de las políticas públicas	22
1.4. Modernidad, saberes y la opinión pública.....	30
1.5. Aspectos políticos y sociales sobre la salud en México a lo largo del tiempo, siglos XVI-XIX.....	39
1.6. Contexto social y político de Culiacán	44
1.7. Conclusión	50
CAPÍTULO 2. REVOLUCIÓN, POLÍTICA Y SALUD: TRANSFORMACIONES EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO (1910-1950)"	52
2.1. Introducción	52
2.2. Revolución, salud pública y la medicina	53
2.3. Política y salud en la primera década del México posrevolucionario	60
2.4. El cardenismo y la salud pública	67
2.4.1 Políticas y medidas contra la tuberculosis.....	69
2.4.2. Políticas y medidas contra el paludismo.....	75
2.5. Antibióticos, política y sociedad en las décadas de 1940-1950	77
2.6. Conclusión	85
CAPÍTULO 3. POLÍTICAS Y OPINIÓN PÚBLICA: SALUD E HIGIENE EN CULIACÁN, 1934-1955	86
3.1. Introducción	86
3.2. La salud pública desde el discurso político	87
3.3. La política hospitalaria en Culiacán y sus servicios	94
3.4. Estado, salud e higiene en la capital sinaloense	108
3.4.1. Educación higiénica y vacunación.....	109
3.4.2. Políticas y medidas de salud en contra del consumo de alcohol	114
3.4.3. Prostitución y enfermedades venéreas	119
3.4.4. Espacios públicos	125
3.4.5. Industria y establecimientos comerciales	130
3.5. Conclusión.....	138
CAPÍTULO 4. LA TRADICIÓN Y LA MODERNIDAD: LA PRÁCTICA MÉDICA Y LA SALUD EN CULIACÁN, 1934-1955.....	141

4.1. Introducción	141
4.2. Práctica médica, modernidad y tradición.....	142
4.2.1. Práctica médica en la ciudad	144
4.2.2. Práctica médica a las afueras de la ciudad	150
4.3. La cultura de la prevención y la salud familiar	158
4.4. Enfermedades y mortalidad infantil	162
4.5. El miedo a la poliomielitis.....	170
4.6. Entre las creencias y las recomendaciones	176
4.7. Conclusiones	183
CONCLUSIONES GENERALES.....	186
FUENTES.....	195

INTRODUCCIÓN

La salud es un tema primordial en la agenda política de todo gobierno, ya que, pese a las diferencias, los conflictos y las ideologías, es indispensable para el desarrollo social y el bienestar de un país. Este trabajo de investigación se titula *Políticas públicas, enfermedades y prácticas en torno a la salud en Culiacán, 1934-1955*. El objetivo es analizar y reflexionar las diferentes políticas públicas en materia de salud que tuvieron impacto en Culiacán; examinar los mecanismos aplicados a nivel nacional y local; las estrategias políticas y el papel de los médicos y los medios de información en la difusión de información vinculada con la salud, las enfermedades y el cuidado familiar, esto en contraposición con prácticas médicas tradicionales. Para lograr nuestro propósito general, fue indispensable establecer tres objetivos específicos, los cuales son los siguientes: 1) analizar las políticas públicas en relación con la salud, las enfermedades y las prácticas de higiene desde el siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX; 2) identificar y analizar las diferentes políticas públicas vinculadas con la salud, la higiene, el cuidado y el mejoramiento de la calidad de vida en la sociedad culiacanense; 3) aproximarnos a las dificultades que enfrentó la práctica de la medicina en Culiacán, los saberes y las creencias de los grupos sociales, especialmente de los sectores populares, así como las recomendaciones que se emitían en la prensa local en lo que se refiere a las curaciones y los padecimientos recurrentes en la población.

Debe precisarse que, para llegar a estos objetivos, se tuvo que recorrer un amplio camino de incertidumbre en donde, por momentos, la documentación, los múltiples planteamientos y las inquietudes nublaban un poco el panorama, además de la recurrente tendencia investigativa por querer abarcarlo todo. Al principio, se quiso ahondar en prácticas médicas contemporáneas a través de los testimonios orales de médicos que inauguraron ciertas técnicas en la entidad; posteriormente, surcó la idea de explorar la salud y las enfermedades típicas durante la primera mitad del siglo XX, ante la curiosidad que despertaron lecturas que se realizaron en el proceso. Con el asesoramiento que tuve por parte de mis directores poco a poco se moldeó la inquietud por analizar las políticas públicas, los mecanismos y los

conflictos sociales que tuvieron la aplicación de medidas, campañas y prácticas vinculadas con el bienestar, la salud, la prevención de enfermedades, así como las fisuras generadas por la práctica y el conocimiento médico en un punto muy específico del noroeste mexicano, una ciudad que vivió durante los años posrevolucionarios un crecimiento demográfico y espacial importante, que buscó insertarse en las discusiones políticas nacionales, ser partícipe de la transformación.

En este sentido, la hipótesis general que se planteó fue que entre 1934 y 1955, se llevaron a cabo un conjunto de políticas nacionales y estatales con la finalidad de cuidar y promover la salud de los mexicanos. Dichas políticas tuvieron un impacto importante en Culiacán, en sus instituciones de salud, motivo por el cual la autoridad local emprendió mecanismos para mejorar la limpieza en los espacios públicos, la obligatoriedad de certificaciones de higiene para quienes manejaran alimentos, así como la promoción de la intervención médica y la eliminación de algunas prácticas y creencias de curación tradicional que, a la luz de la modernidad médica, eran peligrosas para la salud individual y familiar. La concientización a través de la prensa local para informar sobre los beneficios de los progresos científicos, la introducción de nuevos métodos y la insistencia política por recurrir a la medicina moderna en sustitución de la medicina tradicional generó cierta resistencia en la población local. Aunque hubo dificultades, la política pública de salud tuvo éxitos significativos y contrastables con las políticas empleadas durante las décadas anteriores, mismas que se vieron reflejados en la llegada de personal de salud, las campañas de prevención de enfermedades y el recurso económico destinado a las instituciones de salud.

Las líneas de investigación a la que se inscribe este trabajo oscilan entre la historia de lo político y la historia social, pues al analizar las políticas de salud pública hablamos de un espacio donde confluyen no solo las decisiones que desde el poder se ejecutan, sino que en el proceso también nos aproxima a la forma en que las colectividades reaccionan, se resisten o adaptan dichos mecanismos a la vida diaria, o bien, cómo llegan a adherirlo como parte de su cultura. En palabras de Carmen Navarro, “abordar la realidad política desde la perspectiva de las políticas

públicas significa centrarse en los procesos por los que la maquinaria del Estado (entendido este como conjunto de instituciones políticas), en su interacción con el resto de actores, produce decisiones públicas [...], la gestión del sistema sanitario, la planificación de los sectores energéticos, la administración del sistema de educación, la organización de la defensa nacional”,¹ entre otros.

La lectura de una gran variedad de investigaciones a nivel nacional e internacional permitió identificar y establecer las vertientes de interés, además de que proporcionaron un panorama importante para delimitar la propuesta. Se pudo conocer, por ejemplo, que las preocupaciones por las enfermedades, la sanidad, las políticas de Estado y las prácticas médicas conforman un grueso temático que comenzó a tener un empuje significativo desde las últimas tres décadas del siglo XX, en donde historiadores, sociólogos y antropólogos como Alain Corbin, Michel Foucault, Bernard Stern, Erwin Ackerknecht, Roy Porter, Pilar León Sanz, Marcos Cueto, Diego Armus, Claudia Agostoni, Rosenda Aguilar, Adriana María Alzate, Ernesto Aréchiga, Ana María Carrillo, Laura Cházaro y Martha Eugenia Rodríguez han realizado importantes aportes historiográficos.² En conjunto, la reflexión de sus textos ayudó a mirar la política de salud, las enfermedades y las prácticas como elementos insertos en procesos socio-históricos con marcados puntos de irrupción

¹ Carmen Navarro, *El estudio de las políticas públicas*, RJUAM, núm. 17, 2008, p. 23.

² Cito como referencia algunos textos que leí. Pablo Scharagrodsky, “Entre la maternidad y la histeria. Medicina, prácticas corporales y feminidad en el Buenos Aires del fin de siglo XIX”, en: Pablo Scharagrodsky, *Gobernar es ejercitar. Fragmentos históricos de la educación física en Iberoamérica*, Buenos Aires, Prometeo, 2008. Alain Corbin, *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social, siglos XVIII-XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987. Michel Foucault, “Historia de la medicalización”, *Educación médica y salud*, vol. 11, núm. 1, 1977. Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Argentina, Siglo XXI Editores, 2004. Michel Foucault, *El orden del discurso*, Buenos Aires, FabulaTusQuets, 1999. Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, tomo I, México, Fondo de Cultura Económica, 2015. Michel Foucault, *La arqueología del saber*, Argentina, Siglo XXI Editores, 2002. Michel Foucault, *Medicina e historia. El pensamiento de Michel Foucault*, Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1978. Marcos Cueto, *La salud internacional y la guerra fría. Erradicación de la malaria en México, 1956-1971*, México, UNAM-IIH, 2013. Diego Armus, “¿Qué es la salud y la enfermedad?”, *Salud Colectiva*, 2010, núm. 6, pp. 5-10. Claudia Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de la prevención en México, 1870-1952*, México, UNAM-IIH-Instituto Mora, 2017. Rosenda Aguilar, “Los albores de la penicilina en México”, *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*, núm. 62, julio-diciembre, 2015.

y de continuidades, algunas veces más perceptibles que otras, pero que dan cuenta de la transformación y la permanencia tan característica en el pasar de los años.

Posteriormente, el análisis de las investigaciones como tesis, libros y artículos científicos sobre las enfermedades y la política de salud en los siglos XIX y XX, a nivel local, ayudaron a delimitar el problema de investigación. Pude observar que no son numerosos los autores que han examinado este tipo de temáticas, pero sus aportes son muy valiosos. Entre ellos destacan Félix Brito Rodríguez, Rafael Valdez Aguilar, Brianda Tamez, María de la Luz Reyes García y Refugio Lamarque. Al interior de sus trabajos se encuentra la preocupación por explorar la política de la salud estatal desde finales del siglo XIX hasta los últimos años del siglo XX, el protagonismo que tuvo la figura de la enfermera hasta su profesionalización, la participación de las instituciones de asistencia médica en la primera mitad del siglo XX, así como algunos apuntes reflexivos sobre las medidas para el bienestar y la salud en diferentes gobiernos.³

De esta manera se pudo constatar que hay vacíos importantes, huecos históricos explorados de manera muy general, ausencias significativas en cuanto a la continuidad y las características de un mecanismo político y otro, la relevancia que tenía para los gobiernos posicionar su discurso dentro de un esquema a favor de la salud, cuáles fueron las alternativas realizadas a nivel local para las campañas de vacunación, de prevención del alcoholismo, de las enfermedades venéreas y en los establecimientos comerciales donde se manejaban alimentos; las experiencias de los médicos y personal de salud en su práctica cotidiana, la resistencia que mantuvo la población ante las nuevas prácticas y saberes médicos, el funcionamiento de los hospitales, la medicina en las comunidades y los conflictos culturales con las creencias y tradiciones de curación y sanación.

³ María de la Luz Reyes García, *Las Instituciones de asistencia médico-social en Sinaloa durante los gobiernos posrevolucionarios (1920-1940)*, Sinaloa, tesis de maestría en historia, Facultad de Historia-UAS, 1998. Brianda Lizbeth Tamez Leyva, *Del oficio a la profesión: la formación de las enfermeras sinaloenses, 1877-1977*, Sinaloa, tesis de maestría en historia, Facultad de Historia-UAS, 2016. Rafael Valdez Aguilar, *Historia del Hospital Civil de Culiacán*, Sinaloa, Instituto Municipal de Cultura de Culiacán, 2007. Refugio Lamarque, *50 años de Salud pública en Sinaloa 1943-1993*, Culiacán, Coordinación General de Salud del Estado de Sinaloa, 2011. Félix Brito Rodríguez, *Estado, salud y sociedad en el Sinaloa posrevolucionario 1920-1950*, material inédito.

Dicho de esta manera, se observó que el problema de investigación se insertaba en una temporalidad muy compleja en donde el Estado tuvo que mantener un constante diálogo social, político y cultural para instituir nuevas prácticas y hábitos en los sectores populares.⁴

De la década de 1920 al año de 1955, Culiacán vivió cambios importantes en cuanto a la cuestión espacial y demográfica, en donde las ideas posrevolucionarias sobre el surgimiento de un nuevo ciudadano⁵ toman como principio la urgencia por generalizar los servicios de salud y evitar que enfermedades de antaño siguieran teniendo consecuencias significativas en los habitantes. Encontré singularidades en este arco temporal, en primer lugar, porque después de la etapa armada de la Revolución, la política de los años veinte en adelante tuvo marcadas connotaciones discursivas que reseñaban el bienestar social y económico como logros de personas sanas y trabajadoras. Así, la implementación de estrategias políticas para salvaguardar la salud tuvo mayor notoriedad e impacto, algo que se fortaleció en los años treinta, durante el cardenismo, cuando se instituyó la política del Estado benefactor y se aplicaron programas con un impacto social importante en las clases trabajadoras. En segundo lugar, porque coexiste un contexto internacional convulso, dos guerras que sacudieron y pusieron en conflicto la vida y el desarrollo, y que tuvo injerencia importante en la distribución de medicamentos. En tercer lugar, y en lo referente al momento en que concluye esta investigación, se observó que en los inicios de los años cincuenta había un punto de inflexión, ante la creación de un sistema de salud pública en donde la federación institucionaliza dicho servicio a partir de vínculos entre el Estado, el empleador y el trabajador. En este sentido, el año final de la investigación es 1955, pues fue el momento en que se crea el primer hospital perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social en Culiacán (por sus

⁴ “El Estado mexicano de los años veinte y los treinta no fue un Leviatán capaz de arrollar a la sociedad en interés de su proyecto singular. Fue una formación nueva, sometida a persistentes desafíos en un contexto de intensa movilización sociopolítica en torno de proyectos de conflicto”. Mary Kay Vaughan, *La política cultural en la revolución. Maestros, campesinos y escuelas en México 1920-1940*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001, p. 23.

⁵ *Ibíd.*, p. 7.

siglas IMSS), y que fue objeto de otro tipo de política, permitiendo un desarrollo distinto de la práctica médica y la salud.

Es necesario precisar que la política de salud pública tuvo un margen social muy amplio, es decir, concebía que todos los ciudadanos necesitaban beneficiarse de las tecnologías, de las especialidades y los medicamentos para poder tener una vida plena. No obstante, tanto a nivel nacional como al nivel local, los mecanismos aplicados estaban principalmente dirigidos a los sectores populares, las clases trabajadoras, campesinos y demás actores con una posición social y económica que los ubicaba como sujetos vulnerables a las inclemencias de las enfermedades, producto de la ignorancia, las condiciones de vida, la costumbre, hábitos y vicios, factores que, en la mentalidad y el saber de la época, se heredaban de una generación a otra. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que la política pública, las disposiciones y decisiones a las cuales se hará referencia en el transcurso de esta investigación fueron principalmente diseñadas para el beneficio de los sectores bajos de la sociedad, que para la época, representaba el mayor porcentaje de la población local y nacional.

Un conjunto de autores, conceptos y categorías fueron reflexionados para encausar teóricamente nuestro trabajo, siempre tomando como referencia las limitaciones, los alcances y las modulaciones que conlleva la aplicabilidad de presupuestos teóricos a la realidad y la experiencia humana. Así, tomamos como base la definición que hace Consuelo Córdoba Flores, quien sostiene que el estudio de las políticas públicas conlleva la atemporalidad propia de sus significados, incluyendo en esta a una variedad de acciones, decisiones, proyectos y mecanismos emprendidos desde el poder con impacto en uno o varios grupos sociales, bajo el argumento de que su aplicabilidad conlleva un fin positivo.

Se identificó la necesidad de dimensionar y abarcar otras aristas que surgen a partir del análisis de las políticas públicas de salud, como la irrupción que genera en la práctica, las técnicas y el quehacer de los especialistas de la salud, la influencia de conocimientos y saberes en determinados periodos, los conflictos que genera la medicina moderna con métodos de curación tradicionales, ante el avance de la

tecnificación científica. En este sentido, las lecturas de autores como Michel Foucault, Jünger Habermas, Thomas S. Kuhn, Gerald Jori, Pierre Bourdieu, Max Weber, Bolívar Echeverría y Norberto Bobbio fueron imprescindibles para construir un aparato teórico que tomara en cuenta los elementos antes señalados.

El recorrido metodológico y el análisis de fuentes abarcaron estrategias de investigación cualitativas y cuantitativas, así como una variedad de fuentes primarias y secundarias que fueron desde artículos, tesis y libros con información muy general, hasta libros e investigaciones especializadas. Entre los archivos, acervos y centros de documentación consultados a nivel local y nacional se encuentran el Archivo Histórico General del Estado de Sinaloa (AHGES), Archivo Histórico Municipal de Culiacán (AHMC), Centro Regional de Documentación Histórica y Científica (CREDHIC), Hemeroteca Nacional Digital de México (HNDM), Mapoteca Manuel Orozco y Berra, Colección Fotográfica Yáñez y Zazueta y la Antología Gráfica Sinaloense. En cada capítulo se siguió un recorrido técnico-metodológico en particular, por lo cual es necesario que la explicación de su contenido sea acompañada de las estrategias de investigación que se aplicaron.

El primer capítulo se titula *Dinámicas Políticas, Modernidad y Salud: Un Análisis Histórico*. Aquí se exponen los conceptos y planteamientos teóricos que sustentan a esta investigación, acompañado de un argumento que busca explicar históricamente el devenir de la política pública de la salud en Europa durante el siglo XIX y los primeros años del siglo XX, esto para dimensionar y ubicar el trayecto, la relevancia y las características que han conformado las medidas de salud en diferentes regímenes, así como para ubicar y contextualizar el desarrollo de estas políticas en México, desde los primeros años de conquista española hasta la turbulencia política y social del siglo XIX. Para esto, se analizó y examinó material bibliográfico, al identificar algunos autores que han abordado el fenómeno de la salud y las políticas públicas en México y el extranjero. En este sentido, se determinó conformar un capítulo en donde se expusiera y argumentara la contraposición de conceptos y categorías, acompañada de aspectos históricos, internacionales y nacionales sobre nuestro objeto de estudio.

El segundo capítulo se titula *Revolución, Política y Salud: Transformaciones en la Atención Médica en México (1910-1950)*, y aquí se detallan las políticas públicas y los mecanismos aplicados en relación con la salud y la higiene. La finalidad es explicar cómo fueron transformándose dichas medidas en el transcurrir del tiempo; puntualizar descuidos, omisiones y aciertos por parte de las autoridades federales y la vigilancia sanitaria, las complicaciones y los retos que tuvieron para concretar los mecanismos. Con esto, se pretende mostrar un panorama que implique examinar las iniciativas, los decretos y las leyes para mejorar la salud, y así aproximarnos un poco a sus particularidades, como la circulación de los medicamentos (legal e ilegal) y la regulación sobre los mismos.

Para su realización fue indispensable la lectura de los siguientes autores: Ana María Carrillo, Martha Eugenia Rodríguez, América Molina, Carlos Treviño, Flor Villeda, Nadia Rodríguez, Claudia Agostoni y Rogelio Godínez. A su vez, se consultó prensa nacional como *El Informador* (Guadalajara), el *Diario Oficial de la Federación*, el diario *Veracruz* (Veracruz) y el *Heraldo de México* (Ciudad de México); además de la consulta del *Código Sanitario* de 1926 y textos con registros estadísticos. En conjunto, estas fuentes permitieron ahondar en el impacto que tuvo la Revolución en la salud pública y la medicina, la perspectiva política de los primeros gobiernos posrevolucionarios de los años veinte en cuanto a la enfermedad, la mortalidad y el bienestar social; la política cardenista y el Estado de bienestar, particularmente en lo referente a las medidas en contra de la tuberculosis y el paludismo, así como los cambios sucedidos en los años cuarenta, como efecto de la Segunda Guerra Mundial.

El tercer capítulo se titula *Políticas y Opinión Pública: Salud e Higiene en Culiacán, 1934-1955*. El propósito es identificar y analizar las diferentes políticas públicas relacionadas con la salud, la higiene, el cuidado y el mejoramiento de la calidad de vida en la sociedad culiacanense, esto para comprender cuáles fueron los mecanismos que las autoridades estatales y municipales emprendieron para resolver las problemáticas existentes en cuanto a la construcción y mejoramiento de espacios hospitalarios, la concientización social para evitar contraer

padecimientos o enfermedades peligrosas, las acciones realizadas para que la higiene y el cuidado de los espacios públicos tuvieran efectos positivos, al igual que las normativas de higiene dirigidas hacia el sector comercial e industrial

Para su realización, fue indispensable la consulta de bibliografía e investigaciones locales como tesis, artículos y libros, principalmente; analizar y sistematizar la información para ir resolviendo las inquietudes, las preguntas y el objetivo. Así mismo, se examinaron y reflexionaron los informes de los gobernadores sinaloenses, desde los años treinta hasta el primer lustro de los años cincuenta; decretos y leyes identificados en el *Periódico Oficial del Estado de Sinaloa*, el *Código Sanitario*, *La Gaceta Médica* (órgano de la academia nacional de medicina), registros de las sesiones y acuerdos por el cabildo de Culiacán, información política y social identificada en el *Diario de Culiacán*, *La Opinión* y *El Demócrata Sinaloense*. Estas fuentes permitieron reflexionar sobre el peso discursivo que le daban los gobernadores al tema de salud, la política hospitalaria y sus servicios, las medidas locales a favor de la higiene, las críticas contra el alcoholismo y las libaciones, la prostitución y las enfermedades venéreas que generaba dicho oficio, así como la importancia de mantener limpios los espacios públicos.

El cuarto capítulo se titula *La Tradición y la Modernidad: La Práctica Médica y la Salud en Culiacán, 1934-1955*. El objetivo fue examinar las dificultades que tuvo la práctica de la medicina en Culiacán, los saberes y las creencias de los grupos sociales, especialmente de los sectores populares, así como las recomendaciones que se emitían en la prensa local en torno a las curaciones y los padecimientos que tenía la población de Culiacán. Aquí se logró dimensionar cómo la introducción de técnicas y conocimientos médicos tuvieron enfrentamientos importantes con la medicina tradicional, en un contexto donde médicos de otras partes del país llegaron a Culiacán con la intención de prestar sus servicios y así obtener sus títulos profesionales. Además, se expone un análisis sobre las recomendaciones médicas que se emitieron en la prensa local, pues los medios de información no solo contribuyeron en la concientización de los sectores populares para que adoptaran hábitos de higiene, sino que también para la promoción de la medicina preventiva.

Para la realización de este último capítulo, fue indispensable la lectura y análisis de tesis de médicos contemporáneos a la temporalidad en que se desarrolla la investigación; opiniones, sugerencias y recomendaciones emitidas en la prensa sobre métodos de prevención familiar, artículos y secciones en donde se plasmó la perspectiva de la salud promovida por el Estado. Así, se logró identificar tensiones entre la medicina moderna y los métodos de curación tradicionales hacia los infantes, así como los temores sociales que despertaban las enfermedades.

Todo lo expuesto en este trabajo es el resultado de un análisis objetivo y subjetivo de las fuentes. La crítica y la discusión serán la mejor ruta para que temáticas como esta puedan tener continuidad.

CAPÍTULO 1. DINÁMICAS POLÍTICAS, MODERNIDAD Y SALUD: UN ANÁLISIS HISTÓRICO

1.1. Introducción

Este capítulo tiene como objetivo analizar los conceptos que vertebran el planteamiento de esta investigación: poder, políticas públicas, saberes, modernidad y opinión pública. La finalidad es explicar la manera en que lo aplicaremos en este proyecto, así como la manera en que se articulan con nuestra problemática.

Con la intención de conocer establecer un marco conceptual que pueda encausarse a lo empírico, se examinan textos de sociólogos, politólogos, historiadores y filósofos como Norberto Bobbio, Laura Bergés Saura, Nicolás Maquiavelo, Max Weber, José López Fernández, José Elías Palti, Bertrand Russell, Consuelo Córdoba Flores, Luis F. Aguilar, José Luis Ramos Gorostiza, Jünger Habermas, Bolívar Echeverría, Michel Foucault, Teun A. Van Dijk y Pierre Bourdieu. Se acompaña este análisis con un recorrido histórico sobre las funciones, necesidades y urgencias que ha tenido el cuidado de la salud para los gobiernos; una reflexión sobre las percepciones sociales y los saberes científicos sobre las enfermedades entre los siglos XVIII y XIX; el papel que tuvo la prensa para modelar, prevenir, informar, alarmar y tergiversar sobre enfermedades comunes y potenciales.

Por último, se realiza un breve recuento sobre las políticas en materia de salud en México a lo largo del siglo XIX, esto al comprender que los mecanismos aplicados durante nuestra temporalidad es producto de un proceso de cambios y rupturas que se remontan a tiempo atrás, donde las guerras, las diferencias políticas y las transformaciones de los modelos de gobierno incidieron en la manera en que el Estado planeaba, organizaba y actuaba en materia de salud.

1.2. El poder desde lo político

Uno de los primeros retos a los que se enfrenta el historiador al momento de analizar el concepto de poder es el carácter multidimensional que conlleva, lo cual se dificulta aún más si le agregamos nuestra concepción actual de poder y la carga de

subjetivación,⁶ en donde influye el mismo contexto social, político, cultural y temporal en el que nos situamos. Debido a dicha variabilidad es necesario establecer parámetros que nos permitan encausar el uso que se le dará en este trabajo, y con ello, argumentar su aplicabilidad al momento de analizar las políticas públicas.

Si nos remitimos a la definición terminológica actual, obtenemos un panorama de diversas posibilidades aplicativas. De acuerdo con una de las más recientes ediciones del *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, existen cerca de veinte acepciones del concepto de poder, cada una con subvariantes. De ese total, siete son las más utilizadas, mismas que se vinculan con las siguientes situaciones.

1. Dominio, imperio o facultad y jurisdicción que alguien tiene para mandar o ejecutar algo;
2. Gobierno de algunas comunidades políticas.
3. Acto o instrumento en que consta la facultad que alguien da a otras personas para que en lugar suyo y representándolo pueda ejecutar algo.
4. Posesión actual o tendencia de algo.
5. Fuerza, vigor, capacidad, posibilidad, poderío.
6. Suprema potestad rectora y coactiva del Estado.
7. Uno de los poderes del Estado, que tiene la potestad para ejecutar y hacer ejecutar las leyes.⁷

De igual forma, es común encontrar vínculos entre el poder emanado de la divinidad, por ejemplo, aquel que se relaciona con la legitimidad de los gobernantes para representar el poder de Dios en la tierra, capaz de liderar un Estado, de interferir en las relaciones sociales e incluso de sanar enfermedades.⁸ Se encuentra también el poder asociado a la naturaleza, como una fuerza inconmensurable, imposible de

⁶ Sobre el concepto de subjetivación, Michel Foucault lo utiliza para “dar cuenta justamente del espacio subjetivo que tiene el sujeto frente a mecanismos de poder específicos [...] se refiere al proceso en el cual el sujeto explícitamente se construye a sí mismo frente a las condicionantes del entorno. La subjetivación implica la sensación de extrañeza del sujeto frente a los mecanismos de dominación, y su respuesta consciente o inconscientemente a ellas”. Andrés Roldán Tonioni, “Procesos de subjetivación (Foucault): el caso de Don Quijote de la Mancha”, *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 26, núm. 92, p. 133.

⁷ *Diccionario de la lengua española*, España, Real Academia Española, 2017, p. 6,952. Puede consultarse también en sitio en línea: <https://dle.rae.es/poder>. (Consultado el 10 de noviembre de 2022).

⁸ Un referente sobre esto es la obra de Marc Bloch sobre los reyes taumaturgos. La creencia de que los reyes ingleses y franceses tenían el poder para sanar la *adenitis tuberculosa* de los escrofulosos nos habla de esa potestad divina depositada en ellos. Marc Bloch, *Los reyes taumaturgos. Estudio sobre el carácter sobrenatural atribuido al poder real, particularmente en Francia e Inglaterra*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006, pp. 59-74.

controlar por medios humanos, y que responde a ciclos preestablecidos con la capacidad de devastar todo a su paso. En lo que respecta al poder, desde lo político, hace unos años se publicó el *Diccionario de Política*, bajo la dirección de Norberto Bobbio, Nicola Matteucci y Gianfranco Pasquino. El trabajo buscaba establecer un compendio de definiciones utilizadas en el ámbito jurídico-político. En dicho diccionario se señala que el poder es aquello que “designa la capacidad o posibilidad de obrar, de producir efectos, y puede ser referida tanto por individuos o grupos humanos”,⁹ quienes poseen costumbres y creencias que particularizan su percepción del poder. La relevancia de lo anterior es que se alude al poder político como una capacidad indiscutiblemente humana, en la lógica de que más allá de la orientación que tenga una ley, una medida o una normativa, necesita dos agentes fundamentales, un emisor y un receptor.¹⁰ Así, el poder implica la facultad de dirigir a través de órdenes imperativas que crean la relación mandato-obediencia.¹¹

Esto último nos lleva a reflexionar al poder como una herramienta de control tan arraigada en nuestra vida diaria que es prácticamente imperceptible. Nuestro sistema de ideas y hasta el sistema económico en el que nos encontramos están interferidos por reglas que se construyen desde el poder político. La manera en que se expresa va desde las leyes que rigen la venta de determinados artículos, los mecanismos publicitarios implementados en momentos de campañas políticas,¹² hasta la obligatoriedad de respetar normativas que moldean nuestras interacciones sociales. De ahí que César Camacho señale que el poder político se basa en la posibilidad de “ejercer la coacción, de usar la fuerza legal, lo cual equivale a la aplicación de la ley misma, pues ese poder político está juridificado”.¹³

⁹ Norberto Bobbio *Et. Al.*, *Diccionario de Política*, México, Siglo XXI Editores, 2015, p. 1190.

¹⁰ *Ibid.*, p. 1191.

¹¹ Norberto Bobbio, *El filósofo y la política*, México, Fondo de Cultura Económica, 1997, pp. 135-137.

¹² Laura Bergés Saura, “Poder político, económico y comunicativo en la sociedad neoliberal”, *Revista Latina de Comunicación social*, núm. 16, 2010, pp. 254-264.

¹³ Cesar Camacho brinda otras tres especificaciones importantes del poder visto desde lo económico, lo ideológico y lo militar: “1) El poder económico, que pertenece a los detentadores de los medios de producción, quienes disponen de la riqueza y negocian con ella, permitiéndoles determinar las leyes del mercado, y así influir en la voluntad de las personas, dado que éstas participan en ese mercado. 2) El poder ideológico, ejercido por quienes detentan los medios de comunicación o de propaganda política, por la Iglesia, etcétera, a partir de la difusión de sus ideas, pues la representación psicológica de éstas genera, indudablemente, conductas. 3) El poder militar, debido al control que tienen sobre

Ahora bien, se ha señalado que las reflexiones de Nicolás Maquiavelo tuvieron una influencia importante en el pensamiento occidental sobre la naturaleza del poder. En *El Príncipe*, se observa que Maquiavelo consideraba a la conservación del poder como el bastión principal que los reyes debían de proteger. Afirmaba que era indispensable mantener su legitimidad como gobernantes, encontrar soluciones efectivas a las diferentes situaciones que se presentaran para no dar cabida a la duda y la incertidumbre en los pueblos dominados. Maquiavelo también sostiene que el respeto al gobernante es fundamental para la conservación del poder, pues para él, el poder se establece a partir de una relación mando-obediencia. Puntualiza que los métodos para mantenerlo deben ser diplomáticos, ya que con ello se evita desestimaciones hacia la autoridad; por ello la necesidad de tener leyes que rijan la vida de las personas y de las sociedades. Sin embargo, Maquiavelo también considera necesario el empleo de la crueldad y el castigo para poder gobernar. Son dos elementos, señala, que no deben desaparecer, pues esto funge como un mecanismo de control para continuar perpetrando el poder cuando los otros métodos son insuficientes.¹⁴

Es necesario aclarar que la manera de entender el poder, en Maquiavelo, está supeditado a las circunstancias socio-históricas en que se desenvuelve como ser histórico. Vale la pena recordar que su contexto es el de las monarquías absolutistas, cuando el aparato político estaba liderado por actores cuya potestad no era consecuencia del consenso social, sino de la divinidad y la herencia. No obstante, la importancia de su aporte radica en las estrategias que planteó para que los gobernantes mantuvieran el poder. Con otras palabras, su percepción del poder se vincula a una relación mando-obediencia, donde deben establecerse leyes, pero que no debe desestimar el castigo como una herramienta de control cuando la situación lo ameritara.

las fuerzas armadas de un país, lo que permite a un hombre o un grupo de hombres lograr dominar la voluntad de los ciudadanos mediante el temor a la represión militar". Cesar Camacho, *El poder legislativo mexicano*, tomo I, México, gmespejo-Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018, p. 6.

¹⁴ Nicolás Maquiavelo, *El príncipe*, Venezuela, Fondo Editorial Hormiguero, 2010, pp. 90-121.

Desde una perspectiva sociológica, Max Weber señala que se debe de diferenciar entre poder y dominación, eliminar esa recurrencia tan generalizada para referirse a ellos como uno mismo. El poder, para Weber, “es la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aún contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad”. Mientras que la dominación establece la existencia de un orden legal, de un sistema que permite mandar a otros u otras.¹⁵ En este sentido, su planteamiento propone que se deben encontrar los hilos que construyen al poder, diferenciar entre dominación y autoridad, centrar el interés en la legitimidad tras el poder, es decir, “la coherencia entre las decisiones de poder y el sistema de valores de los que deben obedecerlas”.¹⁶

El concepto de poder es sociológicamente amorfo. Todas las cualidades imaginables de un hombre y toda suerte de constelaciones posibles pueden colocar a alguien en la posición de imponer su voluntad en una situación dada. El concepto de dominación tiene, por eso, que ser más preciso y sólo puede significar la probabilidad de que un mandato sea obedecido. El concepto de disciplina encierra el de una obediencia habitual por parte de las masas sin resistencia ni crítica.¹⁷

Se identifica que, para Max Weber, el poder se engloba en una relación mando-obediencia, al igual que lo planteaba Maquiavelo, pero da un peso substancial a la legitimidad como una parte necesaria para que el poder pueda configurarse y perpetuarse en las sociedades modernas que han transitado a sistemas más democráticos. Weber considera la legitimidad del poder como algo crucial, ya que esto es la base del perfecto funcionamiento de la política, y de no existir tal legitimidad, toda medida impuesta no tendría sentido para los grupos sociales a quienes se les impone una normativa o una ley, en el entendido de que no habría una noción de jerarquización convincente.

Cabe destacar que la legitimidad no es algo que surge por el simple hecho de que un individuo, una institución o un grupo social ostenten poder sobre otros, ya sea por herencia o por la existencia de un sistema que lo determine. En las sociedades

¹⁵ Max Weber, *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*, España, Fondo de Cultura Económica, 1964, pp. 43, 171; 695-701.

¹⁶ *Ibíd.*, p. 43.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 44.

modernas seculares, la legitimidad va de la mano con la construcción de los estados-nación y la lucha por la soberanía, entendiendo a este concepto como “un poder supremo e independiente, [...] un poder interno sobre la población y un poder externo frente a los demás.”¹⁸ Sobre el binomio poder-legitimidad, Bertrand Russell ha señalado que “la legitimidad aparece ceñido al del poder político; el poder aparece como un concepto cuantitativo que se puede definir como la producción de los efectos pretendidos. No se puede hablar de legitimidad sin hablar de poder, ni se puede hablar de poder sin hablar de política, dado que la política se define a sí misma a partir del ejercicio del poder”.¹⁹

Esta perspectiva binaria (poder-legitimidad) que se identifica en los aportes de Bertrand Russell ha sido problematizada por Elías Palti, quien sostiene que la legitimidad no se debe entender exclusivamente desde una concepción dual, pues para ello es necesario deconstruirla. Para él, la legitimidad obedece a los intereses de los grupos de poder -y no tanto al poder en sí mismo-, que se articula con la finalidad de distanciarse de modelos de legitimación pretéritos para después conformar otro de acuerdo a los nuevos propósitos de los grupos de poder. Señala también que esta legitimidad se ve en los discursos políticos, pues es ahí en donde las ideas se exponen, y es a partir de su deconstrucción es como se pueden identificar rupturas y continuidades en el tránsito de una legitimidad a otro.²⁰

¿Qué relación tiene el poder político y la legitimidad con nuestro estudio? ¿Por qué es indispensable problematizarlos y reflexionarlos para analizar las políticas públicas? Debe recordarse que nuestro trabajo de investigación está situado en un contexto sociopolítico en donde existe un Estado cuyo discurso de legitimación y poder se basaba en haber emergido de una coyuntura que había transformado estructuralmente al país. Es a través de ese poder político y esa legitimación como estos gobiernos se dieron a la tarea de iniciar una serie de transformaciones

¹⁸ José López Fernández, “El concepto de legitimidad en perspectiva histórica”, *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, núm. 18, 2009, p. 156.

¹⁹ Carlos Rúa Delgado, “La legitimidad en el ejercicio del poder político en el Estado Social de Derecho. Una revisión desde el caso colombiano”, *Revista Ius et Praxis*, año 19, núm. 2, 2013, p. 92. Bertrand Russell, *Power. A new social analysis*, Inglaterra, George Allen & Unwin, 2004, p. 35.

²⁰ José Elías Palti, *La invención de una legitimidad. Razón y retórica en el pensamiento mexicano del siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005, pp. 10-17.

económicas, sociales y culturales. Las políticas que se implementaban en materia de salud, entre 1934 y 1955, están estrictamente relacionadas con este momento histórico en donde se buscó eliminar hábitos y prácticas medicinales que no respondían al nuevo ideal de modernización científica y transformación social posrevolucionaria. Fue a través de las políticas públicas que los gobiernos nacionales y locales plantearon una ruta para mejorar la salud de la población.

1.3. Historización de las políticas públicas

En este trabajo retomamos el concepto de políticas públicas tomando en cuenta lo que señala Consuelo Córdoba Flores sobre la atemporalidad que conlleva su utilización. Esta autora sostiene que su terminología como tal puede ser empleada en diferentes contextos para referirse a lo mismo, sin caer en la imprecisión del anacronismo, pues “agrupa tanto acciones, decisiones y omisiones por parte de los distintos actores involucrados en los asuntos públicos”.²¹ En este sentido, y tomando en cuenta lo que han planteado Lawrence Mead, Luis Aguilar Villanueva, Laurence E. Lynn, Jean Claude Thoenig y Chandler y Plano, con políticas públicas nos referimos a proyectos, mecanismos y acciones emprendidas desde el poder gubernamental y sus diferentes niveles, quienes definen y seleccionan prioridades de interés público, o bien, de necesidades que se llegan a identificar.²² De igual forma, las políticas públicas pueden operar en un sentido viceversa, es decir, que los grupos sociales busquen colocar ciertas necesidades como una prioridad en la agenda política, ya sea en asuntos vinculados con la seguridad, el desempleo, la marginalidad o la salud.²³

Así dicho, “hablamos de un proceso realizado por las autoridades legítimamente electas para resolver necesidades mediante la utilización de recursos públicos”,²⁴ y

²¹ Consuelo Córdoba Flores, “Instituciones y políticas de salud pública en la ciudad de México de la colonia al porfiriato”, *Historiolo*, vol. 12, núm. 21, mayo-agosto, 2020, p. 100.

²² Julio Ponce Alberca y Jesús Ruíz (coords), *Historia y políticas públicas*, España, Editorial Comares, 2019, pp. 1-15.

²³ Luis Aguilar, *Política pública*, México, Siglo XXI Editores, 2012, pp. 61-70.

²⁴ Marcelo González Tachiquín, *El estudio de las políticas públicas: un acercamiento a la disciplina*, p. 109. Versión online:

con ello aliviar las dificultades nacionales y regionales. En esta investigación, son las problemáticas relacionadas con la salud en Culiacán, entre 1934 y 1955, que se remite a una etapa histórica conocida como Estado benefactor, la cual se define como aquel sistema económico, político y social que tuvo un protagonismo importante a raíz de la crisis de los años treinta, específicamente después de que concluyó la segunda guerra mundial. Mediante dicho sistema, diferentes países, incluido México, buscaron la solidaridad social para con ello corregir las injusticias del sistema económico, la desigualdad y así nivelar la balanza social.²⁵

No es inusual que las políticas públicas vinculadas con el mejoramiento de la salud colectiva estén dirigidas especialmente a los sectores populares, bajo el presupuesto de que la marginalidad y la pobreza propician condiciones de inmundicia e insalubridad, dando por hecho de que en las clases medias y altas las prácticas de higiene son mejores, o que tienen otras alternativas de salud que su condición económica les permite. Aunque existen trabajos en donde esta premisa no coincide del todo,²⁶ está claro que su solvencia económica hace que sus posibilidades de recibir atención médica sean mayores. En esta investigación entendemos a los conceptos de clase trabajadora y sectores populares en una misma dirección, es decir, que se refiere a obreros, jornaleros, artesanos y demás oficios o profesiones cuya remuneración los mantiene en una condición socioeconómica baja, con poco acceso a las novedades culturales, a la educación y al sistema de salud, o cuya posición en la estructura económica y política no representan una incidencia directa sobre su diseño.

Sobre la historicidad de las políticas públicas en relación con la salud de las personas, cabe señalar que este concepto se remonta al Estado Bismarckiano, cuando se analizaban la posibilidad de incluir la seguridad social como un elemento indispensable en la política alemana, como un mecanismo para favorecer la

<http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/qdiuris/cont/2/cnt/cnt6.pdf>. (Consultado el 16 de diciembre de 2022).

²⁵ Farge Collazos, "El Estado de bienestar", p. 45, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25913121005> (Consultado el 15 septiembre de 2022)

²⁶ Clara Lida, "¿Qué son las clases populares? Los modelos europeos frente al caso español en el siglo XIX", *Historia Social*, núm. 27, 1997, pp. 1-21.

unificación social ante el surgimiento de la nueva nación. El segundo Reich alemán adoptó el término *Wohlfahrtsstaat*, que significa Estado de bienestar, para referirse a un sistema de protección social generalizada que abarcara a las diferentes capas sociales, pero sobre todo a los grupos más desprotegidos. De acuerdo con Alfredo Sánchez Castañeda, el sistema Bismarckiano fue un referente en los modelos de seguridad social que surgieron en Europa a finales del siglo XIX y principios del XX, “en la medida que se basa en una relación bilateral: a cambio de una contribución versada por el asegurado, le es acordada una indemnización en caso de sufrir alguno de los riesgos cubiertos.”²⁷

Tres aspectos principales caracterizaron al modelo de Bismarck: el primero, una cobertura que dependía de la condición laboral del individuo; en segundo lugar, una financiación que dependiera de las contribuciones, principalmente del asegurado y del empleador; en tercer lugar, una administración que diferenciara los riesgos que se presentara en cada situación.²⁸

La construcción de un modelo nacional de salud se convirtió en un objetivo político en diferentes naciones europeas. Para el caso inglés, se observa que desde 1906 se había creado una Ley de indemnización para trabajadores en caso de presentar enfermedades que pusieran en riesgo su salud y que imposibilitaran su actividad laboral. Posteriormente, y ante los pocos alcances efectivos que tuvo la medida anterior, se propuso la creación de una comisión para la seguridad social y servicios a fines al cuidado de enfermos. Su principal tarea consistía en la realización de un análisis sobre los problemas que enfrentaban los trabajadores cuando presentaban alguna dificultad de salud, y que por dicho motivo no pudieran asistir a laborar. Con ello, se quería proponer soluciones que mejoraran los servicios de salud en las personas más vulnerables, pero también llegar a un acuerdo con los empleadores y evitar enemistades en la relación obrero-patrón. Del mismo modo, se quería garantizar el acceso a más medicamentos para solucionar los padecimientos más

²⁷ Alfredo Sánchez Castañeda, *La seguridad y la protección social en México: su necesaria reorganización*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2012, p. 8.

²⁸ *Ibíd.*, p. 15.

comunes en la población inglesa. En el año de 1941, el ministro Arthur Greenwood anunció la intención de crear un Comité Interdepartamental, mismo que fue anunciado en la Cámara de los Comunes, el 27 de enero de 1942.²⁹

Debe puntualizarse que esta búsqueda por generar un bienestar colectivo a partir de políticas diseñadas por el Estado surge en un momento donde los países europeos están altamente industrializados, y, por ende, más personas migraban a las ciudades con la esperanza de encontrar condiciones laborales más certeras que las que ofrecía el campo. Debido a este flujo poblacional y el crecimiento de las ciudades, enfermedades como la viruela, el cólera y la disentería se resentían aún más, ante las dificultades para mantener limpios los espacios públicos, brindar agua potable y eliminar fétidos olores que ponía en riesgo la salud de las personas. En palabras de José Luis Ramos Gorostiza, “el vertido incontrolado de residuos, el amontonamiento de basura y los problemas de garantía de abastecimiento de agua” eran cada vez más recurrentes en ciudades como Londres, Madrid y París.³⁰

Sobre el cólera y su impacto en la sociedad europea, esta fue de las enfermedades que más asechó a las ciudades del viejo continente, y que mayores retos representó para los países a lo largo del siglo XIX. Por ejemplo, en Londres se determinó que la población del extremo sur de la ciudad era la más proclive a manifestar cólera porque bebían agua directamente del Támesis, y en dicha zona el agua se encontraba altamente contaminada.

Basándose en el registro de las defunciones por cólera ocurridas entre 1848-49, Snow observó que los distritos de la zona sur de Londres concentraban la mayor cantidad de casos en términos absolutos y daban cuenta de la más alta tasa de mortalidad, muy superior a la del resto de la ciudad (8,0 y 2,4 defunciones por 1.000 habitantes, respectivamente). De igual forma, observó que los habitantes de la zona sur de Londres obtenían agua para beber río abajo del Támesis, lugar donde las aguas estaban altamente contaminadas, a diferencia de los habitantes de las demás zonas de Londres, quienes la

²⁹ *Ibíd.*, p. 16.

³⁰ José Luis Ramos Gorostiza, “Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español”, *Revista de Historia Industrial*, año XXIII, núm. 55, 2014, p. 15.

obtenían de sectores menos contaminado, aguas arriba del mismo o de sus tributarios.³¹

La necesidad de crear un sistema de protección a la salud a partir de la intervención del Estado adquirió relevancia, debido el desgaste de los obreros en las fábricas, por las extenuantes jornadas laborales que potencializaban la aparición de enfermedades, lo cual tenía un impacto en las instituciones de salud, pues eran insuficientes ante la problemática, y que se reflejó en la alta tasa de mortalidad de ciudades como París y Londres.³²

La capacidad de movilidad de los grupos humanos de finales del siglo XIX y las grandes olas migratorias que se efectuaron a principios del siglo XX redistribuyó la población mundial. Como efecto de este flujo, -y ante las transformaciones que se vivían en los países de mayor desarrollo económico-, se necesitaron nuevas políticas públicas en función de generar un ambiente idóneo para el trabajador, y que la productividad capitalista continuara su curso. Así pasó en Estados Unidos, quienes desde ese momento se mostraron como el país que más migrantes cobijaba,³³ esto con la finalidad de incluirlos en su estructura laboral y tener mano de obra para los diferentes sectores productivos.

A diferencia de países europeos, el cuidado de la salud de los grupos más vulnerables se daba, en un principio, por asociaciones filantrópicas y privadas, y no tanto con recurso público. Debido al aumento de desempleo a comienzos del siglo XX y la posterior crisis económica de 1929, los gobiernos locales norteamericanos empezaron a adoptar medidas de protección “como la creación de albergues para los miserables (*almshouses*), lo que incrementó los gastos sociales y la reivindicación de un nuevo tratamiento de las demandas sociales por parte del sector público”.³⁴

³¹ Jaime Cerda y Gonzalo Valdivia, *John Snow*, “la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna”, *Revista Chilena de Infectología*, vol. 24, núm. 4, 2007, p. 332.

³² *Ibid.*, p. 332.

³³ Sobre las oleadas de migración de Europa y Asia hacia América puede consultarse: Patricia Galeana (coord.), *Historia comparada de las migraciones en las Américas*, México, UNAMIPGE-IIJ, 2014.

³⁴ Trajano Augustus Tavares Quinhones y Sonia Fleury, “La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América en los años 90’s”, *Salud Colectiva*, núm. 1-2 mayo-agosto, 2005, p. 131.

Sin embargo, la mayor parte del gasto en materia de salud, en años posteriores, sería por adquisición particular de seguridad médica privada.

Hasta este punto se han expuesto algunos mecanismos políticos implementados en Europa y Norte América sobre la salud de las personas en el contexto de finales del siglo XIX y principios del XX. Es necesario analizar cuáles eran las preocupaciones del Estado mexicano en relación con ello, así como los mecanismos implementados y las adversidades a las que se enfrentaron.

De acuerdo con Laura Cházaro, la búsqueda del Estado por consolidar medidas que beneficiaran en la salud de la población se identifican desde la primera mitad del siglo XIX, con la creación del Consejo Superior de Salubridad, en 1841.³⁵ Aunque el programa que estableció dicho Consejo tenía ambiciones importantes en lo que respecta a la higiene y el aseo personal como aspectos prioritarios para evitar que los mexicanos contrajeran enfermedades, se convirtió en un organismo obsoleto debido a los conflictos y las guerras que sucumbieron al país. Fue hasta la década de 1880, durante el porfiriato, cuando las políticas vinculadas con la salud y la protección contra enfermedades comenzaron a tener mayores resultados.³⁶

Diferentes acciones políticas se llevaron a cabo durante el porfiriato para atacar enfermedades y padecimientos, así como para consolidar una cultura del cuidado personal. Entre las actividades que se emprendieron destacan las campañas pro-salud, las cuales buscaron inculcar hábitos de higiene en el hogar, el lavado de manos y alimentos; también la asepsia de hospitales, la clausura y quema de viviendas abandonadas; el traslado de enfermos desde sus casas a los hospitales,

³⁵ Esto no quiere decir que es en este momento donde se inicia la aplicación de medidas relacionadas con el cuidado de la salud en México, pues desde tiempos coloniales ya se llevaban a cabo importantes campañas para evitar la generalización de enfermedades, como se verá más adelante. No obstante, es cuando se identifica la práctica política de la nueva nación busca la consolidación de un organismo que se encargara exclusivamente de estos trabajos. Laura Cházaro, *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán-Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2002, p. 7-14.

de Hidalgo; 2009. p. 163-84.

³⁶ Arturo Fierros Hernández, "Concepto e historia de la salud pública en México siglo XVIII a XX", *Gaceta Médica de México*, 2014, p.197. Versión online:https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf. (Consultado el 11 de diciembre de 2022).

incineración de pertenencias materiales en personas con enfermedades de rápida propagación, la vacunación en escuelas, sitios de trabajo y mercados. Cabe destacar que, sobre la vacunación, es donde mayores retos tuvieron las autoridades, ya que “se encontraban con la resistencia popular, derivada de la creencia de que la vacuna, lejos de prevenir enfermedades, las podría atraer”.³⁷

Por otro lado, la aparición de los códigos sanitarios de las décadas de 1890 y 1900 otorgó facultades importantes al Consejo Superior de Salubridad, como inspeccionar instalaciones sanitarias en domicilios privados y obligar a los médicos para que informaran al Estado, de manera inmediata, cuando un enfermo contrajera un padecimiento altamente transmisible. Esta preocupación por enfermedades de alta propagación se debe a las epidemias por las cuales atravesó el país en ese mismo lapso temporal, como la fiebre amarilla, la cual ocasionó numerosas defunciones en el país.³⁸

Pese a estos esfuerzos, no todas las acciones emprendidas durante el porfiriato tuvieron los éxitos deseados. La búsqueda de mejorar la salud no era continua, pues hubo momentos en que se descuidó significativamente, además de que se atribuía a las clases populares la culpabilidad de contraer enfermedades, señalando a la pobreza como el detonante de la insalubridad. El pobre, en el imaginario de las élites porfirianas, era generada por la holgazanería, la mediocridad y la poca aspiración a un mejor porvenir.³⁹

Una de las críticas a la política de salud porfiriana fue que se responsabilizó a las administraciones locales de los resultados, organismos que llegaron a simular la realización de campañas sanitarias, para la prevención de enfermedades como la diarrea, disentería, bronquitis, neumonía, paludismo, viruela y tos felina.⁴⁰ A esto se sumaba la insuficiencia de hospitales, la escasez de medicamentos en comunidades alejadas de los centros urbanos, la poca atención brindada al sector

³⁷ Ingrid Brena Sesma, “Atención a la salud en la época porfiriana” en Raúl Ávila Ortiz Et. Al., *Porfirio Díaz y el derecho. Balance crítico*, México, UNAM-IIJ, 2015, p. 418.

³⁸ *Ibíd.*, p. 421.

³⁹ James Alex Garza, *El lado oscuro del porfiriato. Sexo, crimen y vicios en la ciudad de México*, México, Aguilar, 2013, p. 5.

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 415.

más pobre y la predilección de las clases trabajadoras por buscar remedios médicos en chamanes y curanderos locales, en quienes depositaban su confianza para sanar las enfermedades, al no confiar en la medicina moderna, o bien, no tener los recursos para acceder a ella.

Durante los primeros años de la década revolucionaria, las políticas públicas relacionadas con la salud perdieron protagonismo debido a las disputas militares y los conflictos políticos. José Rivera señala que la guerra civil intensificó la pobreza y la miseria en la clase baja, y como consecuencia de ello, aumentaron muchas enfermedades debido a la multiplicación de focos de infección. “La mortalidad general continuaba en el lapso de 1911 a 1920 con un promedio anual de 37.4 por millar, la viruela mataba a un promedio de 32 por 100,000 habitantes en los años de 1916 a 1925 y el tifo llegó a su máximo en 1916 con una mortalidad de 337 por 100,000 habitantes”.⁴¹ A esto se sumó el asalto que vivieron las instituciones de salud existentes por aquellos años.

Al mismo tiempo que la tan precaria situación sanitaria del País decaía más aún como consecuencia de la lucha, el caos asaltaba a las instituciones médicas: el Instituto Patológico fundado por Lavista y Toussaint desaparece en 1913, la Academia de Medicina declarada organismo oficial por Madero en 1912, era expulsada de su recinto por Urrutia en 1913, siendo más tarde sus colecciones de publicaciones puestas en la vía pública. Palavicini expresa en un discurso que el gobierno revolucionario no puede ocuparse de la ciencia (1914); el Instituto Bacteriológico Nacional, fundado por Gaviño fue disuelto y sus elementos de trabajo se transportaron a Jalapa (1916).⁴²

Después de la década de 1920 y 1930, y una vez que se aminoraron los conflictos militares emanados de la Revolución, las circunstancias comenzaron a moldearse de manera diferente. El mejoramiento de la salud en México toma forma a raíz de la creación de un nuevo código sanitario en 1926,⁴³ el fortalecimiento del Consejo

⁴¹ José Antonio Rivera Tapia, “La situación de salud pública en México, 1870-1960”, *Revista del hospital general doctor Manuel Gea González*, vol. 6, núm. 1, enero-abril 2006, p. 43.

⁴² *Ibíd.*, p. 44.

⁴³ *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México*, Departamento de Salubridad Pública, 27 de mayo de 1926, pp. 367-391. Versión Online: <http://cdam.unsis.edu.mx/files/Servicios%20publicos%20municipales/4%20Mercados/Codigo%20Sanitario%20de%20los%20Estados%20Unidos%20Mexicanos.pdf>. (Consultado el 19 de diciembre de 2022).

Superior de Salubridad al otorgarle el carácter de nacional, así como la aparición de asociaciones mutualistas en las localidades que coadyuvaban a las autoridades municipales en las campañas sanitarias para eliminar la basura del espacio público, generar hábitos de higiene y concientizar a las personas sobre la importancia de la vacunación para eliminar enfermedades que habían causado estragos años anteriores. A esto los acompañó un rechazo importante dirigido a personas provenientes de otras nacionalidades, principalmente de Asia, en la creencia de que estos actores traían nuevas enfermedades al país, al igual que una emergente preocupación por eliminar el consumo de alcohol y estupefacientes que mermaran la calidad de vida y la salud en las personas.⁴⁴

1.4. Modernidad, saberes y la opinión pública

Aunque el concepto de modernidad ha sido ampliamente cuestionado por sociólogos, antropólogos, filósofos e historiadores, no se puede desestimar que el primer fundamento, cuando hablamos de modernidad, hace referencia a cambio y transformación. La modernidad, en palabras de Bolívar Echeverría, es un conjunto de comportamientos que marcan discontinuidad, elementos contrapuestos a lo tradicional para sustituirlos después de evidenciar su inutilidad y su ineficiencia. Así, la modernidad se presenta como “hechos objetivos que resultan tajantemente incompatibles con la configuración establecida del mundo, de la vida, y que se afirman como innovaciones substanciales llamadas a satisfacer una necesidad de transformación en el propio seno del mundo”.⁴⁵

Se identifica que los cambios sociales, políticos y culturales que se vivieron en Europa a lo largo del siglo XVIII se presentaron como una coyuntura entre la tradición y la modernidad, una búsqueda por sustituir lo místico por el pensamiento racional. Desde este planteamiento, la modernidad alude a un proyecto constitutivo, un movimiento más que una alternativa improvisada al cambio, una insistencia por el progreso a partir de la industrialización, la racionalidad, la ciencia y la

⁴⁴ José Domingo Schievenini Stefanoni, “La prohibición de las drogas en México 1912-1929”, *Urvio*, núm. 13, 2013, p. 57.

⁴⁵ Bolívar Echeverría, *¿Qué es la modernidad?*, México, cuaderno uno del seminario modernidad y dimensiones-Universidad Nacional Autónoma de México, 2009, p. 7, 8.

secularización social, y que permeó también en las humanidades y en el arte. Sus postulaciones básicas eran el crecimiento indefinido de la sociedad y las aspiraciones por mantener bajo control el proceso para que fuera a un ritmo creciente.⁴⁶

Desde un punto de vista sociológico-histórico, Max Weber ha señalado que el tema de la modernidad está relacionado con un proceso de desencantamiento del mundo, con el capitalismo, sus modos de producción y la lucha con el proletariado, pues con ello se puede aproximar a los procesos que implicaban la racionalización de la vida occidental, a la autoridad y la legitimación.⁴⁷ Menciona que las nuevas estructuras sociales que emergieron están configuradas por dos sistemas fundamentales: la empresa capitalista y el aparato burocrático estatal. Este proceso lo entiende Weber como institucionalización de la acción económica y de la acción administrativa. “A medida que la vida cotidiana se vio arrastrada por el remolino de esta racionalización cultural y social, se disolvieron también las formas tradicionales de vida diferenciada a principios del mundo moderno, mayormente en términos de estamentos profesionales”.⁴⁸

Desde una perspectiva filosófica y sociológica, destaca lo que señaló Jünger Habermas sobre la modernidad. Para él, el concepto alude a una época en donde se alcanza la conciencia de sí mismo, que rompe con la noción de tradición. Su crítica a la modernidad se basaba en que se consideraba desde un aspecto monolítico. Habermas está más centrado en el discurso filosófico de la modernidad que en la modernidad como un momento socio-histórico. Por ello, mira a la modernidad como un proyecto inacabado, que se ha ido formando a lo largo del tiempo mediante diferentes perspectivas, un constructo dialéctico en que han

⁴⁶ José Rodríguez Ibáñez, *La perspectiva sociológica. Historia, teoría y método*, España, Taurus, 1984, p. 27.

⁴⁷ Humberto Daza, “La sociedad moderna”, *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, vol. 16, núm., 2, mayo-agosto, 2010, pp. 61, 62.

⁴⁸ Jünger Habermas, *El discurso filosófico de la modernidad*, España, Taurus, 1993, p. 12.

participado filósofos y pensadores como Kant, Hegel, Marx, Nietzsche, Heidegger, Derrida y Foucault.⁴⁹

Ahora bien, más allá de las propuestas de la sociología y las críticas filosóficas sobre la modernidad, en este trabajo en donde se quieren analizar las políticas de salud pública en Culiacán, Sinaloa, es indispensable entender a la modernidad como un proceso socio-histórico, una coyuntura en el pensamiento científico, momento de transformación y cambio en la práctica, que convive y se contrapone con elementos de tradicionalidad debido a su constante búsqueda por separarse de ello. De ahí que coincidamos con Bachelard cuando señala la discontinuidad entre los conocimientos comunes y científicos, entre la tradición y la modernidad, fundamentado por las críticas y los debates que conducen a nuevos saberes a partir de nuevas investigaciones y progresos, los cuales iniciaron a tomar forma desde el siglo XVIII.⁵⁰ De igual manera, coincidimos con Thomas S. Kuhn cuando nos habla del conocimiento científico y la manera en que avanzó desde el siglo XVIII hasta el siglo XX. Este autor criticó la visión acumulativa de la ciencia, pues con diferentes ejemplos, identificó que el conocimiento no evoluciona a partir de acumulación, sino de rupturas y anomalías que se presentan tanto a nivel teórico como a nivel práctico, y que orillan al quehacer científico a buscar nuevas normas y procedimientos, lo cual se consolida con la aparición de un nuevo paradigma.⁵¹

Sobre los saberes médicos, se retoma el significado atribuido por Michel Foucault, el cual lo define como “un conjunto de elementos (objetos, tipos de formulación, conceptos y escuelas) formados de manera regular por una práctica discursiva indispensable en la constitución de una ciencia.”⁵² En estos términos, el saber médico no está propiamente relacionado con la verdad en sentido estricto; va más allá de lo correcto o lo incorrecto, ya que tiene singularidades y desviaciones, de

⁴⁹ *Ibid.*, pp. 11-35. Daniel Innerarity, “Habermas y el discurso filosófico de la modernidad”, *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, núm. 1, 1989, pp. 217-224.

⁵⁰ Sergio Arouca y Miguel Márquez, “La arqueología de la medicina”, *Educ méd salud*, vol. 8, núm. 4, 1974, p. 2.

⁵¹ Thomas S. Kuhn, *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 2013, pp. 23-36.

⁵² Sergio Arouca y Miguel Márquez, “La arqueología de la medicina”... *Op. Cit.*, p. 4.

acuerdo a las características que le proporciona el mismo contexto social, político y cultural en el que se configura.⁵³

El saber médico se posiciona como un elemento fundamental de la modernidad a la cual nos referimos, pues a raíz de los progresos científicos del siglo XVIII y XIX, nuevas prácticas y tecnologías se introdujeron para sanar enfermedades y padecimientos, además que comenzaron a generalizarse instituciones avaladas por el Estado para llevar a cabo los procedimientos, así como espacios de salud en donde se curaban diferentes enfermedades, como el Hospital General en París durante el siglo XVIII. Si bien en un principio parecían más centros de reclusión que hospitales,⁵⁴ paulatinamente fueron convirtiéndose en instituciones modernas de sanación, seguimiento y prevención contra las enfermedades.

La homogeneidad del saber médico es un componente indispensable para que el desarrollo de la práctica vaya por un camino lineal, ya que de lo contrario no existiría un acuerdo que llevara a la realización de procedimientos en conjunto.⁵⁵ Michel Foucault señala que es prioritario que la medicina atraviese primero por un periodo de crisis (algo que coincide con el planteamiento de Kunt), lo cual ocurrió en el siglo XIX, con la aparición de nuevas disciplinas como la psiquiatría, pues de ahí se generaron discusiones sobre sus posibilidades teóricas y aplicativas. La figura del médico -como un individuo que expone su saber a partir de descripciones cualitativas, de narraciones, demarcaciones y analogías con otros casos- tuvo un cambio significativo, al introducirse la enunciación y la generalidad en la enfermedad como algo que presenta denominaciones. El médico, visto como el depositario de mantener la vida o la muerte, se articula dentro de un esquema que lo vincula con los espacios institucionales, con instrumentos de medición y conocimientos que son los resultados de su profesionalización en instituciones especializadas, y que se fortalecen en la medida que el análisis y la experiencia se elevan gracias a su trabajo constante en los hospitales. En palabras de Foucault, “en el siglo XIX el hospital, la

⁵³ Michel Foucault, *La arqueología del saber...* Op. Cit., p. 306.

⁵⁴ Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica...* Op. Cit., p. 82.

⁵⁵ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica...* Op. Cit., p. 138.

clínica particular, el laboratorio y la biblioteca se articulan, permitiendo la práctica discursiva de la medicina.”⁵⁶

Con base en esta preocupación por la salud, las enfermedades y los padecimientos, es cómo surgió una numerosa literatura sobre la salud, sobre la obligación del Estado en garantizarla. Así, la idea de higiene y cuidado individual, como un elemento principal para el bien colectivo, forma parte importante en la promoción de la salud de los Estados durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX.

El concepto de limpieza, de higiene con limpieza, ocupa un lugar central en todas estas exhortaciones morales sobre la salud. Abundan las publicaciones en las que se insiste en la limpieza como requisito para gozar de buena salud, o sea, para poder trabajar a fin de que los hijos sobrevivan y aseguren también el trabajo social y la producción. La limpieza es la obligación de garantizar una buena salud al individuo y los que le rodean.⁵⁷

Pero ¿Qué relación tienen los saberes médicos con el poder y las políticas públicas? ¿Por qué es indispensable plantearlo como si estuvieran estrictamente relacionados con la opinión pública? Si tomamos en cuenta lo que se argumentó en el apartado anterior, es mediante las políticas públicas (que se emiten gracias al poder que ejerce una validación colectiva de autoridad y legitimidad que recae sobre un Estado) como se llevan a cabo los grandes proyectos políticos de asuntos públicos relacionados con la salud, al definir y priorizar lo que es de interés para la sociedad de acuerdo a las necesidades observables. Si no existiera un Estado que validara tal o cual saber, práctica o descubrimiento médico, no hablaríamos de un progreso científico, pues estaría sujeto a condiciones, creencias o presupuestos que detuvieran su generalización y su aceptación, e incluso podría efectuarse la persecución de quienes promovieran un descubrimiento médico-científico, como ha ocurrido en varios momentos del pasado.⁵⁸

⁵⁶ Michel Foucault, *Medicina e historia... Op. Cit.*, p. 11.

⁵⁷ Sergio Arouca y Miguel Márquez, *Op. Cit.*, p. 18.

⁵⁸ Ignacio Verdú Berganza, “La ciencia en el final de la edad media”, *Pensamiento*, vol. 71, núm. 269, 2015, p. 1277.

Así sucedió en la Alemania finisecular, cuando el Estado se responsabilizó de la salud en la población; en Inglaterra cuando el gobierno se posicionó como el vehículo para efectuar acuerdos entre empleador y empleado, en caso de que un problema de salud mermara la productividad industrial. Se necesitó la intervención de un poder legítimo para establecer la prioridad en materia de salud.

Aun cuando desde el poder se determine una acción en beneficio de la salud, es necesario contar con instrumentos que logren difundirlo, y sobre todo, que motive a la acción social. Así mismo, la toma de conciencia de que la salud y las enfermedades forman parte de las problemáticas políticas y económicas es parte de esta responsabilidad asumida por el Estado, brindándole el derecho de ejercer su poder para “elevar el nivel de salud del conjunto del cuerpo social”.⁵⁹ Aquí es donde la prensa tiene un papel fundamental, siendo la encargada de difundir no solamente aquellos saberes médicos en beneficio de la población, o la nueva política pública que busque mermar padecimientos arraigados, sino para moldear el pensamiento colectivo, para informar sobre las nuevas propuestas médicas, para mantener bajo precaución a la sociedad, informar sobre posibles riesgos sanitarios, e incluso, para generar pánico y nutrir los imaginarios sociales.

En relación con la prensa, su vinculación con el poder y la coacción que ejerce en los grupos sociales, Teun A. Van Dijk ha señalado que controlar lo que se dice o no se dice en un medio de información, tener influencia en sus medios de producción, en sus contenidos y en su estilo ejerce una influencia substancial en lo que el público piensa.⁶⁰ En este sentido, todos los componentes que conforman a la prensa, artículos, secciones de opinión, publicidad, reseñas, entre otros, tienen un peso importante en la comunidad de lectores a quienes se dirige o quienes tienen acceso a ello.

Diferentes ejemplos sobre la utilización de la prensa para influir en la opinión pública y en la prevención de la salud han existido a lo largo del tiempo. El empleo de los

⁵⁹ Gerald Jori, “Población, política sanitaria e higiene en la España del siglo XVIII”, *Revista de Geografía NortGrande*, núm. 54, 2013, p. 130

⁶⁰ Teun A. Van Dijk, *Discurso y poder*, España, Gedisa, 2009, p. 22.

diarios locales por parte de las autoridades españolas, desde mediados del siglo XX, para concientizar a las personas -a través de columnas y secciones específicas- sobre la necesidad de aplicarse las vacunas contra la poliomielitis, la viruela y el neumococo, se reflejó en un aumento significativo de las personas que acudían a vacunarse.⁶¹ La advertencia a la población inglesa sobre enfermedades potenciales, como efecto de las olas de migración, ocasionó que la misma sociedad invitara a los extranjeros para que acudiera a los servicios de salud disponibles, someterse a una revisión médica y así prevenir enfermedades.⁶² La promoción de la salud a través de campañas y conferencias organizadas durante el porfiriato, al igual que la publicidad que inundaba a los diarios, en donde se promocionaban nuevos medicamentos para curar diferentes padecimientos, fueron una pieza angular para que paulatinamente las personas confiaran en los avances científicos de la medicina.⁶³

Aunque, por otro lado, la interferencia mediática ha generado efectos contraproducentes en la sociedad y en la opinión pública. Por ejemplo, a finales de la década de 1980, tras el descubrimiento del VIH, la prensa peruana contribuyó en la construcción del estigma social sobre los portadores de la enfermedad, al asociarlo con los sectores marginales de la sociedad.⁶⁴ En años recientes, algunos medios informativos advertían a sus lectores sobre una posible epidemia de viruela, debido a la supuesta utilización de armas biológicas por algunas potencias como Rusia y Estados Unidos, quienes buscaban la creación de dichas armas como una alternativa para conflictos y guerras.⁶⁵

⁶¹ Pedro Javier Martínez Martínez, *Noticias sobre vacunas en prensa española: cobertura y análisis de contenidos 1955-2015*, España, tesis de doctorado en ciencias de la salud, Universidad de Alicante-Facultad de Ciencias de la Salud, 2016, pp. 157-181.

⁶² Miguel Rodríguez Arrastia, Carolina Moreno Castro y Carmen Roper Padilla, *Estudio de las noticias publicadas en la prensa del éxodo de enfermedades españolas al Reino Unido*, <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2019.v33n5/450-454/es>. (Consultado el 3 de diciembre de 2022).

⁶³ Carlos Laguna Núñez, *El testimonio como estrategia publicitaria en la prensa michoacana de principios del siglo XX*, Michoacán, tesis de maestría en estudios del discurso, Facultad de Letras-Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2019, pp. 32-50.

⁶⁴ Juan Antonio Lan, *Sida y temor. Prensa escrita y discurso médico en Lima ante una epidemia*, Perú, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 2021, pp. 10-15.

⁶⁵ Pedro Javier Martínez Martínez, José Tuells y Gema Colmenar-Jarillo, "La tardía emergencia mediática de la vacuna contra la viruela, cobertura de noticia en prensa española 1999-2004", *Rev Esp Quimioter*, núm. 28-3, 2015, pp. 126, 127.

Ahora, sobre la opinión pública, se han señalado diferentes posturas que reflexionan sobre su origen y su funcionalidad política, social y cultural, pero, sobre todo, los espacios desde donde se construye. Para Jünger Habermas, la opinión pública está en correlación con el surgimiento del espacio público, un fenómeno propio de la sociedad burguesa, espacio de discusión y crítica sustraída de la influencia del Estado, en donde el pueblo solamente se vuelve receptor, pues no tiene acceso al debate crítico.⁶⁶ En contraste con la propuesta de Habermas, Keith Michael Baker y Mona Ozouf han señalado que la opinión pública tiene remanentes pre-modernos, es decir, que hay elementos que se identifican desde antes de la era moderna, aunque solo como una construcción política e ideológica más que como una manifestación práctica.⁶⁷

Por su parte, Pierre Bourdieu afirma que la opinión pública no existe en la forma de quienes “pretenden afirmar sus existencias”, ya que esta se mide por sondeos, de ahí que sostenga (en lugar de opinión pública) la existencia de opiniones constitutivas, movilizadas, grupos de interés alrededor de un sistema de intereses explícitamente formulados.⁶⁸

Según Vicent Price⁶⁹, la opinión pública es un producto epistemológico. Proviene de *opinio*: opinión, juicio, creencia, parecer, estimación, nombre, fama, reputación, y sirve para diferenciar una aserción de un hecho, o sea distinguir algo cierto de algo que se sabe cierto. Se le considera equivalente a modales, costumbres, ética, moral social, reputación o censura⁷⁰. Así dicho, la opinión pública se entiende como un fenómeno cultural, pero también comunicativo y psicosocial que depende del contexto histórico y sociocultural en el que se encuentra inmerso para entenderlo.⁷¹

⁶⁶ Sergio Javier Barrionuevo y Yésica Rodríguez, “El concepto de espacio público en Habermas: algunas observaciones a partir del caso ateniense”, *Daimon. Revista internacional de filosofía*, núm. 77, 2019, p. 152.

⁶⁷ *Ibíd.*, p. 153.

⁶⁸ Pierre Bourdieu, *La opinión pública no existe*, “Debates en Sociología”, núm. 17, 1992, p. 331.

⁶⁹ Vicent Price, *La opinión pública*, Barcelona, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1994, p. 18.

⁷⁰ Nazar Anchorena, *La opinión pública*, Argentina, Biblioteca digital UCA, 2010, p. 211.

⁷¹ José Rubio, “Opinión pública y medios de comunicación. Teoría de la Agenda Setting”, *Gazeta de Antropología*, núm. 25-1, 2009, p. 2.

Aunque estos argumentos nos ponen de manifiesto la complejidad que encierra el empleo de opinión pública como una categoría de análisis aplicable a las ciencias sociales, en este trabajo coincidimos con Robert Darnton y Arlette Farge, quienes han señalado que opinión pública hace alusión a una multiplicidad de prácticas sociales, instituciones, escenarios y publicaciones periódicas, que hacia mediados del siglo XVIII se visualizan en Francia.⁷² En esta lógica, la opinión pública se refiere a juicios, formas intencionadas y consientes de expresar una postura, un saber o una información al respecto, que se ejerce desde una posición de influencia o de poder, y que tiene un móvil importante en los grupos sociales, quienes tienen proclividad de adherirlo a sus sistemas, o bien, criticarlo y resistirse.

De igual manera, coincidimos con Celia del Palacio cuando afirma que aunque la opinión pública se remonta al siglo XVIII, es en los dos siglos posteriores cuando su generalización se intensifica, pues el impulso modernizador y tecnológico de la ilustración promovió la discusión política y científica en los países que adoptaron los postulados renovadores de la razón, mismos que encuentran su momento de esplendor cuando, en el tránsito a la democratización y la liberalidad ocurrida en el siglo XIX y XX, la palabra escrita en medios de información alcanza un número más elevado de lectores y auditores.⁷³

Los medios de comunicación forman parte de la superestructura político-ideológica de la sociedad, misma que requiere un Estado para mantener la dominación de una clase o sector social sobre otro. Señala Ramonet que “se domina mucho mejor si el dominado permanece inconsciente”; sin embargo, en torno a la temática del presente escrito, los medios de comunicación, que fungen como medios de control sobre la sociedad, no buscan que la sociedad permanezca inconsciente, sino todo lo contrario, pues quieren adentrarlos a los principios modernidad científica y

⁷² Víctor Cases, “El nacimiento de la opinión pública: problemas, debates y perspectivas”, *Res Pública*, núm. 21, 2009, p. 153. Sobre la circulación de la opinión pública a través de canales prohibidos, véase: Robert Darnton, *Los best sellers prohibidos en Francia antes de la revolución*, México, Fondo de Cultura Económica, 2014, 9-14.

⁷³ Celia del Palacio, “Una mirada a la historia de la prensa en México desde las regiones. Un estudio comparativo, 1792-1950”, *HIB. Revista de Historia Iberoamericana*, vol. 2, núm. 1, 2009, p. 87.

médica.⁷⁴ Por lo que brinda mensajes, consejos a seguir, para que en el cumplimiento de estos la sociedad genere nuevos hábitos sobre cómo curar y prevenir ciertas enfermedades.

Es fundamental para este trabajo tener en cuenta todo lo que se expuso con antelación, ya que gran parte de las políticas públicas en relación con la salud, de mediados del siglo XX, encontraron en la prensa el vehículo principal para poder informar, concientizar y persuadir a las personas sobre los mecanismos y las estrategias implementadas para poder disminuir la propagación de enfermedades. En este sentido, considero que es indispensable realizar un breve recuento sobre los mecanismos, estrategias y políticas que se han aplicado en México a lo largo del tiempo, y con ello, dimensionar la magnitud del fenómeno que nos proponemos analizar en lo particular.

1.5. Aspectos políticos y sociales sobre la salud en México a lo largo del tiempo, siglos XVI-XIX

Los problemas de salud y la intervención del Estado para menguar la generalización de enfermedades en México tienen bastante tiempo atrás. En el periodo colonial, tras los embates que tuvo el contacto entre peninsulares y nativos en el siglo XVI, enfermedades como la viruela y el sarampión se dispersaron rápidamente, atacando principalmente a la población de origen, quienes no contaban con las fortalezas inmunológicas necesarias para combatirlo. Con el posterior desarrollo del comercio marítimo y terrestre, el arribo de mercancías y productos, además del desembarque de visitantes y residentes, se intensificó la movilidad en territorio novohispano, lo cual potencializó los peligros sanitarios. Las epidemias comenzaron a tener sus rutas y puntos de propagación generalizada.⁷⁵

Las autoridades políticas y la iglesia fueron las encargadas de implementar estrategias para que las enfermedades no afectaran el dinamismo social y

⁷⁴ Carlos Feo, "Impacto de los medios de comunicación en la salud pública", *Saúde em Debate*, vol. 37, núm. 96, enero-marzo, 2013, p. 85.

⁷⁵ Mario Alberto Magaña Mancillas (coord.), *Epidemias y rutas de propagación en la Nueva España y México, siglos XVIII-XIX*, Baja California, Universidad Autónoma de Baja California, 2013, p. 14.

económico en la Nueva España. Así, por ejemplo, se llegaron a construir importantes hospitales para recluir a personas que tuvieran enfermedades incurables para la época como la lepra. También destacaron instituciones de salud como el Hospital de San Andrés y el Hospital Real de Naturales, en donde se llegó a atender a miles de indios, entre los siglos XVI y XVIII.⁷⁶

Debe precisarse que en estos momentos los hospitales no eran instituciones médicas como se conocen hoy en día, en el sentido de que dependieran de médicos altamente especializados, pues la medicina no era una profesión hospitalaria. “Quienes trabajaban en [los hospitales] lo hacían para expiar culpas o servir a Dios, atendiendo a los desprotegidos.”⁷⁷ No fue sino hasta la última década del siglo XVIII, y sobre todo, a lo largo del siglo XIX, cuando el médico comienza a tener criterios más estrictos de validación profesionalizada en función de las tendencias, los saberes y los progresos de la ciencia del momento, ante las nuevas exigencias que solicitaban las instituciones de curación y sanación.

Otro elemento importante es que las acciones en contra de las enfermedades eran tanto políticas como religiosas en la Nueva España y los demás virreinos americanos. Por un lado, las autoridades diseñaron sanciones para quienes ensuciaran las calles con basura; contrataron personal para acabar con los lodazales y eliminar material fecal en las calles. No obstante, la costumbre, los pocos hábitos de higiene en la población y la relajación de las medidas no imposibilitaban resultados a largo plazo. Con otras palabras, las acciones no eran permanentes, sino que se intensificaban cuando surgía alguna problemática que llamaba la atención de las élites, los grupos de poder y las autoridades, o cuando la situación afectaba los espacios culturales, políticos y sociales de los grupos hegemónicos.⁷⁸

⁷⁶ Martha Eugenia Rodríguez y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, “Asistencia médica e higiene ambiental en la ciudad de México. Siglos XVI-XVIII”, *Gac Méd Méx*, vol. 135, núm. 2, 1999, p. 191.

⁷⁷ Fernando Gutiérrez Domínguez (coord.), *Secretaría de Salud: la salud en la constitución mexicana*, México, Secretaría de Cultura-INEHRM, 2017, p. 23.

⁷⁸ Adriana María Alzate Echeverri, *Suciedad y orden. Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada, 1760-1810*, Bogotá, Editorial Universidad del Rosario, 2007, p. 67.

Sobre el paisaje callejero del México virreinal, Martha Eugenia Rodríguez y Ana Romo señalan que

Si bien es cierto que tuvo una bella arquitectura, por otro lado mostraba una gran insalubridad, que incomodaba a mucha gente, pero que a pesar de ello la seguía provocando de múltiples maneras, con basura, desperdicios de comida, residuos de animales, materia fecal, aguas estancadas, zonas pantanosas, etcétera. En muchas ocasiones un mismo sitio tenía varios usos que le impedían mantenerse limpio. Por ejemplo, las plazas que durante el día servían para el paseo y distracción de los transeúntes, en la noche y hasta las seis de la mañana, se utilizaban para ordeñar vacas; esto con el fin de que los consumidores tuvieran a su alcance la venta de la leche.⁷⁹

Por su parte, la iglesia promovía la caridad al enfermo como una forma de hacer el bien al prójimo, dando dinero o insistiendo en donaciones para albergarlos en sitios aislados. Además, consentía el servicio de monjas en los sanatorios y promovía la oración, la imploración a los santos, a la virgen; las misas como una alternativa para mediar en la voluntad divina.⁸⁰

Tras la guerra de independencia y los disturbios ocasionados por el conflicto militar, las políticas sanitarias vivieron un periodo de inestabilidad. El contexto convulso originado por el movimiento insurgente, el tránsito de los ejércitos y las prioridades establecidas por el gobierno novohispano en relación con el movimiento de recursos económicos para el abastecimiento de las tropas fueron causantes de ello. De acuerdo con Leobardo Ruíz, las epidemias, enfermedades y otros males recurrentes en la población no tuvieron una política de control, lo cual generó un momento de profundos desafíos en materia de salud.⁸¹

Ya en la segunda década del siglo XIX, cuando México figuraba como país independiente, surgieron discusiones políticas sobre la necesidad de establecer un organismo fuerte que velara por la salud de la población, pero sobre todo, que analizara un rubro que desde hacía años poca preocupación había generado en los gobiernos: la capacitación de personal de salud y la certificación de las personas que atendían a los enfermos. Lo anterior surgió como una alarma latente ante los

⁷⁹ Martha Eugenia Rodríguez y Ana Cecilia Rodríguez de Romo... *Op. Cit.*, p. 195.

⁸⁰ *Ibíd.*, p. 193.

⁸¹ Fernando Gutiérrez Domínguez, *Secretaría de Salud...* *Op. Cit.*, p. 23.

peligros que significaba la charlatanería y el disimulo de la práctica curativa, pues se tenía noticia de personas que falsificaban títulos médicos en donde se señalaba que contaban con una preparación médica en Europa o en los Estados Unidos. Fue así como se fundó la facultad de medicina en la década de 1830, la cual se hizo cargo de verificar qué médicos, cirujanos y farmacéuticos realmente contaban con estudios previos. Así mismo, examinaba la documentación de “todo aquel extranjero que en nuestro país quisiera ejercer cualquier profesión relacionada con la salud”.⁸²

En este sentido, se identifica que dicha facultad tuvo tanto funciones administrativas como académica, ya que, por un lado, preparaba y daba las herramientas necesarias para los futuros médicos, pero también era un órgano de verificación, ante la recurrencia con la cual se fingía tener estudios profesionales en medicina.

El hecho de certificar a las personas invita a reflexionar sobre la necesidad de darle credibilidad a la práctica médica, y con ello, abarcar a un mayor número de personas. En un país como México, en donde la mayor parte de la población era analfabeta, sin formación académica o profesional, con una visión mística, religiosa y hasta malévolas de las enfermedades, es razonable que la cultura de atenderse con el chamán, la bruja y la curandera estaba fuertemente enraizada en los diferentes sectores sociales, pero sobre todo en los indígenas y campesinos.

Cuando se suscitó la lucha entre liberales y conservadores, y posteriormente, cuando el conflicto entre Benito Juárez y Maximiliano de Habsburgo cimbró en el centro-sur del país, se delegaron más responsabilidades a los ayuntamientos para ejecutar mecanismos relacionados con la salubridad y el bienestar de la población, lo cual tiene conexión con las incapacidades del gobierno federal y central para atender dichos asuntos cuando el *statu quo* se encontraba en peligro. Controlar la generalización de enfermedades, epidemias, prácticas y movimientos de concientización fueron parte de las funciones que se les delegaron, aunado a otras que ya realizaban, como mantener las cárceles limpias para evitar que se

⁸⁶ *Ibíd.*, p. 92.

convirtieran en focos de infección, así como identificar y combatir puntos de riesgo sanitario ubicados en las periferias de los centros urbanos, poblados y villas.⁸³

En los años del Segundo Imperio Mexicano, Maximiliano de Habsburgo transformó al Consejo Superior de Salubridad, convirtiéndolo en el Consejo Central de Salubridad. El cambio no solo era de nombre, sino también estructural. Como parte de las labores se diseñaron juntas subalternas de salubridad en las capitales de los departamentos, en los puertos, así como la capacitación de personas para fungir como delegados de sanidad en poblaciones donde anteriormente no había. Pero aun con el cambio interno del funcionamiento del organismo, los triunfos de Juárez a principios de la década de 1860 fueron distraendo al emperador, quedando solo en un noble proyecto con pocos resultados.⁸⁴

No obstante, es de destacar la participación de la emperatriz Carlota en temas de salud, pues realizó visitas a enfermos y dirigió organismos encargados de hacer brigadas para atender a la población indígena. Además, fue pieza clave en la fundación del hospital de San Carlos, en 1866, el cual se dedicaba a prestar atención médica a la maternidad.⁸⁵

Tras las leyes de reforma, la Constitución de 1857, la derrota del Segundo Imperio y la instauración del liberalismo, la participación del ejecutivo en materia de salud retomó su protagonismo. Gracias a la secularización de los bienes eclesiásticos se creó la Beneficencia Pública, “para centralizar, bajo el control del Estado -a través de sus gobiernos respectivos-, la organización, la dirección, el sometimiento y el buen funcionamiento de todos los hospitales y establecimientos de beneficencia”,⁸⁶ lo cual se consolidó con la instauración de la Dirección General de Beneficencia Pública, cuyo objetivo era cuidar y promover el orden, progreso y aumento de dichos espacios; trabajar para aminorar el problema de la pobreza y la enfermedad en el país. En palabras de Consuelo Córdoba Flores, la creación de dicho organismo marca una coyuntura porque la idea de caridad, tan vinculada con el universo

⁸³ *Ibíd.*, p. 27.

⁸⁴ Consuelo Córdoba Flores, *Instituciones y políticas de salud pública... Op. Cit.*, p. 91, 92.

⁸⁵ *Ibíd.*, p. 93.

⁸⁶ *Ibíd.*, p. 92.

cristiano, se convierte en un servicio público que debe ser liderado y administrado por la autoridad civil. Años después, para 1881, se creó la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública integrada por la Secretaría de Gobernación, la cual delegaba a los estados la ejecución de la beneficencia en sus límites territoriales.

1.6. Contexto social y político de Culiacán

Culiacán se encuentra ubicado en el noroeste mexicano, en el estado de Sinaloa, lugar que colinda con otras demarcaciones como Sonora, Durango y Nayarit. Su clima es cálido-húmedo en la mayor parte del año, aunque en los últimos meses el clima se torna un poco más frío. Desde sus orígenes, el río Humaya tomó un papel fundamental en la consolidación de Culiacán; la vida se configuró gracias al cauce enmarcado por este afluente, incluso con la llegada de los españoles continuó esta tendencia por continuar su crecimiento siguiendo su horizontalidad. Durante la colonia, Culiacán tuvo un papel predominante en la consolidación del noroeste; fue punto de abastecimiento, cabecera, centro político y obispado. La distancia con el centro del país hizo que los procesos y las etapas históricas como la conquista, el virreinato, la independencia y la guerra de reforma se desarrollaran con sus propias oscilaciones, aunque en el trayecto fue adquiriendo un estilo de vida muy particular.⁸⁷

Para el último cuarto del siglo XIX, Culiacán y otros puntos del estado viven cambios importantes. Con la llegada de Porfirio Díaz al poder se establece una etapa de consolidación del aparato político, algo que no se había logrado debido a la inestabilidad, la guerra y la crisis tan característica de la mayor parte del siglo XIX. En Sinaloa, el gobernador Francisco Cañedo fue quien asumió la gubernatura, quien estaría en el poder en un periodo similar al que estuvo Díaz como presidente del país. Fue en este momento cuando se originan transformaciones económicas, sociales y culturales de gran relevancia en la entidad, tras la inserción de capital extranjero, la introducción de nuevas técnicas y tecnologías, la apropiación de elementos culturales europeos y la sofisticación de la sociedad local, de las clases

⁸⁷ Antonio Nakayama, *Culiacán*, 2ed., Sinaloa, UAS-IIES, 2006, pp. 25-30.

medias y altas.⁸⁸ Así, la ciudad se embelleció, sus plazas eran más atractivas que antes y la luminosidad nocturna propiciaba una aureola cosmopolita a sus habitantes.

Imagen 1
Mapa de Culiacán en el año de 1902



Fuente: Mapoteca Manuel Orozco y Berra.

La notoriedad que adquirió Culiacán se veía en sus plazas, en sus calles, en sus caminos y en el desarrollo empresarial y comercial que tuvo. Nuevos caminos y medios de transporte como el ferrocarril hicieron que la movilidad comercial fuera más efectiva, que las personas se trasladaran más rápido a otros lugares. No obstante, la otra cara del desarrollo estaba conformado por la marginalidad y la pobreza, misma que predominaba en la mayor parte de sus habitantes. Obreros, peones, agricultores y asalariados que eran excluidos del progreso porfiriano, quienes no tenían el mismo acceso a la educación, a la salud y a las oportunidades, en comparación con las clases medias y altas. Sus mismos contemporáneos daban

⁸⁸ Félix Brito Rodríguez, *La política en Sinaloa durante el porfiriato*, Sinaloa, DIFOCUR, 1998, p. 48. Héctor Augusto Parra Zurita, *Comercio y cultura material en Culiacán. Una historia antropológica del Porfiriato*, Sinaloa, tesis de maestría en historia, Facultad de Historia-UAS, 2019, p. 55.

muestra de este contraste urbano, el cual reflejaba la distinción social, pues mientras en unas calles la opulencia era notoria, en otras resaltaban casas humildes, echas de material perecedero y en donde predominaban olores desagradables.⁸⁹

Imagen 2

La plaza Constitución, 1910. Hoy llamada plaza Álvaro Obregón



Fuente: Colección Yáñez y Zazueta.

Cuando detonó la Revolución, se detuvo cierto progreso que durante el porfiriato se había alcanzado, inestabilizó la continuidad del aparato político y alteró las formas de socializar, ante las amenazas del conflicto y la guerra durante los primeros años de revuelta. Culiacán se vio inmerso en esta coyuntura, siendo testigo de intervenciones militares, saqueos, violencia y enfrentamientos entre las facciones en disputas. Los efectos de la Revolución, tanto en la ciudad como en las poblaciones vecinas, permanecieron aun cuando hubo momento de paz, pues las inseguridades y los temores que desató el conflicto oscilaban a otro ritmo. Ya en el último lustro, con la promulgación de la Constitución de 1917, los gobiernos estatales y municipales tuvieron mayor estabilidad, y las prioridades sociales,

⁸⁹ Mariana Landeros Morales, *Transformación del espacio urbano de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, de 1877 a 1900*, Sinaloa, tesis de maestría en historia, Facultad de Historia-UAS, 2022, p. 134.

políticas y culturales que habían sido delegadas por la inflexión revolucionaria comienzan a tener un impulso significativo. Así, para los años veinte, aunque las vicisitudes económicas no eran las más deseadas, la política estuvo encausada a replantear las necesidades en función de estabilizar el aparato político, y con ello, fortalecer al Estado, concientizar y educar a la población, generalizar el nacionalismo, instruir a los sectores populares para que apoyaran al nuevo proyecto político, abrir otras fronteras económicas y consolidar la visión de que se vivía en un momento de reconstrucción.⁹⁰

Imagen 3

Sesión de poderes municipales en Culiacán 1939



Fuente Antología Gráfica Sinaloense

De los años veinte a los años cuarenta, por ejemplo, se aprecia un leve, pero importante crecimiento demográfico, a la par del impulso de necesidades sociales que adquieren notoriedad. Así, los gobiernos dan prioridad al crecimiento espacial de la mancha urbana y al mejoramiento en los sistemas de captación fiscal; se realizan campañas de concientización para que la población deje de mantener

⁹⁰ Mario Cerutti (compilador), *México en los años 20. Procesos políticos y reconstrucción económica*, México, Universidad Autónoma de Nuevo León, 1993, pp. 6, 7.

vicios, se inauguran nuevas escuelas. Se mejoran y se crean instituciones de salud como el Hospital Civil y el Hospital del Niño, se extienden las campañas de vacunación, comienza la introducción de sistemas de drenaje en lugares donde anteriormente eran inexistentes. Mientras el mundo está en guerra, en Culiacán se discute la expansión de la mancha urbana, qué sectores electrificar y cuáles no, el crecimiento del tráfico y la circularidad de enervantes, así como la necesidad de construir una presa que abasteciera de agua a la ciudad y sus alrededores.⁹¹

Imagen 4

Culiacán. Calle Ángel Flores y Domingo Rubí, 1942

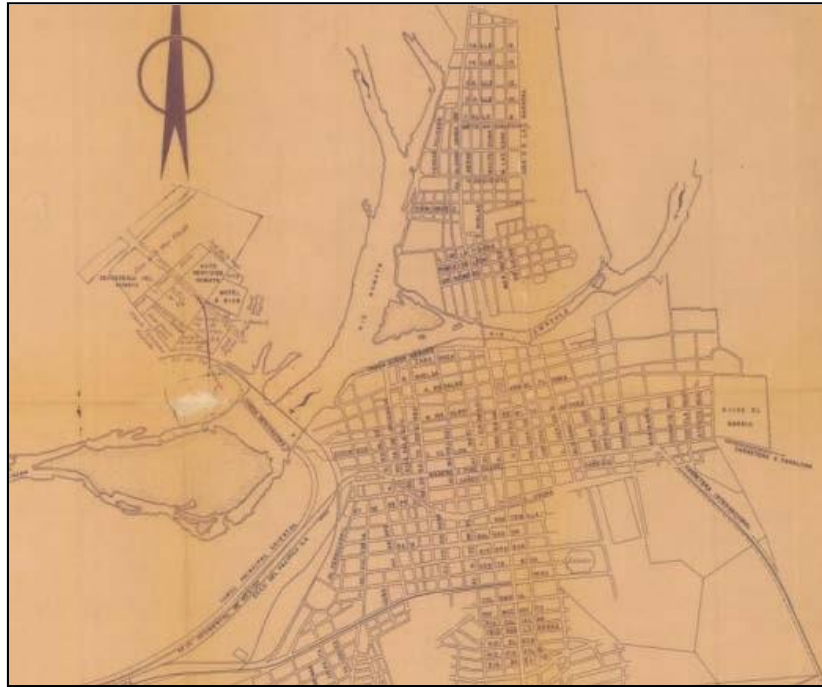


Fuente: Antología Gráfica Sinaloense

⁹¹ Félix Brito Rodríguez, "Alcohol, política, corrupción y prostitución en el Sinaloa posrevolucionario" en Samuel Octavio Ojeda Gastélum y Matías Hiram Lazcano Armienta (coords.), *Historias de la Revolución en Sinaloa*, Sinaloa, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011, pp. 228-231. Eduardo Frías Sarmiento, *Del queroseno al mundo de la electricidad. Empresas y empresarios de la industria eléctrica en Culiacán: 1895-1940*, Sinaloa, UAS, 2014, pp. 11-25. Juan Fernández Velázquez, *El narcotráfico en los Altos de Sinaloa*, Veracruz, Biblioteca Digital de Humanidades-Universidad Veracruzana, 2018, 148 pp. Sergio Arturo Sánchez Parra y Félix Brito Rodríguez (coords.), *Historia de la sociabilidad en Sinaloa*, siglo XIX y XX. Una aproximación, Sinaloa, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2015, 158 pp.

Imagen 5

Mapa de Culiacán en la década de 1950



Fuente: Ricardo Carvajal Morales, *Vivienda de interés social y planeación urbana en Culiacán, 1972-1980*, Sinaloa, tesis de maestría en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2019, p. 97.

En tan solo una década, de 1940 a 1950, Culiacán vivió cambios y transformaciones substanciales, mismas que oscilaron a una velocidad similar a las novedades del momento. La radio y la televisión se extendían cada vez más, las nuevas alternativas musicales, los espectáculos y el consumismo se elevaron al mismo ritmo en que las marcas buscaban anunciarse en los tres principales medios de información para entonces: la prensa, la televisión y la radio. La posguerra, con todos sus efectos, trajo para un retroceso económico para algunas regiones del mundo, mientras que para otros originó un despunte importante. Para Culiacán, la vida social no se alteró en nada, salvo las opiniones que generó la guerra silenciosa entre el capitalismo y el comunismo,⁹² y que posteriormente habrían de irrumpir en la mente de los jóvenes universitarios.

⁹² *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 769, 25 de septiembre de 1951, p. 2

La moda y los estilos de vida experimentaron una etapa de transformación en los cincuenta. La influencia norteamericana da un primer acercamiento a sonidos y melodías que, para la década de los sesenta, habrían de tener una aceptación importante. La socialización y el encuentro social en lugares como el Casino de Culiacán, el Club Humaya o el teatro crecen en la medida que más población arriba a la ciudad,⁹³ y que, en consecuencia, crean necesidades de interacción.

1.7. Conclusión

El objetivo de este apartado fue analizar los conceptos que vertebran el planteamiento de esta investigación: poder, políticas públicas, saberes, modernidad y opinión pública, y con ello, explicar la manera en que lo aplicaremos en este proyecto de investigación, situarlo en contextos socio-históricos específicos y realizar un recorrido sobre las políticas y mecanismos de salud en México en procesos importantes.

A partir de la reflexión sobre el poder político, sus implicaciones, sus efectos y la manera en que las autoridades lo han asumido en relación con la recepción de la estructura social en que se desarrolla, entendemos a las políticas públicas como un grupo de acciones, argumentos, decisiones y mecanismos por parte de los distintos actores involucrados en los asuntos públicos. En lo que respecta a la salud, hablamos de procesos legitimizados para tomar acciones decisivas con la finalidad de resolver asuntos de salud que representan discontinuidad y peligro para el pleno funcionamiento del andamiaje político, económico y social, pero también para mejorar la calidad de vida y disminuir las atenuantes patológicas en las colectividades.

Se explicó el saber científico que surgió a raíz de la modernidad y la aparición de nuevos paradigmas que transformaron la manera de entender a la salud. Así, la emergente opinión pública, la salud a través de los medios de información, las columnas, opiniones o menciones relacionadas con enfermedades, epidemias y

⁹³ Sergio Arturo Sánchez Parra y Félix Brito Rodríguez (coords.), *Historia de la sociabilidad... Op. Cit.*, pp. 67-90.

otros padecimientos demuestran ser una beta importante para comprender cómo las sociedades fueron transformando su percepción tradicional de las enfermedades y la salud hacia lógicas de mayor científicidad.

Nuestro breve esbozo sobre los aspectos sociales y políticos en materia de salud en México, a lo largo del tiempo, nos confirma lo turbulento que fue establecer un proyecto eficiente en el siglo XIX. Pese a los progresos de la medicina en otras latitudes del mundo, las discusiones, el surgimiento de nuevos medicamentos y la responsabilidad que asumió el Estado para proteger y mejorar la salud de las distintas capas sociales (como los casos de Alemania e Inglaterra citados en este trabajo), las vicisitudes políticas, la guerra, los modelos de gobierno, las intervenciones y la ausencia de una estructura económica sólida durante la mayor parte de dicho siglo, dificultaron la aplicabilidad y la continuidad de mecanismos que menguaron las enfermedades.

CAPÍTULO 2. REVOLUCIÓN, POLÍTICA Y SALUD: TRANSFORMACIONES EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO (1910-1950)

2.1. Introducción

El objetivo de este capítulo es analizar las políticas públicas y los mecanismos aplicados en relación con la salud y la higiene durante la primera mitad del siglo XX. La finalidad es explicar cómo se fueron transformando las medidas implementadas en este rubro, descuidos, omisiones y aciertos por parte de las autoridades federales, además de las complicaciones y los retos que tuvieron para concretarlas. En este sentido, se quiere mostrar un panorama general que implique examinar las iniciativas, decretos y las leyes para mejorar la salud, pero también aproximarnos un poco a ciertas particularidades, como la relevancia de los medicamentos y la regulación sobre los mismos.

Es importante señalar que la primera mitad del siglo XX está llena de agitaciones, permanencias y transformación. La Revolución mexicana planteó el resquebrajamiento de viejas estructuras y propuso el cambio hacia la democracia y la participación popular, sin embargo, en el proceso se evidenciaron grandes fracturas internas. En tema de la salud, hubo vaivenes que oscilaron con las eventualidades que trajo consigo el fenómeno; la vigilancia sanitaria fue difícil durante los años más turbulentos, además de la poca circularidad de medicamentos y la necesidad de enfermeras y médicos por los enfrentamientos militares. Los años veinte se colocaron como una etapa de reconstrucción y diálogo entre opositores, las políticas públicas vinculadas con la salud fueron tema de discusión relevante debido los huecos que no se subsanaron en la década anterior. Motivo por el cual la vacunación se posicionó como la esperanza para fortalecer a los nuevos mexicanos y así generar ciudadanos fuertes que construirían el México del mañana.

Durante los años treinta, con el gobierno de Lázaro Cárdenas del Río, la política benefactora colocó el tema de salud como un cimiento fundamental de su mandato. Si, por un lado, el reparto agrario, la reforma fiscal y la educación tuvieron modificaciones substanciales, la salud era para su gobierno un aspecto que habría

de solucionar, destinando mayor recurso y logrando que los médicos llegaran a comunidades distantes, además de introducir nuevas tecnologías que eliminaran las enfermedades de raíz. Para las décadas de 1940 y 1950 la política de salud estuvo muy ligada con los efectos del contexto internacional. Antibióticos como la penicilina fueron ampliamente utilizados en el país, lo cual generaron que se aplicaran medidas regulatorias específicas, debido a la generalización del medicamento y el temor de que la población los utilizara para padecimientos ajenos a su propósito.

2.2. Revolución, salud pública y la medicina

Después de haber permanecido casi tres décadas en el poder, el régimen porfirista llegó a su fin tras el inicio del fenómeno revolucionario. Los cambios generados por el movimiento, aunque fueron distintos según las especificidades de cada región, condujo a la movilidad de las estructuras de poder, permitieron la participación activa de los sectores populares en la construcción del sistema democrático y coadyuvó en la configuración de una cultura política versada en la difusión de principios concientizadores para las masas en décadas posteriores.⁹⁴ Sin embargo, las expresiones de violencia ocasionadas por la movilidad de las tropas en los primeros años de la Revolución, las fracturas políticas debido a los desacuerdos de las facciones por instaurar un proyecto de nación, las inseguridades y temores en las poblaciones por las inclemencias que traía consigo el conflicto, además del reordenamiento de las prioridades económicas y políticas que oscilaba acorde con los ritmos del movimiento social, generaron descuidos y omisiones importantes en los mecanismos de salud pública.

Previo al inicio de la Revolución, cuando Francisco I. Madero estaba realizando su campaña política en 1910, sostuvo que la política de salud, la educación, el cuidado personal y los vicios serían una prioridad para su gobierno, afirmando que la apatía

⁹⁴ Ana María Carrillo, "La enseñanza y la divulgación de la salud pública en el México posrevolucionario" en Rosaura Ruíz, Arturo Argueta y Graciela Zamudio (coords.), *Otras armas para la independencia y la Revolución. Ciencias y humanidades en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 2010, pp. 261-280.

del régimen no había logrado subsanar los problemas que miles de personas tenían a causa de las necesidades y servicios que requerían los centros urbanos y las provincias, así como las malas prácticas y la ignorancia sobre el cuidado familiar que aún predominaba en la mayor parte de la población, principalmente en los sectores populares y marginados.⁹⁵ Madero, hombre culto, rico y preparado, no se distanciaba mucho en cuanto a la percepción del progreso científico porfirista. Estaba de acuerdo con la generalización del conocimiento médico en todas las capas de la sociedad, y con ello eliminar costumbres, hábitos y prácticas populares que en lugar de mejorar la salud la ponían en riesgo.

Aunque, por otro lado, llama la atención que Madero también tenía una visión mística de las enfermedades, asociadas con sus creencias espiritistas y la cura mediante “la transmisión de fluido sano y vigoroso de un organismo a otro.”⁹⁶ Claro está que estas percepciones sobre las enfermedades no eran la que predominaba en sus discursos, sino la de un gobierno que se encargaría de curar las patologías sociales propiciadas por régimen.

Poco antes de que el movimiento insurrecto diera su marcha, médicos mexicanos llevaron propuestas a las autoridades federales para mejorar la salud pública. El propósito era atacar enfermedades que hasta ese momento (primera década del siglo XX) pocos efectos positivos habían tenido las estrategias aplicadas, ya sea por desinterés o por mala organización de sus titulares. De ahí que se celebrara en 1910 un congreso médico en la ciudad de México que reunió tanto a estudiantes como especialistas de gran renombre. Una de las propuestas que mayor aceptación causó fue la de un grupo de médicos que señaló lo urgente que era la renovación de campañas que atendieran enfermedades cada vez más notorias, como la lepra, la anquilostomiasis y el cáncer. Dicha propuesta fue bien recibida, pero no se pudo concretar. En palabras de Ana María Carrillo, “el inicio de la guerra no solo impidió

⁹⁵ Alan Knight, *La Revolución mexicana. Del Porfiriato al nuevo régimen constitucional*, México, Fondo de Cultura Económica, 2010, pp. 109, 113, 117.

⁹⁶ El libro *Manual Espirita*, firmado por Madero con el pseudónimo de Bhima es una ventana para interpretar sus creencias espiritistas. Ahí se menciona lo siguiente. “El efecto más frecuente y usual del magnetismo, es llevar la salud a los enfermos. La transmisión de fluido sano y vigoroso a un organismo debilitado, provoca una reacción en los fluidos de este último; reacción que muy pronto alivia las dolencias físicas. *Manual espirita por Bhima*, México, Tipología Artística, 1911, p. 23.

emprender nuevas tareas, sino que provocó el abandono de las campañas de salud pública que ya estaban en marcha. Lo anterior aunado a la movilización de las tropas y de la población que huía de los lugares del conflicto, la pérdida de fuentes de trabajo, en relajamiento de las medidas de higiene y el hambre.⁹⁷

En este tenor fue que un diario independiente veracruzano retomó las quejas de algunos habitantes de la ciudad de México. Señaló que desde el inicio de la Revolución la llamada “ciudad de los palacios” se convirtió en la ciudad de las “seis p: polvo, parásitos, pobreza, pornografía, pereza y prestamistas”. Argumentaban también que los suburbios de la capital, atestados de parásitos generadores del tifo, eran el reflejo de las omisiones que las autoridades tuvieron desde 1911.⁹⁸ Tras la desaparición y el asalto de algunos carros fúnebres, fue recurrente observar que los féretros se quedaran en las calles durante horas o días, generando un ambiente pestilente debido a los cuerpos descompuestos y el hedor que surgía, tal como sucedía en la plazuela Loreto. Se señalaba que tanto el consejo de Salubridad como el regidor de los panteones no velaban por resolver estas problemáticas. En palabras de la prensa y de quienes enviaron sus quejas, esta dependencia solo velaba por sus intereses, pues aseguraban que el regidor de los panteones se robaba el ingreso que se debía de utilizar para este tipo de situaciones.

En los suburbios de la capital viven las hampas generadoras de la bacteria y depositarias de la incuria, y allí la acción de la autoridad sanitaria es el olvido; pero en el centro poblado, debería ser práctica la higiene, o al menos procurarse que desaparecieran las causas de la mortalidad. Más no hay tales carneros [...] pero los vivos tienen el martirio de ver junto a sus casas hileras de féretros, tan pobres algunos de ellos, que por las junturas de las tablas escurren las materias orgánicas del muerto o se exhalan las pestilencias del cuerpo descompuesto. Esto se ve desde el alba hasta la puesta del sol, en la plazuela de Loreto, donde los cajones con cadáveres esperan largas horas la llegada de la gaveta fúnebre.⁹⁹

⁹⁷ Ana María Carrillo, *La enseñanza y la divulgación... Op. Cit.*, pp. 265, 266.

⁹⁸ La creencia de que el tifo se generaban en ambientes insalubres estaba muy extendida. Hoy en día se sabe que “el agente causante del tifo es una bacteria parásita, *Rickettsia prowasekii* (tifo exantemático epidémico), que vive en el piojo, vector transmisor de la enfermedad. Para inicios del siglo XX aún existía mucho desconocimiento en México sobre la causa originaria. Martha Eugenia Rodríguez, “El tifo en la ciudad de México en 1915”, *Gaceta Médica Mexicana*, núm. 152, 2016 p. 254.

⁹⁹ *Veracruz, Veracruz*, tomo I, núm. 11, 13 de junio de 1914, p. 2.

Lo anterior nos permite reflexionar sobre las ventajas económicas que pudo representar para muchos funcionarios, cuya labor se asociaba con el cuidado y la higiene de espacios públicos y cementerios durante la contienda armada. En otros términos, si bien como lo señala Ana María Carrillo, el movimiento revolucionario relajó las medidas y las políticas en torno a la salud, también pudo significar ciertas oportunidades para funcionarios de escalones medios y altos; aprovechar las circunstancias y con ello obtener ingresos económicos al margen de la Ley. Así, la coyuntura social revolucionaria fue vista como una alternativa para desviar recursos económicos y enriquecerse con ello, ante las ventajas que traía consigo el contexto convulso de los primeros años.¹⁰⁰

La interrupción de la vigilancia de la policía sanitaria en establecimientos comerciales y puntos de venta de alimentos y bebidas (cuerpo que adquiere solidez durante el porfiriato) fue otro aspecto muy notorio. No era extraño que cantinas, expendios de carnes y de refrescos funcionaran sin recibir las visitas periódicas de las autoridades correspondientes. En el caso de las tabernas, mantener las instalaciones desinfectadas, contar con un baño para los asistentes, evitar que los clientes escupieran en el suelo y adulterar las bebidas eran las omisiones más usuales que ponían en riesgo la salud.¹⁰¹

Durante el primer lustro de la década revolucionaria, la intensificación de la miseria -como efecto de las interrupciones en la movilidad de alimentos-, generó semanas de hambruna en las regiones más alejadas de los centros agrícolas y urbanos, traduciéndose en la deficiencia de vitaminas en los organismos, así como una alta proclividad de contagios de enfermedades por a la poca presencia de defensas biológicas. Si bien no fue algo generalizado, se registraron casos en que la escasez

¹⁰⁰ Iván Francisco León Velarde, *Espacios de venta y consumo de bebidas alcohólicas: regulaciones, prácticas y puntos de encuentro en la ciudad de Culiacán 1900-1920*, Sinaloa, tesis de maestría en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2022, pp. 156, 157.

¹⁰¹ Iván Francisco León Velarde y Jesús Rafael Chávez Rodríguez, "Regulación, vigilancia y descontrol en los espacios de venta y consumo de bebidas alcohólicas en Culiacán durante la Revolución mexicana 1911-1915", *Letras Históricas*, núm. 26, primavera-verano, 2022, p. 28.

de alimento obligó a las personas a comer lo que veían, como plantas, cortezas de árboles y raíces.¹⁰²

De acuerdo con Martha Eugenia Rodríguez, el año más crítico de la Revolución fue 1915, esto por el desabasto de alimentos y de agua (los trenes transportaban soldados, no víveres), aumento de precios, recortes de salarios, hambres, epidemias, contagios y una alta mortalidad”.¹⁰³ El tifo fue el más claro ejemplo de esto, pues de 1915 a 1916 los casos se elevaron en un 40% en el valle de México: de 6,262 casos se incrementó a 10,923 casos, lo cual contrasta significativamente con los números tan bajos registrados en la primera década del siglo XX. Sobre esto, Ingrid Brena señala que de los éxitos más destacados del régimen porfirista fue la disminución de dicha enfermedad en la ciudad de México, el centro urbano que más problemas representaba en este sentido. De 1, 379 personas contagiadas de tifo en 1901, se redujeron a solo 248 en 1904.¹⁰⁴ Tan alarmante fue el alza de contagios de tifo en años revolucionarios que la mortalidad aumentó en un 70%.

En el segundo lustro, el paludismo y la viruela se estaban convirtiendo en verdaderos problemas de salud para los efímeros gobiernos emanados de la Revolución. El escenario se complicó aún más en 1917 con el arribo de un nuevo brote epidémico de alcances globales: la fiebre española. En un primer momento, – tras detectarse los primeros casos– se pudo contener la propagación, pues los contagiados fueron rápidamente trasladados a los hospitales militares. Posteriormente, ya en los últimos meses de 1918, la enfermedad venció los mecanismos de aislamiento establecidos por las autoridades mexicanas. Existen dos versiones sobre la manera en que la gripe se extendió en nuestro territorio. La primera de ellas señala que se debió a la llegada del barco Alfonso XIII, el cual arribó

¹⁰² Jorge Escobedo de la Pela y César Athié Gutiérrez, *Enfermedades por el nuevo coronavirus sars-cov-2*, tomo I, México, Editorial Alfis, 2022, pp. 20, 21.

¹⁰³ Martha Eugenia Rodríguez, *El tifo en la ciudad de México en 1915... Op. Cit.*, p. 254.

¹⁰⁴ Raúl Ávila Ortiz, Eduardo de Jesús Castellanos Hernández y María del Pilar Hernández, *Porfirio Díaz y el derecho. Balance crítico*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015, p. 417.

a costas veracruzanas en octubre de 1918,¹⁰⁵ procedente de España, y que traía consigo viajeros enfermos. Como medida preventiva, las autoridades sanitarias del puerto acordaron poner en cuarentena a sus tripulantes, niños, mujeres y hombres por igual, pero en el proceso un número importante de personas se contagiaron, incluidas las autoridades sanitarias. La segunda explicación apunta que todo inició en el puerto de Tampico con la llegada del vapor inglés Santa Alicia, procedente de Nuevo Orleans, el cual ya traía a la mayor parte de la tripulación como portadora de la enfermedad.¹⁰⁶

Tan rápido fue la propagación de la gripe española que en la segunda semana de octubre el cuartel situado en la Villa de Guadalupe Hidalgo (en la ciudad de México) ya estaba lleno de personas que manifestaban síntomas.¹⁰⁷ Las extenuantes jornadas de médicos y enfermeras, el elevado número de personas contagiadas y la insuficiencia de medicamentos ocasionaron que el virus se extendiera rápidamente por vecindades, orfanatorios y hospitales. La opinión pública, por su parte, sostenía que los números de muertos que emitía la autoridad no coincidían con el número de enfermos reales,¹⁰⁸ y que se presentaban cerca de trescientos casos al día en la capital del país, número preocupante y que incrementaba los temores de la población.¹⁰⁹ A esto se adhirieron las posteriores noticias sobre decenas de muertos en España, Inglaterra y Estados Unidos, alarmando aún más a la población local.¹¹⁰

¹⁰⁵ América Molina del Villar, “Remedios curativos y propaganda médica contra la influenza de 1918 en México: ideas y conocimientos”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 27, núm. 2, abril-junio, 2020, p. 396.

¹⁰⁶ *Ibíd.*, p. 390.

¹⁰⁷ Alexander Ryan M. “The Spanish flu and the sanitary dictatorship: México’s response to the 1918 influenza pandemic”, *The Americas. A quarterly review of inter-american cultural history*, vol. 76, núm. 3, 2019, p. 450.

¹⁰⁸ Cano-Sánchez BL. “La influenza española en México: el caso de los estados fronterizos (1918-1919)” en Molina del Villar A, Márquez-Morfin L, Pardo-Hernández CP, ed. *El miedo a morir. Endemias, epidemias y pandemias en México: análisis de larga duración*. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Instituto Mora, 2013, p. 280.

¹⁰⁹ Octavio Gómez, “El trancazo, la pandemia de 1918 en México”, *Salud Pública de México*, vol. 62, núm. 5 septiembre-octubre, 2020, p. 594.

¹¹⁰ El 1919, el diario *El Heraldo de México* tenía como encabezado la siguiente noticia. “Treinta soldados fueron atacados de gripe. En el hospital militar de [la población de Toledo], acaban de ser internados treinta soldados enfermos de ataques gripales. Las autoridades sanitarias han tomado toda clase de precauciones a fin de evitar que se propague tan contagiosa epidemia. Los atacados

Por otro lado, se observa que la Revolución ocasionó el desplome de la medicina preventiva, es decir, la especialidad encargada de instituir prácticas y saberes para evitar el desarrollo de enfermedades. La medicina preventiva era, desde finales del siglo XIX, el depósito de la esperanza de una sociedad consiente y capaz de velar por sí mismo. El movimiento social pausó el desarrollo de campañas preventivas de diferente índole, sobre todo durante los primeros años del conflicto; también puso una breve interrupción a investigaciones científicas que estaban en proceso, así como la reducción de becas a médicos y estudiantes para que se especializaran en el extranjero.¹¹¹ Estudios clínicos, cirugías y progresos investigativos en instituciones médicas como el Instituto Médico Nacional y el Instituto Bacteriológico Nacional tuvieron que detenerse¹¹² debido a la incertidumbre que ocasionó la Revolución en relación con la financiación de proyectos futuros.¹¹³

El lado contrario de la interrupción de la ciencia médica fue la politización, la ideología y la lucha de estudiantes y médicos que se sumaron a la Revolución. Entre los médicos que adoptaron las ideas maderistas estuvieron reconocidas personalidades como Alfonso G. Alarcón, fundador de revistas médicas; Mariano Azuela, quien además era dramaturgo y novelista; Manuela Gea González, catedrático de la Escuela de Medicina. También estuvieron Francisco Canale y Ricardo Suárez Gamboa, este último fue jefe de servicio médico de Carranza.¹¹⁴ Los médicos señalados fueron figuras destacadas; su participación dentro del movimiento social fue más de apoyo político, de acompañamiento y asesoramiento,

han sido reclusos aisladamente en departamentos de observación médica.” *El Heraldo de México*, año 1, núm. 152, México, 27 de septiembre de 1919, p. 5.

¹¹¹ Anna Cecilia Rodríguez de Romo y Martha Eugenia Rodríguez Pérez, *Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX*, <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/?lang=es#>. (Consultado el 3 de marzo de 2023).

¹¹² Carlos Viesca Treviño, “La medicina mexicana en 1910”, *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, núm. 48-6, 2010, pp. 615-624.

¹¹³ Los movimientos revolucionarios y la inestabilidad política que se vive cuando el *statu quo* se ve amenazado ocasiona temores en el mundo académico e investigativo. Al respecto, puede consultarse María de la Paz Ramos Lara, “La enseñanza de la física durante la Independencia en el Colegio de Minería” en Rosaura Ruíz, Arturo Argueta y Graciela Zamudio (coords.), *Otra armas... Op. Cit.*, 2010, pp. 59-74.

¹¹⁴ Alfredo de Micheli Serra, “Contribuciones de la clase médica en la revolución mexicana”, *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 136, núm. 1, 2000, p. 72.

de ahí que ocuparan cargos políticos en diferentes momentos de la segunda década del siglo XX.

Sobre la participación de médicos, enfermeras y personal de salud de rangos medios y bajos, fueron ellos quienes estuvieron al frente de las contiendas para sanar a los hombres que resultaban heridos. Realizaban múltiples tareas, desde cocinar hasta mantener los espacios limpios, sobre todo las mujeres que acompañaban a las tropas, quienes hacían curaciones, desinfectaban heridas, apoyaban en la realización de amputaciones, preparaban los cadáveres para los entierros, y combatir frente a frente con los enemigos.¹¹⁵ Pese a contar con personal médico, y tras el apoyo que brindaron organismos como la cruz roja y la cruz blanca, no hubo abasto para las inclemencias, las heridas y las enfermedades que propició el movimiento revolucionario.¹¹⁶ A partir de un estudio regional sobre la profesionalización de la enfermería, Brianda Tamez muestra cómo el personal de los hospitales no se daba abasto cuando los combatientes llegaban.¹¹⁷ A esto hay que sumar las pésimas condiciones de salud en que llegaban algunos hombres, – como enfermedades estomacales e infecciones– la suciedad y la basura que dejaba la tropa en los espacios públicos, potencializando así el desarrollo de enfermedades en las localidades.

2.3. Política y salud en la primera década del México posrevolucionario

Una vez concluida la fase armada de la Revolución mexicana dio paso la etapa conocida como el México posrevolucionario, cuya temporalidad se establece desde el inicio de la década de 1920 hasta mediados del siglo XX. Las circunstancias que trajo consigo el movimiento social planteó la urgencia de la instauración de un proyecto político que velara por los intereses sociales. Esto se expresó de manera intensa desde el discurso político gubernamental, pues no era extraño que se aludiera a la necesidad de transformar la mentalidad, los hábitos, las costumbres y

¹¹⁵ Flor Lizet Villeda García, Nadia Rodríguez González y Miguel Ángel Córdova Ávila, “La práctica enfermera durante la Revolución mexicana 1910-1920”, *Revista de Enfermería del Instituto Mexicana del Seguro Social*, núm. 18-3, 2010, pp. 165, 166.

¹¹⁶ *Ibíd.*, p. 169.

¹¹⁷ Brianda Lizbeth Tamez Leyva, *Del oficio a la profesión... Op. Cit.*, pp. 90-93.

las formas de asimilar el porvenir, aunque en el proceso, se identificó que las barreras impuestas por la cultura y la tradición traerían desafíos para la política de salud pública. En palabras de Mary Kay Vaughan, “el Estado mexicano de los años veinte y los treinta no fue un Leviatán capaz de arrollar a la sociedad en interés de su proyecto singular. Fue una formación nueva, sometida a persistentes desafíos en un contexto de intensa movilización sociopolítica”.¹¹⁸

En términos internacionales, el mundo se había transformado vertiginosamente en los años veinte. Fueron características del periodo de la posguerra los estragos en los mercados internacionales, la inestabilidad en las relaciones políticas y la aparición de nuevos regímenes que generaban múltiples sensaciones a los espectadores. Al finalizar dicha década devino una crisis que empeoró aún más la situación para los países que fueron afectados por la guerra. Para el año de 1929, la incertidumbre en los mercados repercutió seriamente en las naciones que fueron atacadas durante el conflicto, abriendo paso a una etapa de recesión y debilitamiento de la clase alta, la clase media y los sectores populares. Estados Unidos, pese a sufrir las repercusiones del *crack*, mostró ritmos de vida más relajados en el transcurso de los años treinta, producto del despegue económico y las ventajas que obtuvo de la gran guerra, lo cual permitió una recuperación más acelerada en comparación con países europeos. En este contexto, la salud, la higiene y la temperancia tuvieron un papel determinante en la práctica política de las naciones. Hubo quienes buscaron instituirlo con ideas radicales e impositivas, bajo principios eugenésicos¹¹⁹ de segmentación y exclusión racial;¹²⁰ aunque en

¹¹⁸ Mary Kay Vaughan, *La política cultural en la revolución... Op. Cit.*, p. 23.

¹¹⁹ “Francis Galton propuso el término *eugenesia* (*eugenics*) en 1883, en su libro *Inquiries into Human Faculty*, para designar la ciencia que permitiría modificar (mejorar) los rasgos hereditarios en la especie humana. Aunque a Galton se le recuerda principalmente por introducir dicha nominación, es preciso señalar que ésta hizo parte de un proyecto más amplio, en cuyo centro se hallaba una preocupación por establecer leyes estadísticas de la herencia”. Julio Alejandro Castro Moreno, “Eugenesia, genética y bioética. Conexiones históricas y vínculos actuales”, *Observatori de Bioética i Dret. Revista de Bioética y Derecho*, núm. 30, enero 2014, p. 68.

¹²⁰ Por ejemplo, en el texto “mi lucha”, de Adolfo Hitler, se observa esta inclinación porque el Estado alemán implementara una política de salud radical, que excluyera a las personas que por cuestiones de raza no transmitieran atributos y cualidades a las generaciones futuras. https://books.google.com.mx/books/about/Mi_lucha.html?id=68vGCwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. (Consultado el 20 de marzo de 2023).

otros lugares se prefirió la concientización y el ejercicio de políticas públicas con efectos a corto, mediano y largo plazo.

A la par de la política económica y fiscal posrevolucionaria, el tema de la salud cobró un nuevo protagonismo en México en las décadas de 1920 y 1930. Prueba de ello fue la fecundidad de reglamentos para la producción y expendio de alimentos y bebidas; la publicación del código sanitario de 1926, las ligas, campañas y movimientos políticos y sociales llevados a cabo en las entidades del país en pro de la salud, el cuidado familiar, la erradicación de enfermedades como el alcoholismo, entre otros.¹²¹

Durante el gobierno de Álvaro Obregón (1920-1924) se subrayó la importancia que tomaría el tema de la salud durante su administración, afirmando que era urgente la creación de campañas especiales para combatir enfermedades y padecimientos de gran peligrosidad.¹²² Tras haber identificado brotes de fiebre amarilla, en 1921 se estableció un decreto en donde propuso la creación de la *Comisión Especial* para la campaña en contra de dicha enfermedad, la cual fue aprobada, recibiendo la ayuda de la *Oficina de Higiene Internacional de la Fundación Rockefeller*. Para octubre del mismo año, se realizó la *Convención Mexicana de Fiebre Amarilla* para reunir las propuestas de cómo se llevaría a cabo esta cruzada de salud. Los acuerdos llevaron a la segmentación del territorio nacional en seis zonas para que en lo sucesivo se pudiera planear una estrategia de erradicación de la enfermedad según las particularidades del espacio en cuestión, mismos que se concentraron en los siguientes lugares: “Tampico, Tuxpan, Veracruz, Tehuantepec; Yucatán y Campeche; Colima; Manzanillo y Mazatlán; Culiacán, comprendido en esta los estados de Sinaloa, Sonora y Nayarit”.¹²³ De esta manera, dio inicio una intensa

¹²¹ Jesús Méndez Reyes, “De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la posrevolución 1916-1931” en Ernest Sánchez Santiró (coord.), *Cruda realidad. Producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto Mora, 2007, p. 243.

¹²² Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Martha Eugenia Rodríguez Pérez, “Historia de la salud pública en México: siglos XIX-XX”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 5, núm. 2, 1998, <https://www.scielo.br/hicsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/?lang=es>. (Consultado el 7 de marzo de 2021).

¹²³ Salvador Novo, “Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla. Nuestro siglo”, *Salud Pública de México (suplemento)*, vol. 37, 1995, p. 100.

campaña en contra de los mosquitos, al ser los agentes portadores de la enfermedad. Para 1923 los casos de fiebre amarilla descendieron drásticamente hasta que prácticamente se extinguió en el país.¹²⁴

La vacunación fue otro aspecto que se fortaleció durante el primer lustro de la década de 1920. El argumento político de los gobernantes era que desde el porfiriato los programas de vacunación presentaban inconsistencias y desigualdades. Aun cuando los trabajos lograron mitigar y prevenir la generalización de enfermedades potenciales a finales del siglo XIX, las autoridades federales de los años veinte señalaban que hizo falta un marco institucional fortalecido, que desembocara en un mayor alcance social. También puntualizaban que la aplicación de vacunas por personal que no ejercía la medicina fue una estrategia contraproducente durante el porfiriato, pues generó incredulidad y desconfianza en las personas.¹²⁵

Dicho de otra manera, no significaba lo mismo ser vacunado por un médico certificado que por un vecino, cuya confianza y cercanía podían producir desapego y desconfianza. Esto se relaciona mucho con las reflexiones de Michel Foucault sobre la práctica médica, la legitimidad y la credibilidad que le confiere el mismo saber médico que posee el especialista, así como la validación por parte del Estado al designarles esta tarea,¹²⁶ pues como vemos, repercute en el nivel de confianza que se genera en los grupos sociales.

Una de las problemáticas que tuvieron los gobiernos posrevolucionarios fue la interrupción en la producción de vacunas y sueros durante la Revolución. De ahí que entre 1922 y 1950 la vacunación se convirtiera en el pilar de la política de salud en México, pues ahí se depositaban las esperanzas para evitar epidemias. Los progresos de los institutos de bacteriología, de inmunología y la medicina de laboratorio se posicionaron como el camino para un futuro sin las enfermedades de

¹²⁴ *Ibíd.*, p. 105.

¹²⁵ Claudia Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas... Op. Cit.*, p. 70.

¹²⁶ Michel Foucault, *Historia de la medicalización... Op. Cit.*, 4-11.

antaño, aquellas que diezmaron la población en el pasado.¹²⁷ Al respecto, Claudia Agostoni ha señalado que estas disciplinas, saberes y procedimientos científicos

favorecieron una concepción muy estrecha de la enfermedad que llevó a que en los programas de salud pública estatal se priorizara el combate de los agentes causales de distintas enfermedades (gérmenes, bacterias, bacilos, parásitos) y la fabricación en laboratorios especializados de los recursos de origen biológico (sueros, reacciones, vacunas) para contener la propagación de distintas enfermedades e infecciones. Es decir, la bacteriología y la inmunología posibilitaron que en los programas de salud pública organizados por el Estado se enalteciera la determinación y obligación de buscar los medios para imponer una serie de estrategias defensivas y ofensivas para liberar al cuerpo social e individual de las hostilidades imperceptibles y cotidianas que amenazaban la salud y el vigor de las poblaciones.¹²⁸

Diferentes puntos de vacunación existieron a lo largo de la República de manera gratuita, tanto en los centros urbanos como en comunidades rurales. Se diseñaron programas de vacunación para aquellas villas y poblaciones alejadas de las ciudades y de difícil acceso, algo que había perdido su fuerza previamente, pero que se intentó restablecer. También se llevaron a cabo campañas de vacunación en las escuelas, y para ello, se capacitó e instruyó al personal docente para que “vigilaran las condiciones higiénicas de las escuelas, que verificaran el estado de salud de los infantes y que conocieran cuáles eran los principales síntomas de las enfermedades que con mayor frecuencia se manifestaban en la niñez”,¹²⁹ que para la época eran la escarlatina, difteria, rubeola, tifo, tifoidea, paratifoidea, sarampión, varicela y viruela.

Debido a la necesidad de reestructurar los lineamientos y normativas en materia de salubridad y salud, fue que en 1926, durante el gobierno de Plutarco Elías Calles, se diseñó y publicó el *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, uno de los logros más loables para el ejecutivo federal, ya que confería facultades extraordinarias en materia de salud, lo cual vino a fortalecer su poder.¹³⁰

¹²⁷ Claudia Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas... Op. Cit.*, p. 70.

¹²⁸ *Ibíd.*, p. 79.

¹²⁹ *Ibíd.*, p. 73.

¹³⁰ Rogelio Godínez Reséndiz y Patricio Aceves Pastrana, “La regulación del medicamento industrial en México 1926-1937”, *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, núm. 43-1, 2012, p. 51.

El documento puede leerse en dos direcciones. La primera de ellas corresponde a la motivación con la cual fue estructurado, es decir, la renovación del marco legal ante las inconsistencias que ponían en riesgo la salud en sus diferentes manifestaciones. El segundo nos refleja aquellos problemas que se expresaban con notoriedad en el país.

El *Código Sanitario* estaba dividido en cuatro secciones principales, y se titulan de la siguiente manera: 1) administración sanitaria general de la república; 2) Administración sanitaria local; 4) de las penas; 5) del procedimiento. Al interior se pueden observar aspectos específicos que eran prioritarios controlar y regular para las autoridades posrevolucionarias, como la sanidad y los mecanismos para identificar el estado de los alimentos que llegaban por los puertos fronterizos, la revisión meticulosa de las personas que desembarcaban, sobre todo de los chinos, quienes eran considerados portadores potenciales de enfermedades.¹³¹ De igual forma, se publicó un listado de las enfermedades más transmisibles para la época,¹³² la responsabilidad de los médicos para atender a los contagiados en cualquier circunstancia, aun cuando sus honorarios se vieran comprometidos. También señalaba la obligatoriedad de las iglesias y el Estado para solicitar un certificado de compatibilidad y salud a las parejas que deseaban contraer matrimonio, así como los mecanismos para la revisión periódica de las mujeres que ejercían la prostitución.

Una singularidad que sobresale del *Código Sanitario* es la división que establece entre farmacias (también llamadas boticas) y droguerías, el primero considerado un

¹³¹ Sugiero la lectura del trabajo investigativo de Elizabeth Covarrubias, quien hizo un reciente estudio sobre el movimiento anti-chino, el racismo, la xenofobia y la circulación de ideas y estereotipos que fortaleció la exclusión y la expulsión de los chinos en la frontera entre México y Estados Unidos. Elizabeth Covarrubias Herrera, *El movimiento antichino en Sonora y sus expresiones racista en Cananea, 1920-1931*, Sinaloa, tesis de maestría en Historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2021, 171 pp.

¹³² “El cólera, la peste bubónica, el tifo, la fiebre amarilla, las infecciones puerperales, al viruela y varioloide, la escarlatina, la difteria, el tracoma y oftalmía purulenta, la fiebre tifoidea, la tuberculosis, la meningitis, cerebroespinal, la tos ferina, la lepra, la tiña, la crsipela, la filariasis, la sífilis, la blenorragia.” *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Departamento de Salubridad Pública, 27 de mayo de 1926, p. 385. Versión Online: <http://cdam.unsis.edu.mx/files/Servicios%20publicos%20municipales/4%20Mercados/Codigo%20Sanitario%20de%20los%20Estados%20Unidos%20Mexicanos.pdf>. (Consultado el 10 de marzo de 2023).

establecimiento que expedía medicamentos con recetas y el segundo un negocio en donde se comercializaba sin la necesidad de contar con una receta médica. El *Código Sanitario* dejaba en un segundo plano a las droguerías, puntos de venta muy recurridos por las personas, principalmente por los sectores populares, ya que manejaba precios más accesibles; sin embargo, los métodos de preparación no siempre eran claros, lo cual ponía en riesgo la salud de las personas. Así, la proliferación de medicamentos de procedencia extranjera también era algo que inquietaba a los farmacéuticos, pues de acuerdo con este gremio, eran tantos que las autoridades omitían las inspecciones correspondientes. La participación de un grupo de farmacéuticos fue decisiva en los albores de la década de 1930, quienes se dirigieron al poder ejecutivo para que establecieran un marco legal que prohibiera la distribución de medicamentos adulterados. Las acciones tuvieron sus efectos, ya que al poco tiempo el *Departamento de Salubridad Pública* se comprometió a solucionar dicha problemática con fuertes dispositivos de vigilancia.¹³³

Algo muy importante sobre el *Código Sanitario* es lo referente a la higiene de los cementerios, la fabricación de alimentos y la preparación de los mismos. Sobre los cementerios, el *Código Sanitario* impuso inspecciones obligatorias por parte del *Departamento de Salubridad Pública*, tanto en panteones públicos como privados, así como cortar toda conexión que tuviera con ríos y manantiales, ya que el agua pluvial era un factor de peligro importante, al poder contaminar y enfermar a las comunidades.¹³⁴ Sobre la preparación de alimentos, llama la atención que se señale con rigurosidad la prohibición de utilizar madera de las vías del ferrocarril para la fabricación de hornos de pan, lo cual nos sugiere que era un problema que se presentaba con cierta notoriedad. Ante los temores de enfermedades desconocidas, la preparación y consumo de alimentos fueron temas prioritarios, de ahí que se les exigiera a los carniceros, por ejemplo, que registraran los animales sacrificados que

¹³³ Rogelio Godínez Reséndiz y Patricio Aceves Pastrana, *La regulación del medicamento... Op. Cit.*, pp. 57, 58.

¹³⁴ *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos... Op. Cit.*, p. 405.

presentaran alguna enfermedad sospechosa, y que por ningún motivo se vendiera para el consumo humano.¹³⁵

Al iniciar la década de 1930 se llevaron a cabo diferentes campañas de salud. Algunas tuvieron continuidad y otras fueron sustituidas por problemas que necesitaban mayor atención. Es necesario analizar la política de salud durante el gobierno del general Lázaro Cárdenas.

2.4. El cardenismo y la salud pública

Desde el momento en que Lázaro Cárdenas comenzó su candidatura para la presidencia de la República, es posible identificar algunas preocupaciones relacionadas con la salud pública del país. Por ejemplo, en su plan sexenal criticó el poco recurso económico que se había destinado *al Departamento de Salubridad Pública* en años anteriores, aspecto que contrariaba las intenciones de mejorar la salud de las personas, pues decía que se necesitaba más recurso para una labora tan grande. En este documento, el presidente puntualiza que dicho recurso oscilaba entre el 1% y el 3% del presupuesto de egresos de la Federación, motivo por el que se comprometió a incrementarlo de ser elegido como titular del ejecutivo.

Hasta el presente año, solamente se han destinado al Departamento de Salubridad Pública, cantidades que han fluctuado entre el 1.93%, en el año de 1926, y el 3.03%, en 1933, sobre el monto total del Presupuesto de Egresos de la Federación. El Partido Nacional Revolucionario juzga inaplazable para la ejecución de las medidas apuntadas, el aumento de los presupuestos respectivos, y contrae el compromiso de que, durante la vigencia de este Plan de Gobierno, las sumas que se asignen para las atenciones del expresado Departamento representen, cuando menos, respecto al monto total del Presupuesto de Egresos de la Federación, los siguientes porcentajes: 3.40 en 1934, 3.86 en 1935, 4.20 en 1936, 4.60 en 1937, 5.00 en 1938, 5.50 en 1939.¹³⁶

Con lo anterior, manifestó el interés de su gobierno en brindar apoyo económico al rubro de salud. Se buscó mejorar principalmente a los sectores populares, y con

¹³⁵ *Ibíd.*, p. 410.

¹³⁶ *Plan sexenal del gobierno de Lázaro Cárdenas*, <https://www.memoriapoliticademexico.org/Textos/6Revolucion/1933PSE.html>. (Consultado el 4 de julio de 2022).

ello, elevar la esperanza de vida, que para entonces oscilaba entre los treinta y cuatro y los cuarenta años de edad. Así mismo, se diseñó un proyecto que consistiría en aprovisionar agua potable en zonas rurales para incentivar una cultura del cuidado, además de intensificar en envío de médicos a comunidades campesinas con la finalidad de que realizaran campañas que fortalecieran los hábitos de higiene, a partir de charlas y brindando medicamentos gratuitos a la población. La iniciativa anterior fue la base para que se estableciera un convenio entre el jefe del *Departamento de Salubridad* y la *Universidad Nacional de México*, con el objetivo de que los pasantes de medicina realizaran su servicio social por cinco meses en zonas rurales a lo largo de la nación, y con este servicio obtuvieran su título profesional.¹³⁷

Como se dijo en el primer capítulo, las estrategias de salud durante el cardenismo y los años posteriores se situaron dentro de una política social conocida como Estado benefactor, la cual consistía en una serie de reformas sociales que tenían la intención de remediar problemáticas como la pobreza, la educación, la cultura y la salud, a la par de estrategias económicas y políticas que buscaron devolver bienes y riquezas al control estatal; una repartición de tierras y derechos al cultivo a partir del deslinde de porciones del campo a particulares. La autosuficiencia económica, el apoyo a organizaciones de trabajadores, el fomento de los ejidos, las modificaciones en la reforma tributaria, la estimulación del comercio en sus diferentes niveles, el ímpetu por el corporativismo y el asociacionismo, así como la promoción de una educación socialista fueron elementos característicos de esta política.¹³⁸

Debe puntualizarse que el contexto de los años treinta tuvo matices muy característicos. Por un lado, los preceptos fascistas se materializaron y se convirtieron en política de Estado en España y Alemania; mientras que Inglaterra y Francia continuaron en una situación económica difícil que tan solo les permitió posicionarse como observadores del creciente poder nacional socialista. Por su

¹³⁷ Refugio Lamarque, *50 años de Salud pública... Op. Cit.*, p. 204.

¹³⁸ Farge Collazos, *El Estado de bienestar... Op. Cit.*, p. 45.

parte, la Unión Soviética vivió los primeros años de haber consolidado un régimen totalitario, con la esperanza utópica de forjar un mundo sin distinciones de clases. No había país en el viejo mundo que estuviera ajeno a la idea de un nuevo conflicto, pues las tensiones político-militares ya eran un aspecto dominante en Europa, y se detonó con la invasión de Alemania a Polonia en 1939, dando inicio la Segunda Guerra Mundial.¹³⁹ Mientras tanto, en México se había presenciado el fin de un periodo de control y simulación democrática llamado maximato, pues al llegar al poder el general Cárdenas buscó eliminar el control que Plutarco Elías Calles tenía en la política mexicana. Con voces a favor y en contra, el cardenismo se posicionó como la reivindicación de la lucha popular opacada por la oligarquía de los presidentes posrevolucionarios.

Ahora bien, situados en este momento, se identifica que durante el cardenismo hubo dos estrategias políticas vinculadas con la salud pública que nos gustaría analizar detenidamente por dos razones importantes. La primera de ellas es que representaron un serio problema de salud en México, que habían dejado secuencias importantes en el pasado; la segunda porque las acciones tuvieron resultados positivos en comparación con las décadas anteriores. Nos referimos a la tuberculosis y al paludismo.

2.4.1 Políticas y medidas contra la tuberculosis

Una vez llegado a la presidencia, Lázaro Cárdenas se comprometió a hacer frente a las principales enfermedades de México, particularmente aquellos padecimientos contagiosos que causaban la muerte de cientos de personas al año, como fue el caso de la tuberculosis. Prometió también “capacitar al personal técnico sanitario que cubriera toda la geografía nacional; a prestar atención en la alimentación de los sectores popular y dar continuidad al trabajo descentralizado por medio de la Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República”.¹⁴⁰

¹³⁹Eric Hobsbawm, *Historia del siglo XX*, Argentina, Crítica, 1999, pp. 92, 115

¹⁴⁰Martha Eugenia Rodríguez, *La salud pública durante el Cardenismo... Op. Cit.*, p. 611.

Imagen 6

Impartición del primer curso de adiestramiento del Servicio de Higiene Rural, 1935



Fuente: Martha Eugenia Rodríguez, *Op. Cit.*, p. 611.

Los datos proporcionados por Gerardo Perdigón Villaseñor y Sonia Fernández Cantón, sobre las principales causas de muerte en las décadas de 1920, 1930, 1940 y 1950, nos corrobora esta preocupación del gobierno cardenista, así como variaciones, tendencias y cambios en las condiciones de salud en los años subsecuentes. Por ejemplo, en la década de 1920 y 1930, las principales causas de muerte incluían enfermedades infecciosas como la neumonía, influenza, diarrea, enteritis, fiebre, caquexia palúdica, tos ferina y viruela. Sin embargo, para la década de 1940, hubo una disminución en las enfermedades infecciosas, como el paludismo y la viruela, y un aumento en las muertes violentas o accidentales. Para la década de 1950, las enfermedades infecciosas aún estaban presentes, pero la gastroenteritis y las muertes por accidentes y violencia se volvieron más notorias.

Cuadro 1
Principales causas de muerte en México, 1922-1950

Año	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
1922	Neumonía Influenza	Diarreas Enteritis	Fiebre y caquexia palúdica	Tos ferina	Viruela	Debilidad congénita	Tubercu- losis Aparato respiratorio	Muertes violentas	Bronquitis	Senilidad
1930	Diarreas Enteritis	Neumonía Influenza	Fiebre y caquexia palúdica	Tos ferina	Viruela	Sarampión	Debilidad congénita	Tubercu- losis Aparato respiratorio	Muertes violentas	Bronquitis
1940	Diarreas Enteritis	Gripe y neumonía	Paludismo	Muertes violentas o accidentales	Saram- pión	Bronquitis	Enfer- medades del hígado	Debilidad congénita	Tubercu- losis Aparato respiratorio	Disenteria
1950	Gastro- enteritis y colitis	Gripe y neumonía	Ciertas enferme- dades de la primera	Accidentes, envene- namientos y violencias	Paludismo	Tos ferina	Cirrosis del hígado	Tubercu- losis Aparato respiratorio	Bronquitis	Sarampión

Fuente: Gerardo Perdigón Villaseñor y Sonia B. Fernández Cantón, "Principales causas de muerte en la población general e infantil en México 1922-2005", *medigraphic*, vol. 65, mayo-junio, 2008, p. 239.

Los cambios en las causas de muerte, de los años treinta a los cuarenta, pueden reflejar avances en la medicina y la atención médica. La disminución de enfermedades como la viruela y la tos ferina puede atribuirse a programas de vacunas exitosas y mejores prácticas de salud pública durante los años cardenistas. Por otro lado, aunque hubo un cambio en las principales causas de muerte, las enfermedades infecciosas como la gripe y la neumonía siguieron siendo un problema significativo a lo largo de las décadas. Esto puede indicar la importancia continua de abordar estas enfermedades. La década de 1940, por su parte, vio un aumento en las muertes violentas o accidentales, lo cual está conectado con los cambios en la sociedad, como la urbanización y la movilidad, que podría haber aumentado el riesgo de accidentes.¹⁴¹ La disminución del paludismo y la viruela en la década de 1940 sugiere un esfuerzo exitoso en el control de estas enfermedades infecciosas.

En lo que respecta a la tuberculosis, llama la atención que fue una de las enfermedades más constantes en todas estas décadas; es decir, nunca dejó de ubicarse entre las principales causas de muerte en el país, lo cual justifica el interés

¹⁴¹ Eduardo Luis Menéndez, "Violencias en México: las explicaciones y las ausencias", *Alteridades*, vol. 23, núm. 43, 2012, p. 179.

del gobierno de Cárdenas para mitigar dicha enfermedad. Así, la preocupación por erradicar la tuberculosis tomó forma a partir de la publicación del decreto del 27 de noviembre de 1934, cuyo título era “Campaña contra la Tuberculosis”. El objetivo principal del decreto era la creación de dispensarios anti-tuberculosis, es decir, espacios exclusivamente destinados a brindar atención a personas que manifestaran la enfermedad.¹⁴² En un primer momento, los dispensarios se crearon en el Distrito Federal, cuyo número de lugares sería de acuerdo a las necesidades y los pacientes que se atendieran, para después extenderse a todo el país.

La intención de la autoridad federal era que los dispensarios contaran con diferentes áreas, conforme a los últimos adelantos de la higiene, esto en busca de realizar de mejor manera la labor médica, que constaría por lo menos de una sala de espera, dos salas de clínica, un gabinete de radioscopia, laboratorio de análisis clínicos, una sala de otorrinolaringología, una oficina para dirección y administración, un almacén y personal para ello.¹⁴³

Debe puntualizarse que la tuberculosis es una enfermedad que se presenta de diferentes maneras, aunque en términos muy puntuales podemos decir que se trata de un agente infeccioso, una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de koch, el cual normalmente entra al cuerpo a través de las vías respiratorias, llegando así a diferentes partes del cuerpo. La tuberculosis se desarrolla en el organismo humano en dos etapas, las cuales se presentan de la siguiente manera.

La primera etapa ocurre cuando una persona que está expuesta a contagio, es infectada; la segunda etapa ocurre cuando la persona infectada desarrolla la enfermedad. El desarrollo de la tuberculosis después de una infección por bacilos tuberculosos, es en ocasiones prevenida por las reacciones del sistema inmunológico; cuando el sistema inmunológico se encuentra por otras enfermedades, los bacilos tuberculosos durmientes en el organismo de la persona infectada comienzan a multiplicarse y desarrollan la tuberculosis. El que las personas desarrollen o no la enfermedad, está condicionada por algunos factores, entre ellos: desnutrición, hacinamiento y personas inmune-deprimidas.¹⁴⁴

¹⁴² *Diario Oficial de la Federación*, México, tomo XXII, núm. 22, 27 de noviembre de 1934, p. 5.

¹⁴³ *Diario Oficial de la Federación*, México, tomo XXI, núm. 24, 28 de marzo de 1934, p. 3.

¹⁴⁴ https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/TUBERCULOSIS_DOC/Materiales_educativos_TB/rotafolio_TB.pdf. (Consultado el 1 de diciembre de 2022).

La medida política del gobierno mexicano buscó resolver la problemática con la intención de atender a las personas que padecían tal enfermedad. Se identifica que las autoridades iniciaron con el establecimiento de espacios para curar a quienes padecieran la tuberculosis, lo cual indica que era urgente la atención médica. La apertura de dispensarios fue algo bien recibido por la población, pues a nivel nacional, eran escasos los hospitales que existían para atender a un país cuya población llegaba a los 16. 552, 722¹⁴⁵ personas (para la década de 1930), pero tal decreto daba esperanza de vida a quien padeciera dicha enfermedad.

Para finales de la década de 1930, y con la intención de extender más la atención médica, se planteó la diversificación de los espacios, los cuales funcionaron de la siguiente manera. Eran tres tipos de centros: el dispensario, como ya se ha señalado, donde se daba atención a las personas cuya enfermedad se había descubierto oportunamente, y que podían recibir tratamiento ambulatorio; el sanatorio, que impartía tratamiento a los pacientes que tenían muchas posibilidades de curarse; y el hospital donde se aislaba a los pacientes que, en opinión de la burocracia sanitaria, constituían una fuente permanente de peligro para las colectividades sociales. En la ciudad de México llegó a haber cinco dispensarios antituberculosos (uno de los cuales atendía exclusivamente a la población estudiantil de la Universidad Nacional); el Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco, que abrió sus puertas en 1936, y tres pabellones para enfermos incurables en el Hospital General. En los estados hubo 18 dispensarios antituberculosos, dependientes ya fuera de los Servicios Sanitarios de los estados o de los Centros de Higiene Rural, todos equipados con rayos X y aparatos de neumotórax. Había, asimismo, hospitales especiales para enfermos de tuberculosis y departamentos específicos para ellos en los hospitales.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Censo realizado por inegi en 1930, https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1329/702825411756/702825411756_1.pdf. (Consultado el 20 de noviembre del 2022).

¹⁴⁶ Ana María Carrillo, "Los modernos minotauro y Teseo: la lucha contra la tuberculosis en México", *Estudios*, número especial, mayo 2012, p. 91.

Imagen 7
Hospital de enfermos tuberculosos. Ciudad de México



Fuente: Martha Eugenia Rodríguez, *La salud pública durante el cardenismo... Op. Cit.*, p. 618.

Lo anterior no fue el único decreto referente a la tuberculosis que se daría a conocer durante el gobierno de Cárdenas, ya que para 1939, antes de dejar la silla presidencial, fue creado el *Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis*, integrado, entre otros, por el presidente de la República, comerciantes, industriales y un representante obrero por cada 100,000 trabajadores.¹⁴⁷ El decreto fue ratificado para el 28 de marzo de 1940, durante la presidencia de Manuel Ávila Camacho, el cual fortalecía a la campaña que se venía realizando en contra de tal enfermedad, destinando mayores recursos para promover estudios científicos contra tal padecimiento y seguir aumentando el número de espacios para atender a los enfermos.¹⁴⁸

Mediante las acciones que tomó el *Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis*, se les pedía a los trabajadores que estuvieran enfermos (de las

¹⁴⁷ *Ibíd.*, p. 90.

¹⁴⁸ *Diario Oficial de la Federación*, México, tomo XXI, núm. 24, 28 de marzo de 1934, p. 5.

industrias y diferentes ramos laborales) que no asistieran en tales condiciones a las empresas, situación que en muchas de las ocasiones no era respetada por estos, considerando que era el único medio para percibir un sueldo y alimentar a las familias, por lo que en apoyo a la campaña, por medio del presidente Cárdenas, se envió un proyecto al congreso sobre la Ley del Seguro Social, que sería promulgada hasta 1943, en el cual se consideraba el pago obligatorio cuando el empleado tuviera dificultades para laborar por enfermedad.¹⁴⁹

2.4.2. Políticas y medidas contra el paludismo

Otra de las problemáticas de salud que se enfrentaron en la década de 1930 fue el paludismo, también llamada “malaria amarilla”. Este padecimiento se da generalmente en lugares lluviosos, donde el agua estancada propicia la aparición del mosquito que lo provoca. Entre los síntomas se destacan las elevadas temperaturas que llegan a alcanzar los cuarenta y un grados de temperatura, al punto de llegar a un colapso por el estado de la persona. La recomendación indica que el paciente tiene que descansar para recuperarse, con compresas para bajar las temperaturas; sin embargo, es común que el paludismo aparente haberse ido y que vuelva a manifestarse, y que después de setenta y dos horas de haberla contraído entre en una segunda fase. Para erradicarla, lo más recomendable es el uso de la planta llamada quina, extrayendo un compuesto activo llamado quinina.¹⁵⁰ Sobre esta planta, sus características y propiedades, David Larrateátegui y Lizeth Lafuente nos dicen lo siguiente:

La quina es una planta rubiácea perteneciente al género Cinchona. La quina de Loja o Cinchona officinalis se caracteriza por la coloración gris de su corteza; contiene diversos alcaloides, de los cuales los más abundantes e importantes son cuatro, todos útiles como antipalúdicos y empleados colectivamente para preparar remedios caseros para la fiebre. Estos son: quinina, quinidina, cinconina y cinconidina. Aparte de los alcaloides, posee también principios astringentes (taninos proantocianidoles dímeros y trímeros) y otros compuestos que son los ácidos orgánicos (ácido

¹⁴⁹ José Luis Gómez, *Un nuevo Programa de lucha contra la tuberculosis*, Revista Médica ISSSTE, núm. 2, 2006, pp. 211-221.

¹⁵⁰ <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13033516>. (Consultado el 2 de diciembre de 2022).

quinotánico, rojo cincónico) y los compuestos terpénicos que intervienen en su amargor". No es un árbol grande y se distinguen 3 especies según el color de su corteza: blanca, amarilla o roja (*Chinchona succirubra*); estas 2 últimas son las que brindan mayores beneficios.¹⁵¹

Si observamos el cuadro número uno, identificamos que el paludismo se ubicó entre las tres principales causas de muerte en México, desde 1922 hasta 1940. Tal situación motivó a las autoridades políticas y sanitarias a emprender una fuerte campaña en contra de esta enfermedad, considerando bajar los índices de mortalidad que, para los primeros años de su gobierno, era de 25,000 personas cada año.¹⁵² Para el año de 1936 se declaró oficialmente una cruzada nacional contra el paludismo:

Qué el paludismo en la República es uno de los principales problemas sanitarios, puesto que puede estimarse que algunos millones de personas lo padecen y que anualmente ocasionan varios millones de defunciones. Qué particularmente ataca a las clases desvalidas por la escasa protección de que pueden disponer para evitar el padecimiento. Artículo 1. Se declara de interés público, la campaña contra el paludismo [sic].¹⁵³

Es así como se llevaría a cabo una campaña para erradicar el paludismo en el país. Para no presentar inconvenientes con la escasez de medicinas, el *Departamento de Salubridad Pública General* promovió la intensificación del cultivo de la quina en las regiones más lluviosas del país, destinando el 15% para este rubro, así como para la creación y mantenimiento de dispensarios palúdicos. El *Departamento* también se comunicó con las autoridades locales de los diferentes estados para plantearles el proyecto que se estaba organizando en coordinación con el ejecutivo federal. A los munícipes y gobernadores se les pidió que se encargaran de la conservación y vigilancia de los dispensarios, obligándolos a destinar parte de los recursos locales, ya que esto correría por su cuenta.

Se declara de utilidad pública la campaña sanitaria contra el paludismo que se desarrolle en el país, por el departamento de Salubridad Pública, sea directamente o por medio de alguna institución que este instruye. En ese se manifiesta quiénes pueden vender "siendo personas de gobierno o del departamento de salubridad" medicamento para enfermedades. El

¹⁵¹ David Larrateátegui y Lizeth Lafuente Cevallos, "El árbol de quina, 400 años de su descubrimiento en el Ecuador", *Revista Histórica Médica*, núm. 21-I, 2013, pp. 1-2.

¹⁵² Martha Eugenia Rodríguez, *La salud pública durante el cardenismo... Op. Cit.*, p. 611.

¹⁵³ *Diario Oficial de la Federación*, México, tomo XXV, núm. 16, 18 de julio de 1936, p. 3.

Departamento de Salubridad fomentará en el país la siembra y el cultivo de Quina y de otras plantas que fueran útiles contra el paludismo. El Departamento de Salubridad, destinará el 15% de su presupuesto para obras en beneficio de la sociedad “como dispensarios” anualmente. La conservación y vigilancia de las obras Antimalárico quedarán a cargo de las autoridades municipales o de los gobiernos de los estados de los lugares beneficiados [sic].¹⁵⁴

Para prevenir que el cultivo de la quina se volviera un negocio lucrativo, se decretó que las autoridades federales fueran las únicas autorizadas para sembrar, producir y vender la planta. De ser descubierto algún campesino o personas sembrando dicha planta, sería sujeto a pagar una multa o ser encarcelado. Al parecer los resultados de estas políticas fueron importantes, ya que en las décadas siguientes el paludismo dejó de ubicarse entre las primeras diez causas de muerte en el país. Ya para la década de 1970 el paludismo dejó de ser un problema de salud pública.¹⁵⁵

2.5. Antibióticos, política y sociedad en las décadas de 1940-1950

En las décadas de 1940 y 1950 el panorama político, económico, social y demográfico en México tenía algunas singularidades importantes, propias de un país que empezaba tener grandes destellos de crecimiento y desarrollo. Un momento que, pese a la penumbra que imperaba en el contexto internacional, auspiciaba un mejor porvenir para algunas naciones americanas.

En términos demográficos, la población era más grande que en las décadas anteriores, incluso el crecimiento de una década a otra se muestra más elevado. De 1900 a 1930 la población nacional se incrementó en tan solo un 18%: de 13. 607,272 habitantes a 16.552,722 habitantes.¹⁵⁶ Mientras que de 1930 a 1940, en solo una década, el aumento fue del 16%, de 16.552,722 habitantes pasó a 19. 653,552 habitantes.¹⁵⁷ Algo similar ocurrió de los años cuarenta a los cincuenta, pues se

¹⁵⁴ *Ibíd.*, p. 4.

¹⁵⁵ Gerardo Perdigón Villaseñor y Sonia B. Fernández Cantón, *Principales causas de muerte... Op. Cit.*, p. 239.

¹⁵⁶ *Quinto censo de población. Resumen general*, México, Secretaría de la Economía Nacional-Dirección General de Estadística, 1930, p. VII.

¹⁵⁷ *Sexto censo general de población de los Estados Unidos Mexicanos. Población municipal*, México, Secretaría de Economía Nacional-Dirección General de Estadística, 1942, p. 7.

incrementó en un 24%, llegando así a los 25.791,017 habitantes.¹⁵⁸ A lo anterior hay que agregar el intenso proceso de movilidad que se vivió al interior del país, del campo a las ciudades, ya que los campesinos de menor jerarquía económica buscaron oportunidades laborales más seguras, alejados de las tempestades y lo incierto de los ciclos económicos del mundo rural. Esto aunado con la insistencia de los gobiernos por favorecer la migración a las ciudades para acelerar el proceso de urbanización, en la idea de que entre más personas hubiera en los espacios urbanos mayor mano de obra disponible habría para las industrias y las fábricas de reciente incorporación.¹⁵⁹

Por otro lado, el panorama internacional había transitado de nuevo por un periodo convulso y lamentable, pues el ascenso del fascismo en Europa en la década de 1930, así como la invasión a Polonia por parte de Alemania, causó múltiples emociones, iniciando así la Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Miedo e incertidumbre fueron algunas de las consecuencias producidas por un conflicto bélico que ocasionó la muerte de sesenta millones de personas. Aunque más allá de las repercusiones políticas, sociales, económicas y humanas que tuvo la guerra, también tuvo un impacto muy notorio en la salud, especialmente en lo que se refiere a los medicamentos. En primer lugar, se encuentran los conflictos vinculados con la escasez de ciertos compuestos indispensables para la fabricación de medicamentos. En segundo lugar, el desarrollo científico y los nuevos descubrimientos que surgieron debido a las necesidades que trajo consigo la guerra, esto en relación con la sustitución de unas sustancias por otras.

De acuerdo con un artículo del doctor Anthony Donovan publicado en la década de 1940, el dominio de las indias orientales por los japoneses durante la guerra hizo que disminuyera la producción de quinina (sirve para tratar el paludismo) en occidente, generando complicaciones para los pacientes. Esto obligó a que los gobiernos buscaran apoyo en la comunidad científica para encontrar otras

¹⁵⁸ *Séptimo censo general de la población. Resumen general*, México, Secretaría de Economía-Dirección General de Estadística, 1950, p. 10.

¹⁵⁹ Imelda Ana Rodríguez Ortiz, *Contexto socioeconómico y salud en México 1940-2010*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012, p. 16.

alternativas, y con ello disminuir la ausencia de medicamentos.¹⁶⁰ Debido los efectos del conflicto internacional, la aparición, producción y generalización de los antibióticos significó un progreso fundamental para la medicina moderna, tal como fue el caso de la penicilina. Es por eso que cuando la guerra concluyó se tenían ya varias investigaciones y proyectos en el campo de los antibióticos, de ahí que en los años cincuenta países como Estados Unidos e Inglaterra industrializaran su producción a niveles muy elevados.¹⁶¹ Sobre esto, Rogelio Godínez, Patricia Aceves, Juan Corona y Nicolás Cárdenas señalan:

Terminada la Segunda Guerra Mundial, las compañías multinacionales explotaron todo su potencial investigativo sobre estas moléculas. Comenzó entonces la era de los antibióticos, lo que trajo consigo una mejora radical en la calidad de vida de la población mundial. Solo en Estados Unidos, la esperanza de vida al nacer pasó de 58.5 años en 1936 a 68.6 años en 1952, en gran medida gracias a los antibióticos.¹⁶²

En México, las noticias sobre los antibióticos señalaban que era más potente que la sulfas.¹⁶³ Debido a la necesidad de ciertos medicamentos, en el año de 1944 el presidente Manuel Ávila Camacho publicó un decreto que permitió el transporte, suministro, elaboración, producción e importación de antibióticos, marcando una nueva etapa en la comercialización de medicamentos en México, así como en la curación de enfermedades que causaban miles de muertes al año.¹⁶⁴ Esto condujo a que la producción y comercialización de penicilina se extendiera en el país; no obstante, la elevada demanda del producto y la exitosa industria norteamericana de los antibióticos hicieron que el principal abastecedor de la penicilina fuera dicho país, durante las décadas de 1940 y 1950. En la siguiente tabla se muestra a las

¹⁶⁰ Anthony Donovan. "Algunos adelantos de la medicina durante la Segunda Guerra Mundial y sus aplicaciones en tiempo de paz," *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 26, 1947, p. 700.

¹⁶¹ Cabe aclarar que la penicilina se descubrió desde 1928, pero su producción acelerada fue consecuencia directa de Segunda Guerra Mundial y su utilización por soldados que minguaban las infecciones con su aplicación. Rogelio Godínez Reséndiz, *Et. Al.*, "Introducción de los antibióticos en México: investigación científica y producción industrial 1944-1955", *ILUIL*, vol. 39, núm. 83, 2016, p. 104.

¹⁶² *Ibid.*, p. 108.

¹⁶³ "Las sulfamidas constituyen un amplio grupo de fármacos que contienen en su estructura molecular un grupo sulfonamida y que pueden tener diversas indicaciones farmacológicas, siendo especialmente conocidas como antibióticos, siendo de hecho uno de los grupos más antiguos y estudiados de antibacterianos". Álvaro Pérez Alba, *Sulfamidas: aspectos farmacológicos y químico farmacéuticos*, España, tesis de licenciatura-Universidad Complutense de Madrid, 2014, p. 3.

¹⁶⁴ Rogelio Godínez Reséndiz, *Introducción de los antibiótico... Op. Cit.*, p. 108.

principales empresas norteamericanas que elaboraban y distribuían antibióticos en México, entre ellos la penicilina, cloranfenicol, estreptomina, aureomicina, tetraciclina, terramicina y eritromicina.

Cuadro 2

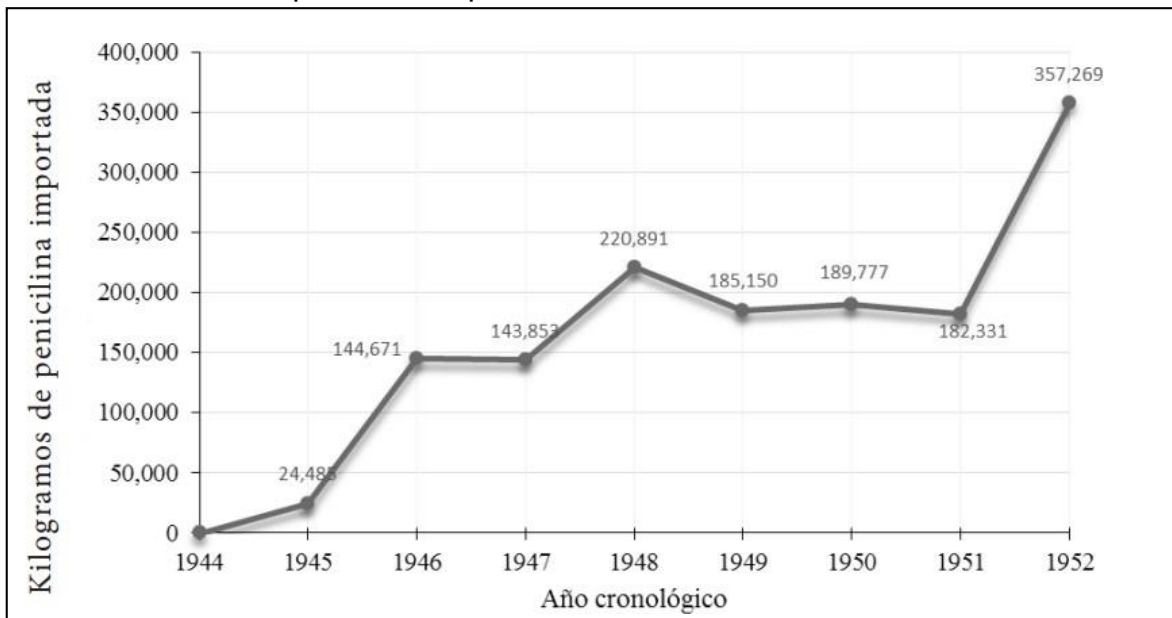
Empresas farmacéuticas con más patentes de antibióticos registrados, 1944-1955

<i>Nombre de la Empresa</i>	<i>País de Origen</i>	<i>Patentes Registradas</i>
Chas Pfizer	Estados Unidos	25
American Cyanamid Company	Estados Unidos	23
Parke, Davis & Cía.	Estados Unidos	23
Eli Lilly & Co.	Estados Unidos	19
Merck & Co., Inc.	Estados Unidos	19
Commercial Solvents Corporation	Estados Unidos	12
Bristol Laboratories	Estados Unidos	11
E.R. Squibb & Sons	Estados Unidos	10
Wyeth Incorporated	Estados Unidos	10

Fuente: Rogelio Godínez Reséndiz, *Introducción de los antibióticos... Op. Cit.*, p. 124.

Tan elevado fue la importación del antibiótico en estos años que, en un lapso de nueve años, se pasó de comprar 24,485 kilogramos de penicilina estadounidense (1944), a comprar 357,269 kilogramos de dicho medicamento (1955). En la siguiente gráfica puede observarse cómo la cantidad de penicilina importada se elevó paulatinamente desde 1944 hasta 1948, teniendo otro despunte de 1951 a 1952.

Gráfica 1
Cantidad de penicilina importada desde Estados Unidos, 1944-1953



Fuente: Rosenda Aguilar Aguilar, “Los albores de la penicilina en México”,... *Op. Cit.*, p. 257.

La emisión de anuncios publicitarios sobre los nuevos medicamentos circuló regularmente en los periódicos de los diferentes estados del país, por ejemplo, en Jalisco, el periódico *El Informador* diariamente publicaba los productos del “señor farmacéutico”, una empresa que ofrecía penicilina y estreptomicina a los jaliscienses, además de otros medicamentos y marcas estadounidenses como Parke Davis, Squibb, Lilly Lakeside, Grossman y Sharp & Dohme.¹⁶⁵ De igual manera, este diario resaltaba los beneficios de los antibióticos para la familia mexicana, señalando que los índices de mortalidad disminuyeron desde que el gobierno dio marcha adelante a su política en favor de estos fármacos.

Para finales de los años cincuenta el optimismo en los antibióticos era notorio, pues demostraron que enfermedades antiquísimas como la neumonía, infecciones de la piel, del oído y fiebres se podían eliminar del cuerpo en cuestión de días. Con la intención de darle mayor certeza al lector sobre las ventajas de estos medicamentos, la prensa mostraba cifras y porcentajes que, de acuerdo con sus redactores, eran

¹⁶⁵ *El Informador*, Guadalajara, tomo CXXIV, núm. 11, 619, 5 de noviembre de 1950, p. 11.

retomados de los registros estadísticos nacionales. Una nota de la década de 1950 dice lo siguiente sobre la natalidad y la mortandad en México a partir de la introducción de los antibióticos.

Tal cosa no se debe únicamente a la natalidad creciente que fue en 1957 de 46.9 por mil frente a la cifra de 30 por mil registrados en 1923, sino principalmente a que la mortalidad general se encuentra en constante descenso: siendo de 33.6 por mil en... 1900, ha llegado a bajar hasta 19.4 por mil. A principios del siglo morían todavía en México casi la tercera parte de los niños que nacían antes de cumplir los cuatro años, mientras que en 1957 solamente 71 de los mil niños que nacieron mueren e su infancia. Una serie de enfermedades que causaban enormes estragos entre la población, como la viruela, han desaparecido totalmente (hace cinco años que no se registra un solo caso), males endémicos igualmente mortales como el paludismo se encuentran en vías de extinción. La ciencia médica ofrece hoy, por ejemplo, en el renglón de los antibióticos, soluciones excepcionalmente simples para enfermedades que hace todavía veinte años originaban la defunción de una proporción alarmante de enfermos [sic].¹⁶⁶

Aunque la prensa le daba un brillo especial a cierta información cuando se trataba de medicamentos novedosos, es evidente que la penicilina fue un bastión para elevar la esperanza de vida. De acuerdo con el estudio de Rosenda Aguilar sobre los albores de la penicilina en México, en 1940 la esperanza de vida al nacer era de 38.8 años, para 1940 se elevó a 46.9 años, y en los inicios de 1960 ya era de 57.5 años. Así, la tasa bruta de mortalidad disminuyó de 23.3 personas fallecidas por cada mil (en 1940) a 11.5 personas muertas por cada mil (en 1960).¹⁶⁷

Si, por un lado, la penicilina significó un progreso científico, médico y social, por el otro representó un motivo de preocupación. La rápida aceptación que tuvieron los antibióticos desde el segundo lustro de los años cuarenta se reflejó en el aumento de agencias farmacéuticas que los comercializaban, lo cual produjo incertidumbres en los procedimientos y la calidad de la penicilina. El mismo año en que se decretó la autorización para la distribución del medicamento se emitieron algunas precauciones sobre el cuidado que debía de tenerse con los antibióticos, pues se decía que pese a los éxitos obtenidos por el fármaco aún se encontraba dentro de un esquema experimental, además de que sus facultades curativas podían ser

¹⁶⁶ *El Informador*, Guadalajara, tomo CLIX, núm. 14, 805, 31 de julio de 1959, p. 4.

¹⁶⁷ Rosenda Aguilar Aguilar, *Los albores de la penicilina en México... Op. Cit.*, p. 262.

interpretadas por la sociedad de manera errónea, como un medicamento para curar todas a las enfermedades.¹⁶⁸

El presidente Manuel Ávila Camacho sostuvo que era indispensable realizar un estudio interno, un análisis “de las propiedades medicinales de la penicilina, estableciendo en adecuada forma las bases de su uso y aplicación de acuerdo con los imperativos científicos del momento y en beneficio del interés público”.¹⁶⁹ Podría parecer irónico que el titular del ejecutivo proponga un estudio científico sobre el adecuado uso de la penicilina cuando su uso y comercialización ya había sido autorizado con antelación; sin embargo, el medicamento se generalizó a nivel internacional durante la guerra, en un momento donde la urgencia de la situación ameritaba su uso aún cuando existieran pocos datos sobre los efectos secundarios. Observamos que Manuel Ávila Camacho compartía esa preocupación, motivo por el que sostuvo lo indispensable que era realizar análisis internos que llevaran más tiempo para ver sus posibles repercusiones a la salud.¹⁷⁰ Aunado a esto, y debido al decreto de 1944, la venta de la penicilina se extendió cada vez más. Lo peligroso fue que se comenzó a extender el contrabando de productos similares, sustitutos o que simulaban tener propiedades antibióticas cuando no las tenían, aspecto que ponía en riesgo la salud de los mexicanos.

Que en tales condiciones no sería aventurado que los laboratorios comerciales de productos farmacéuticos emprendiesen trabajos con el fin de preparar la penicilina o productos similares que no en todos los casos están debidamente preparados, pero que bajo el amparo de la literatura corriente sobre la penicilina, podrían ofrecerles como similares de éste o como sustitutos eficaces, lo cual puede conducir a lamentables fracasos y perjuicios o a verdaderos fraudes.¹⁷¹

Usualmente el producto que se contrabandeaba no cumplía con algunas características que sí tenían los antibióticos legales, como no tener el precio, el timbre y el sello de salubridad. Debido a la presencia que estaba teniendo este

¹⁶⁸ *Periódico Oficial. Órgano de Gobierno Descentralizado*, Nayarit, tomo LV, núm. 40, 17 de mayo de 1944, p. 2.

¹⁶⁹ *Ibíd.*, p. 3.

¹⁷⁰ *Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán*, Yucatán, año XLVI, núm. 14,449, 21 de junio de 1945, p. 1.

¹⁷¹ *Ibíd.*, p. 2.

mercado ilegal, se pedía a la población en general que no aceptara muestras gratis de medicamentos, pero sobre todo, que careciera de los componentes señalados, aun cuando la apariencia fuera muy convincente o el vendedor prometiera que el medicamento estaba en perfecto estado.¹⁷² En este sentido fue que se aplicaron ciertos mecanismos vinculados con las boticas y la penicilina, entre ellas, se delegó la responsabilidad a organismos regulares dependientes de la Secretaría de Salud para que vigilaran los puntos que expendían los medicamentos. Fue una lucha constante por las oportunidades ilícitas que representaba el negocio; las autoridades lograron identificar puntos de venta clandestinos, pseudo farmaceuticas que vendía sus medicamentos a bajo costo, fabricados sin la higiene correspondiente y agregando colorantes y saborizantes para simular el sabor de los medicamentos.¹⁷³

Como se dijo previamente, el empleo de los antibióticos originales también significaban un peligro latente cuando su utilización era desmedida, o cuando se empleaba por las personas para sanar enfermedades que no correspondían a la naturaleza del mismo. La preocupación era aún mayor, sobre todo, porque la certificación médica para su venta era algo que no siempre se necesitaba para comprarlo. Son regulares las notas en la prensa mexicana sobre lo anterior señalado, mostrando que este problema era algo que no se limitaba a México, pues en otros países se estaba ejecutando un empleo inadecuado de los antibióticos por la sociedad. Para finales de los años cincuenta se difundió en periódicos mexicanos un texto de la Asociación Médica Norteamericana. Sostenía que en dicho país se estaba generalizando el uso de penicilina para los enfermos de gripe asiática, lo cual era incoherente porque el medicamento no curaba tal enfermedad, tan solo se usaba para calmar un poco los síntomas y el dolor en casos realmente severos.¹⁷⁴ El texto invitaba a los países, las autoridades, la comunidad médica y la sociedad en general a evitar que un bien científico se convirtiera en un mal social.

¹⁷² *El Informador*, Guadalajara, tomo CVII, núm. 10,066, 1 de agosto de 1946, p. 2.

¹⁷³ *Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán*, Yucatán, año XLVI, núm. 14,449, 21 de junio de 1945, p. 1. Rogelio Godínez Reséndiz, "El surgimiento de la industria farmacéutica en México 1917-1940", *Farmacéuticas*, núm. 45-2, 2014, pp. 55-68.

¹⁷⁴ *El Informador*, Guadalajara, tomo CLI, núm. 14,115, 7 de septiembre de 1957, pp. 1, 7.

2.6. Conclusión

En este capítulo se analizaron las políticas públicas y los mecanismos aplicados en relación con la salud y la higiene durante la primera mitad del siglo XX para explicar cómo se fueron transformando, señalar descuidos, omisiones y aciertos por parte de las autoridades federales, además de las complicaciones y los retos que tuvieron para concretarlas.

Se observó que la Revolución mexicana tuvo implicaciones importantes en la continuidad que venía trayendo la política de salud, al generar condiciones que dificultaron la transportación de medicamentos, a la par del aumento del servicio médico para las facciones que estaban en combate, de ahí la notoriedad de la figura de la enfermera durante este periodo. La política posrevolucionaria sentó las bases para el progresivo mejoramiento de la salud, aunque con pasos muy modestos durante la década de 1920, ya que se enfrentaban a enfermedades como la tuberculosis y el paludismo, las cuales causaban estragos importantes desde décadas atrás. El modelo del Estado benefactor cardenista tuvo un impacto positivo en términos de salud, tras el desvío de cuantiosas cantidades destinadas para este rubro. Si bien se presenció escasez de medicamentos durante el contexto de la Segunda Guerra Mundial en México, esta no causó los mismos estragos que en otras partes del mundo.

CAPÍTULO 3. POLÍTICAS Y OPINIÓN PÚBLICA: SALUD E HIGIENE EN CULIACÁN, 1934-1955

3.1. Introducción

El objetivo del presente capítulo es identificar las políticas de salud pública en Culiacán, entre 1934 y 1935. Bajo el argumento de que las políticas de salud abarcan disposiciones, iniciativas concretas, reglamentaciones y decisiones en función de seleccionar prioridades de interés público,¹⁷⁵ se busca comprender cuáles fueron los mecanismos que la autoridad estatal y municipal emprendió para resolver las problemáticas existentes en cuanto a la construcción y mejoramiento de espacios hospitalarios, la concientización social para evitar la propagación de enfermedades peligrosas, al igual que las normativas implementadas para que los comercios operaran bajo criterios estrictos de salubridad.

Durante los años treinta los hospitales tuvieron un protagonismo substancial para las autoridades gubernamentales, de ahí que se destinara gran parte de los recursos para la apertura de nuevos espacios, para contratar más personal y construir nuevos centros de salud destinados a la prevención, cuidado y curación de los enfermos. La proliferación de enfermedades venéreas hizo que se emitieran nuevas políticas para mantener bajo vigilancia a las meretrices y prostíbulos, ante los peligros que significaban las enfermedades de transmisión sexual, y que se contraponía con los valores morales.

La vigilancia de las bebidas y comestibles fue otro asunto de interés político y social, debido a las adulteraciones y venta de productos en condiciones insalubres, lo que movilizó a los dispositivos de inspección sanitaria. Así, la observación y vigilancia de comercios, locales e industrias estuvo a la par de inconformidades y sospechas de irregularidad por parte de los inspectores. A la población local, por su parte, se les exhortaba para que mejoraran sus prácticas de higiene, a que se

¹⁷⁵ Martha Eugenia Rodríguez, *La salud pública durante el cardenismo... Op. Cit.*, p. 611.

vacunaran cuando correspondía, a contribuir en mantener limpios sus hogares y las aceras de sus domicilios.

3.2. La salud pública desde el discurso político

Algo que sobresale en los años posrevolucionarios fue que el Estado utilizó el discurso político como un mecanismo importante para consolidar su legitimidad, difundir ideas y preceptos sociales, políticos, culturales, ideológicos y educativos. José Rafael Córdoba Santos señala que el discurso político es “una herramienta legitimadora de quienes ejercen el poder”¹⁷⁶ para imponer creencias, valores y preocupaciones colectivas. Su distribución no es arbitraria, obedece a la lógica de la selección, el control y la distribución, tal como lo enfatizó Michel Foucault.¹⁷⁷

Hay una relevante discusión sobre los límites y alcances del discurso político, por lo cual, en este apartado lo entendemos en los términos que lo propone Daniel Palma, como “todas aquellas piezas escritas, verbales y no verbales que conjugan el uso de símbolos presentados por un agente político, a través de las cuales se busca transmitir un mensaje concreto y cuyo fin es persuadir a una audiencia determinada”:¹⁷⁸ un grupo de personas que participan dentro del aparato de Estado -ya sean adeptos u opositores-, y un público que se informe y participe.

Sobre el discurso político vinculado con el tema de salud, se identifica que los gobernadores posrevolucionarios tuvieron interés en hablar al respecto, especialmente en los discursos oficiales: aquellos que estaban hechos para exponer las acciones, los logros, triunfos y dificultades que tuvieron para realizar su trabajo. En este sentido, aquí se realizará un análisis de los informes de gobierno

¹⁷⁶ José Rafael Córdoba Santos, “Educación e ideologías en el México posrevolucionario 1921-1946, la formación del ciudadano en los proyectos de nación”, *Antrópica*, año 7, vol. 7, núm. 13, enero-junio, 2021, p. 191.

¹⁷⁷ Michel Foucault lo menciona así “supongo que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad.” Michel Foucault, *El orden del discurso... Op. Cit.*, p. 14.

¹⁷⁸ Daniel Arturo Palma Álvarez, “Definición del concepto de discurso político: algunas consideraciones teórico-prácticas” en Dulfary Calderón Sánchez, Gina Enciso Granados y Claudia Marcela Arias Mejía (coops.), *Manual de Marketing político*, Colombia, Universidad de Santo Tomás, 2017, p. 53.

de los titulares del poder Ejecutivo, desde principios de 1930 hasta los primeros años de la década de 1950.

Nos parece pertinente esta aproximación por sobre otras formas discursivas oficiales porque poco se ha utilizado para tales fines. Nuestra forma de abordarlos buscará sistematizar los tópicos que mayor predominio tuvieron en la narrativa, y con ello, identificar permanencias y cambios para enmarcar prioridades y ausencias que nos ayuden a determinar algunas generalidades. Se tiene a disposición algunos informes de los gobernadores Macario Gaxiola (1929-1932), Alfredo Delgado (1936-1940), Rodolfo T. Loaiza (1941-1944), Teodoro Cruz (1944), Pablo Macías Valenzuela (1945-1950) y Rigoberto Aguilar Pico (1952-1953).

Un componente predominante en los gobiernos de los años treinta fue que se jactaban de abastecer las necesidades de los hospitales locales, especialmente en lo que se refiere a los medicamentos, la infraestructura y la atención médica.¹⁷⁹ En sus discursos se identifica que mencionar las labores hechas en los espacios hospitalarios simbolizaba un logro digno de destacar, una muestra del compromiso que tenían con la sociedad y que estaban dispuestos a seguir, aun cuando las adversidades económicas fueran graves.¹⁸⁰ Lo anterior se sustentaba en la idea de que la salud era una prioridad ante cualquier circunstancia, pese a los múltiples gastos que la hacienda pública tenía año con año, pero sobre todo, pese a los desacuerdos y las diferencias que se tuvieran con los gobiernos anteriores. Así lo dijo el gobernador Macario Gaxiola, al mencionar que los trabajos en la construcción de nuevas áreas en el Hospital Civil del Estado, iniciado por gobiernos predecesores, seguirían durante su gestión, pues la salud, el bienestar, la tranquilidad y el beneficio que otorgaba esta institución no eran algo cuestionable en términos políticos, sino que era digno de destacar y concluir.

Por los razonamientos anteriores, el Gobierno de mi cargo se empeña en que el Hospital Civil en construcción sea concluido el año próximo venidero, por considerarla una obra útil y benéfica y sin atender a la criticable tendencia

¹⁷⁹ *Informe de gobierno del Estado de Sinaloa por el ciudadano coronel Alfredo Delgado, gobernador constitucional de Sinaloa*, Culiacán, 1937, p. 5.

¹⁸⁰ *Informe de gobierno correspondiente al año comprendido del 16 de septiembre de 1929 al 15 de septiembre de 1930 rendido por el ciudadano General Macario Gaxiola*, Culiacán, 1930, p. 20.

que regularmente existe de que un gobernante no continúa alguna obra del anterior, sino que principia otra con la vanidosa mira de que se deba exclusivamente a él, lo que ocasiona que muchas veces no se termina ninguna obra.¹⁸¹

En este contexto, los gobiernos mostraron su apoyo moral hacia la campaña anti-alcohólica, al igual que la cruzada en contra de las drogas y los enervantes, y que el gobierno federal estaba impulsando. Sus discursos muestran un esfuerzo por mostrarse como abanderados del progreso social, la salud y el bienestar colectivo a través de una vida abstemia y sin vicios de ningún tipo. Tal como se especificó en el capítulo anterior, en aquel tiempo el alcoholismo se posicionó médicamente como una enfermedad capaz de generar el desarrollo de otros males, el camino a otras drogas y en consecuencia a otras enfermedades. Tan fuerte era la nocividad que se le atribuyó al alcohol que en sus informes los gobernadores lo referenciaron como una plaga, una bebida que degeneraba la raza e impedía el desarrollo intelectual de las personas consumidoras.¹⁸² La referencia a la degeneración de la raza mediante las libaciones alcohólicas nos revela la influencia del darwinismo social,¹⁸³ una corriente intelectual de mediados del siglo XIX para explicar la superioridad natural de unos grupos sociales sobre otros y las inclinaciones de los más débiles hacia los vicios.

También sostuvieron que la enfermedad del alcoholismo era cada vez más frecuente en jóvenes de edad escolar, haciendo que no se concentraran en sus estudios, pues la dependencia era muy fuerte.¹⁸⁴ Este último elemento nos indica también que los titulares del Ejecutivo sinaloense estaban en sintonía con la idea de que el alcohol pauperizaba el desarrollo y la herencia, tal cual lo señalaba la doctrina eugenésica por aquellos años. Así, la utilización de conceptos como *raza*,

¹⁸¹ *Ibíd.*

¹⁸² *Ibíd.*, p. 9.

¹⁸³ El darwinismo social fue una interpretación teórica del evolucionismo de Charles Darwin aplicado a criterios sociales. Herbert Spencer fue su principal exponente, defendió la idea de que el desarrollo cultural, social, político y económico de ciertos grupos humanos sobre otros era el resultado de las cualidades y aptitudes inherentes a su composición racial. Puede consultarse: Thomas Glick, Rosaura Ruíz y Miguel Ángel Puig-Samper (editores), *El darwinismo en España e Iberoamérica*, Madrid, Doce Calles, 1999, 336 pp.

¹⁸⁴ Iván Francisco León Velarde, *El consumo de bebidas embriagantes en Sinaloa: fiscalización, producción y moralización 1920-1932*, Sinaloa, tesis de licenciatura en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2018, p. 57.

*degeneración de la raza y pauperización de la raza*¹⁸⁵ en sus discursos nos habla de una apropiación de la terminología en boga por la comunidad científica. Esto en lo que se refiere a las implicaciones negativas del alcohol y los enervantes para el desarrollo biológico, intelectual y fisiológico, lo que a su vez fue el sustento del discurso político nacionalista posrevolucionario, en su búsqueda de que las clases bajas y los indígenas se convirtieran en ciudadanos fuertes de mente y cuerpo.¹⁸⁶

La vida sin alcohol y sin drogas no solo fue reseñado como la vía para que en lo sucesivo los sinaloenses gozaran de una excelente salud, sino que también se colocó como la esperanza para un mejor porvenir social, sin pobreza y sin marginalidad, bajo la idea de que la enfermedad del alcoholismo era un intensificador de la pobreza, y la pobreza era un potencializador de las enfermedades debido a la incapacidad de las familias para acceder a servicios de salud que requirieran designar parte de sus ingresos. Así mismo, y debido a la ilegalidad con que circulaban líquidos clandestinos y de dudosa procedencia, Gaxiola y Delgado se posicionaron como los grandes perseguidores de los traficantes de drogas y los adulteradores de bebidas.¹⁸⁷ Desde la textualidad, ellos se mostraban como figuras heroicas e inflanqueables. El gobernador Alfredo Delgado, por ejemplo, sostuvo que mantendría una lucha incansable para castigar a los infractores que adulteraban bebidas y que jugaban con la salud de las personas. Dijo también que castigaría a los funcionarios públicos que no dieran con los infractores.

Se ha llevado a cabo, una tenaz persecución contra los traficantes enervantes y otras toxicomanías, así como contra juegos prohibidos por la Ley, castigándose con todo rigor a los infractores, haciendo responsables a los Funcionarios que no consiguen a las autoridades competentes, hechos delictuosos como los de que se trata. Este Gobierno, en colaboración con el de la Federación, coadyuvará con entusiasmo, para que después de

¹⁸⁵ *Informe de gobierno correspondiente al año comprendido del 16 de septiembre de 1929 al 15 de septiembre de 1930 rendido por el ciudadano General Macario Gaxiola*, Culiacán, 1930, p. 9.

¹⁸⁶ Beatriz Gómez Villanueva, *La inserción del discurso nacionalista en la retórica del gobierno mexicano (1930-1948 y 1983-2002)*, Madrid, tesis doctoral-Facultad de Ciencias de la Información, Universidad Complutense de Madrid, 2018, p. 144.

¹⁸⁷ *Informe de gobierno del gobernador del estado de Sinaloa general Macario Gaxiola, 15 de septiembre de 1932*, Culiacán, 1932, pp.11-12. *Informe de gobierno rendido ante la XXXVI legislatura por el ciudadano coronel Alfredo Delgado, gobernador del estado de Sinaloa*, Culiacán, 1938, p. 4.

presentar los puntos de vista necesarios, se someta a la consideración del C. Presidente de la República, la Ley Anti-alcohólica del País, cuyo anteproyecto lo remitió el Departamento de Salubridad Pública.¹⁸⁸

Lo señalado es muy importante porque, de manera cuidadosa, el gobernador se deslindaba de la responsabilidad que conllevaba la ilegalidad, el tráfico y el consumo de productos que mermaban la salud, haciendo culpables a servidores públicos de menor jerarquía, como policías e inspectores, quienes eran directamente los encargados de las tareas. Así, se asumía él mismo como una persona indignada ante la incompetencia de los funcionarios.

En lo referente a la década de 1940, se cuenta con algunos informes del gobierno de Rodolfo T. Loaiza (1941 a 1944) y Pablo Macías Valenzuela (1945 a 1950). Algo que destaca en sus discursos, en comparación con los de la década de 1930, es la señalización detallada, la búsqueda por sostener todo lo mencionado con datos duros, al igual que las acciones emprendidas a lo largo de sus gobiernos sobre conferencias, inspecciones a puntos de venta de comestibles, verificación de construcciones para que cumplieran con las normativas higiénicas, al igual que la inserción de tecnologías para el quehacer médico.¹⁸⁹

Así, mientras los informes de los años treinta daban un peso discursivo muy fuerte al aspecto moralizador, al posicionarse como legítimos representantes de la lucha por el bienestar y la salud, los gobiernos de los años cuarenta optaban más por la evidencia, la muestra de resultados, la implementación de gráficas, tablas y visualizadores para plasmar el cambio desde la proporción numérica, y no tanto desde la narrativa ideológica y moral. Si consideramos el planteamiento de Elías Palti, esta modulación en la forma del discurso no se remite a un cambio aislado e inconexo, sino a un cambio en la manera en que se legitima el poder desde el discurso,¹⁹⁰ que en nuestro caso, disminuye el componente inmaculado de la

¹⁸⁸ *Informe de gobierno del Estado de Sinaloa por el ciudadano coronel Alfredo Delgado, gobernador constitucional de Sinaloa*, Culiacán, 1937, p. 5.

¹⁸⁹ *Segundo informe de gobierno. Coronel Rodolfo T. Loaiza, estado de Sinaloa*, Culiacán, 1942, pp. 28, 29. *Informes de gobierno rendido por el ciudadano licenciado Teodoro Cruz R. Gobernador sustituto del estado de Sinaloa*, Culiacán, 1944, pp. 19, 20. *Informe que rinde el ciudadano General de División Pablo E. Macías Valenzuela, gobernador constitucional del estado libre y soberano de Sinaloa ante la H. XXXVIII legislatura del mismo*, Culiacán, 1945, 107-119

¹⁹⁰ José Elías Palti, *La invención de una legitimidad Op. Cit.*, pp. 10-17.

personalidad del personaje y sobrepone la certeza del dato, el hecho y la muestra evidente de la acción. Esta lógica del informe obedece más a la forma actual, es decir, al informe como una muestra factual de los resultados durante determinada gestión.

Al igual que sus predecesores, los gobernadores de la década de 1940 enfatizaron la prioridad que debía de recibir el abastecimiento, la modernización, la construcción y la tecnificación de los hospitales ubicados en las principales ciudades de la entidad, lo cual detona ese elemento de continuidad en el discurso político: el hospital como un espacio en donde se depositaba la perpetuidad de la vida y la salud, un recinto que reflejaba el progreso y la modernidad, un punto de coincidencia narrativa entre los titulares del ejecutivo. Desde su perspectiva, los hospitales siempre realizaban el trabajo correctamente, pues “vienen funcionando en forma satisfactoria y tienen la capacidad indispensable para las necesidades actuales”.¹⁹¹ Sin embargo, se observa que prevalece un factor comprendido dentro de la política de salud, es decir, existe una recurrente alusión a los compromisos, acciones y proyectos por llevar a las comunidades rurales las innovaciones, tecnologías, conocimientos y prácticas médicas, y con ello, disminuir las enfermedades habituales que azotaban a estas demarcaciones.¹⁹²

El hecho de llevar a las comunidades rurales la modernidad de los servicios de salud es algo que se identifica especialmente en los informes del gobernador Rodolfo T. Loaiza, sobre todo en lo que se refiere a la conservación de la salud, señaló que el mayor problema en estos lugares era la ausencia de una cultura del cuidado a la salud y lo difícil que era sembrar buenos hábitos,¹⁹³ en comparación con las personas que vivían en las ciudades. Se percibe también una disminución en el énfasis dado al discurso antialcohólico moralista, esto en comparación con los gobiernos de los años treinta. En otros términos, sí se identifican alusiones al problema del alcoholismo y las campañas para disminuir su consumo, pues

¹⁹¹ *Informes de gobierno rendido por el ciudadano licenciado Teodoro Cruz R. Gobernador sustituto del estado de Sinaloa*, Culiacán, 1944, p. 18.

¹⁹² *Ibíd.*, p. 17.

¹⁹³ *Informe de gobierno del día 16 de septiembre de 1940 al 15 de septiembre de 1941 rendido por el ciudadano coronel Rodolfo T. Loaiza, gobernador del estado de Sinaloa*, Culiacán, 1941, p. 31.

predomina una narrativa que señala acciones emprendidas y por emprender durante su siguiente año de gestión, pero está desproporcionado de esos elementos moralizadores y reformadores.

Otro componente que predomina en los discursos es la urgencia por llevar a más lugares la vacunación de niños, mujeres y hombres. Su manera de referirse posiciona a la vacuna como un medicamento con elementos mágicos basados en la magnitud de su eficiencia inmunológica, un medicamento que solucionaba todos los males, desde fiebres mortales hasta la prevención de futuras enfermedades antiquísimas como la viruela. Los gobiernos de los años cuarenta no dejaron de sostener que la rutina y la continuidad de su aplicación llevaría a la sociedad a un punto de salud colectivo imprescindible, es por eso que cuando mencionaban un incremento en infecciones o enfermedades (como tifoidea, para-tifoidea, difteria, tosferina, y viruela) en determinado lugar, la solución efectiva a largo plazo fuera la vacunación.¹⁹⁴ Es comprensible que las autoridades ejecutivas señalaran lo anterior en sus discursos, pero lo interesante es que, pese a que las vacunas ya tenían décadas de haber tocado suelo sinaloense, aun mantuviera ese componente místico y fantástico.

Este cambio en el discurso político sobre la salud en los informes de gobierno, de una moralización exacerbada a una exposición técnica y esquemática, coincide con un momento en donde el servicio de salud se incrementa significativamente, tanto en la ciudad como en las comunidades rurales (como se verá en los siguientes incisos). Puede inferirse que la abarcabilidad del servicio de salud, el incremento de personas atendidas, el abastecimiento de espacios hospitalarios, la llegada de vacunas, medicamentos y de médicos de otras partes del país dio pie a que el discurso político sobre la salud tuviera este giro. Esto tiene mucha lógica si consideramos que, como lo señala Michel Foucault, hay un juego de imitaciones e

¹⁹⁴ *Informe de gobierno rendido por el ciudadano General de división Pablo E. Macías Valenzuela, gobernador del estado de Sinaloa a la XXXIV legislatura, correspondiente al ejercicio constitucional 1948-1949*, Culiacán, 1949, p. 18. *Segundo informe de gobierno. Coronel Rodolfo T. Loaiza, estado de Sinaloa*, Culiacán, 1942, p. 34.

influencias discursivas que va más allá de sus especificidades, en donde un orden de los preceptos incide en otro para robustecerlo.¹⁹⁵

Sobre los informes de los gobiernos de la década de 1950, tan solo se cuenta con el de Rigoberto Aguilar Pico, de 1953, pues de los otros se tiene breves fragmentos que no arrojan información de conjunto. El documento mantiene una línea muy similar al de los gobiernos de los años cuarenta, pues resalta los mismos tópicos.¹⁹⁶

Prevalció, de los años cuarenta a los cincuenta, una tecnificación del discurso político en lo referente a la salud que dejó de lado los elementos narrativos moralizadores de los años treinta. Aunque está claro que lo anterior solo refleja en punto de vista de la narrativa de los informes, pues existieron otros canales textuales y orales en donde la concientización de la salud tuvo mayor vigencia.

3.3. La política hospitalaria en Culiacán y sus servicios

A lo largo de la época existió un interés especial por los hospitales y demás espacios de curación, sanación y prevención de la salud. Recintos que aglutinaban prácticas médicas de última generación, algunos que contaban con tecnología para tratar distintas enfermedades, que concentraban a médicos, enfermeras, personal de apoyo y pacientes provenientes de contextos urbanizados, de rancherías, villas y poblados. Los hospitales son, siguiendo la pauta que señala Foucault, espacios en donde se practican los descubrimientos científicos, parte de un conjunto que se articula con el laboratorio, el área de especialidades y las bibliotecas, cuyo funcionamiento se condensa en un propósito compartido: combatir la enfermedad.¹⁹⁷

¹⁹⁵ Michel Foucault, *Medicina e historia... Op. Cit.*, p. 7.

¹⁹⁶ *Informe del ciudadano gobernador constitucional al substituto del estado libre y soberano de Sinaloa, doctor Rigoberto Aguilar Pico, 1952-1953*, Culiacán, 1953, pp. 34, 37, 35, 36, 38, 51.

¹⁹⁷ Las reflexiones de Michel Foucault sobre el hospital señalan que el hospital posterior al siglo XIX tiene características únicas, que marcaron un parte aguas con los hospitales del siglo XVIII, que tenía características mixtas, pues era un espacio que albergaba tanto a pobres como a locos, enfermos, prostitutas o personas cuyas familias ya no querían hacerse cargo. En el siglo XIX y XX los hospitales viven un proceso de transformación basado en la cientifización de la intervención médica, gracias a los nuevos descubrimientos y la validación que el conocimiento científico tiene para el Estado como ente que regula, permite y avala determinada práctica. Michel Foucault, *Medicina e historia... Op. Cit.*, p. 62.

De acuerdo con J.M. Mackintosh, profesor de salud pública, escuela de higiene y medicina tropical de Londres en 1952, el hospital es un componente indispensable para los servicios de sanidad en donde se miran las alternativas que el mismo Estado ofrece para beneficio de los ciudadanos. Sostiene que el hospital no solo sirve como centro para recibir a enfermos, ya que también es una esfera de influencia que se extiende más allá de sus propios predios hasta los hogares de las familias a quien sirve.¹⁹⁸ Por lo tanto, el hospital debe entenderse como un espacio multifuncional en donde coinciden prácticas, sujetos y posibilidades médicas cuyo proceso de desarrollo dependen en gran medida de las políticas y los mecanismos que el Estado instituya para su florecimiento.

La lectura y el análisis de documentos emitidos por la autoridad gubernamental, investigaciones vinculadas con la problemática, entrevistas realizadas por historiadores a principios del siglo XX y algunos datos fiscales sobre el recurso destinado a los nosocomios nos permite sostener que el funcionamiento, financiamiento, operatividad y vinculación del hospital con la sociedad sinaloense fue un componente medular que mantuvo presencia a lo largo de la temporalidad. Es necesario especificar cómo fue el proceso de la política hospitalaria, los servicios que ofrecían y cuáles fueron los de mayor trascendencia en Culiacán.

Entre 1920 y 1953, en Sinaloa, estuvieron en funcionamiento hospitales, hospicios, casas hogar, orfanatos, sanatorios y otros espacios dedicados al cuidado de la salud, la prevención, el bienestar y la intervención médica. La mayor parte eran de carácter público, aunque también hubo aquellos que eran privados y con servicios que requerían un gasto mayor de los pacientes. En el cuadro que se encuentra a continuación aparecen los recintos de sanación y cuidado médico que se lograron identificar en las poblaciones principales de la entidad. Consideramos que esta tabla contiene a la mayoría de los centros médicos de la entidad, aunque probablemente hubo algunos que escaparon a nuestro rastreo, debido a la inexistencia de una

¹⁹⁸ J. M. Mackintosh, “¿Para qué sirve un hospital?”, *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*, sin número, 1952, p. 417

fuente que aglutinara a todos ellos, pues la información obtenida estaba dispersa en diferentes fuentes.

Aun con ello, es de suponer que el número fue mayor. Para entonces, era recurrente que las industrias y las fábricas tuvieran pequeños hospitales para atender a los trabajadores.¹⁹⁹ Pese a no conocer el número exacto de este tipo de hospitales, la información no deja de ser muy útil en el sentido de que dimensiona la proporción y el lugar en donde se ubicaban estos espacios.²⁰⁰

Cuadro 3

Municipalidad y poblaciones en donde se ubicaban recintos dedicados al cuidado de la salud en la primera mitad del siglo XX

Municipalidad o poblado	Recinto
Culiacán	Casa de beneficencia
Culiacán	Hospital del Carmen
El Rosario	Hospital de la Cruz
Mazatlán	Hospital Civil de Mazatlán
Culiacán	Hospital Civil de Culiacán
Culiacán	Hospicio Francisco I. Madero
Mazatlán	Orfanatorio de Mazatlán
Mazatlán	Asociación de Beneficencia Privada
Los Mochis	Asociación de Beneficencia Pública
Culiacán	Sanatorio particular del Dr. Cliserio García Jiménez
Culiacán	Sanatorio particular del Dr. Mario Camelo
Culiacán	Sanatorio Bátiz Ramos
Culiacán	Sanatorio Diego Redo
El Rosario	Hospital Julio Ríos Tirado
El Fuerte	Hospital Santa Rita
Culiacán	Casa hogar de Culiacán
Culiacán	Casa de la Trabajadora Social
Mazatlán	Casa Hogar de Mazatlán

¹⁹⁹ Informe de gobierno correspondiente al año comprendido del 16 de septiembre de 1929 al 15 de septiembre de 1930 rendido por el ciudadano General Macario Gaxiola, Culiacán, 1930, p. 17.

²⁰⁰ Debe precisarse que no todos se inauguraron durante los años que corresponden a este estudio, incluso se muestran recintos que abrieron sus puertas desde el porfiriato, como la Casa de Beneficencia de Culiacán, ubicada por la actual calle Ignacio Zaragoza. También, se muestran hospitales que cambiaron de nombre en los años correspondientes debido a cambios administrativos, tal como fue el caso de Hospital Civil de Culiacán, anteriormente llamado Hospital del estado. Rafael Valdez Aguilar, *Historia del hospital civil de Culiacán*, Sinaloa, Instituto Municipal de Cultura de Culiacán, 2007, p. 92.

San Ignacio	Hospital de San Ignacio
Culiacán	Asilo de Ancianos José María Uriarte
Culiacán	Hospital del Niño
Escuinapa	Hospital de Escuinapa

Fuente: *Informes de Gobierno del Estado de Sinaloa, de 1929 a 1953*. Rafael Valdez Aguilar, *Historia del Hospital Civil de Culiacán*, Sinaloa, Instituto Municipal de Cultura de Culiacán, 2007, pp. 75-110. Brianda Lizbeth Tamez Leyva, *Del oficio a la profesión: la formación de las enfermeras sinaloenses 1877-1977*, Sinaloa, tesis de maestría en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, p. 82.

Tomando en cuenta estos datos, vemos que Culiacán tuvo mayor concentración de recintos de salud en la primera mitad del siglo XX, representando el 55% del total (doce hospitales). Mazatlán tenía la segunda mayor concentración, con el 20% (cuatro hospitales). El Rosario (dos hospitales), Los Mochis, El Fuerte, San Ignacio y Escuinapa (un hospital cada uno de los tres últimos municipios) tenían una presencia menor, representando el 10%, 5%, 5%, 5% respectivamente del total de recintos de salud en la región. No es extraño que del total de hospitales el mayor porcentaje se concentrara en Culiacán, pues era la ciudad principal y la más poblada. Por ejemplo, en 1950, concentraba al 23% de habitantes de toda la entidad.²⁰¹

Puede identificarse que hubo lugares para la asistencia, la hospitalización, la maternidad y la ejecución de cirugías, tal como se practicaba en el Hospital Civil, el sanatorio Bátiz Ramos y el de Mario Camelo, así como para el cuidado de los ancianos, mendigos, personas con padecimientos mentales y niños en condición de orfandad, como lo era el Hospital del Carmen, el Hospicio Francisco I. Madero y la Casa de Beneficencia. Así, la relevancia de Culiacán, en lo que se refiere a servicios de salud, radica en que concentraba recintos hospitalarios para las diferentes necesidades vinculadas con padecimientos, enfermedades y atención médica.

Al finalizar la década de 1920 la situación en que se encontraban estos lugares no había progresado mucho. Brianda Tamez señala que, en la capital del estado, el

²⁰¹ Culiacán tenía 147,106 habitantes; Mazatlán 76,866 habitantes; El Rosario 27,303; Ahome 60,175; El Fuerte 40,406; San Ignacio 19,482; Escuinapa 14,949. *Séptimo censo general de población. 6 de junio de 1950, estado de Sinaloa*, México, Secretaría de Economía-Dirección General de Estadística, 1952, p. 22.

panorama hospitalario era decadente, ya que continuaban siendo los mismos lugares que desde hacía treinta años. La Casa de Beneficencia, edificada a finales del siglo XIX, funcionaba de manera irregular, además de que carecía de medicamentos y de personal.²⁰² Las noticias sobre el pésimo servicio médico era del conocimiento de los culiacanenses, pues los diarios locales comentaban que “las camas con que cuenta están casi desvencijadas, la ropa para los enfermos la constituyen asquerosos harapos, las salas de curación carecen de los elementos más rudimentarios, las medicinas son esencialísimas y pocas veces pueden surtirse las fórmulas tal y como lo ordenan los facultativos.”²⁰³

En estos años surge el proyecto de construir un nuevo hospital en Culiacán. El gobierno realizó las gestiones correspondientes para que el gobierno municipal cediera la vieja Casa de Beneficencia, la cual pasó a ser llamada Hospital Civil del Estado. Ya desde 1929 había comenzado a funcionar como Hospital Civil, aunque fue hasta tres años después, en 1932, cuando se inauguró oficialmente bajo la dirección del doctor Benjamín Salmón.

En este proceso se suscitó una discusión política entre el gobierno estatal y municipal, ya que el primero buscaba que el ayuntamiento cediera totalmente el terreno en donde se encontraba el Hospital Civil, es decir, la antigua Casa de Beneficencia. Debido a ciertas inconformidades del ayuntamiento para ceder dicho lugar se decidió iniciar la construcción del nosocomio en Tierra Blanca, a las afueras de la mancha urbana, a varios cientos de metros de distancia del río Humaya.²⁰⁴

El Hospital Civil fue considerado una muestra de la modernidad y transformación en términos de atención y cuidado médico gratuito a la población, una irrupción, un cambio imprescindible en que el Estado, protector financiero del hospital, tendría la responsabilidad principal de sus éxitos en lo sucesivo. En palabras de Rafael Valdez, “el Hospital Civil del Estado constituyó en ese tiempo la institución de asistencia médica más importante en la entidad; pues hasta entonces sólo había

²⁰² Brianda Lizbeth Tamez Leyva, *Del oficio a la profesión... Op. Cit.*, p. 93.

²⁰³ Rafael Valdez Aguilar, *Historia del Hospital... Op. Cit.*, p. 84.

²⁰⁴ *Ibíd.*, p. 86.

(además de los hospitales Civil y Militar de Mazatlán) sanatorios, lazaretos, vacunatorios, dispensarios y otros centros asistenciales muy deteriorados”.²⁰⁵ Este hospital habría de gozar de autonomía en años posteriores, cuando en 1949, por haberlo autorizado el congreso, “quedando su dirección y administración a cargo de un Patronato”.²⁰⁶

Si se pone atención a las cantidades destinadas al funcionamiento del hospital se identifica que a inicios de los años treinta el gobierno destinó \$36,388 para el gasto operativo del hospital, que incluía también la construcción de más espacios y el sueldo de los médicos, de los cuales \$6,000.00 eran aportados por el gobierno municipal.²⁰⁷ Si se compara el total de la cantidad con otros rubros nos podemos percatar de que no era poco el ingreso que requería ese lugar para su funcionamiento. Esta cantidad era el equivalente al impuesto por derecho de ventas que cobraba el Estado en un año, y también a lo que el gobierno cobraba por la producción de alcoholes y aguardientes de toda la entidad.²⁰⁸

Sobre los sueldos a los empleados que laboraban en el Hospital Civil, estos variaban de acuerdo a la profesión, la responsabilidad y los roles que desempeñaran al interior. La información sobre los sueldos del personal de un hospital muestra la estructura jerárquica de la organización, la valoración relativa de los roles y la importancia de una gestión eficiente, desde el personal médico hasta del administrativo y de limpieza. Así, destaca una diferencia en ingresos basada en la responsabilidad y la experiencia requerida en cada puesto. En el cuadro de abajo se muestran los sueldos de los empleados en la década de 1930. Vemos que el director médico del hospital recibía el salario más alto, seguido por el médico adjunto, lo que sugiere que ocupaban posiciones de liderazgo y un nivel significativo de experiencia y conocimientos médicos. Existe una considerable diferencia según las áreas en las que trabajaban. Por ejemplo, el director médico ganaba más que el personal de apoyo, como la planchadora o el celador, sugiriendo responsabilidades

²⁰⁵ *Ibíd.*, p. 87.

²⁰⁶ *Ibíd.*, p. 85.

²⁰⁷ *Informe de gobierno correspondiente al año comprendido del 16 de septiembre de 1929 al 15 de septiembre de 1930 rendido por el ciudadano General Macario Gaxiola*, Culiacán, 1930, p. 43.

²⁰⁸ *Ibíd.*, p. 45.

y calificaciones distintas para cada puesto, el rol que tenían al interior del espacio. El administrador, por su parte, ocupa un puesto de importancia en esta jerarquía, lo cual presupone una gestión indispensable para el funcionamiento del hospital, incluso por arriba del sueldo de las enfermeras, quienes eran el cuarto escalón en la jerarquía de sueldos.

Cuadro 4

Sueldo del personal que trabajaba en el Hospital Civil en la década de 1930

Personal	Sueldo anual
Director médico del hospital	\$2,280.00
Médico adjunto	\$1,440.00
Administrador	\$1,022.00
Enfermera	\$876.00
Secretario	\$912.00
Celador	\$540.00
Afanadora	\$288.00
Planchadora	\$219.00

Fuente: Rafael Valdez Aguilar, *Historia del Hospital... Op. Cit.*, pp. 87, 88.

Al presupuesto anual asignado normalmente se le agregaban otras cantidades durante el transcurso del año, cuyo dinero no solamente lo aportaba el gobierno estatal y municipal, sino que también había ingresos por parte de la federación, mediante el Departamento de Salubridad Pública. En comparación con otros espacios de salud de Culiacán y de la entidad, el Hospital Civil era el que más recursos obtenía debido a los diferentes servicios que ofrecía, por ejemplo, en el mes de julio de 1941, el gobierno destinó, entre gastos y sueldos a los trabajadores de la salud, \$9,082.00, para los hospitales foráneos municipales \$1000.00, para las instituciones de beneficencia privada \$2,117.00 (entre gastos y subsidios), mientras que al Hospicio Francisco I Madero se le designaron \$1,561.00.²⁰⁹

Pese a todos los esfuerzos realizados y la prioridad financiera que tuvo este hospital en comparación con los demás recintos, está claro que los primeros años de este hospital fueron turbulentos. Aun cuando fue substancial el cambio en el sector salud

²⁰⁹ *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo XXXIII, núm. 118, 7 de octubre de 1941, p. 6.

generado con el funcionamiento del Hospital Civil, al concentrar servicios de pediatría, maternidad, cirugías y medicina preventiva, seguían teniendo carencias en medicamentos y utensilios indispensables para el ejercicio de cirugías y demás procedimientos.

El nosocomio referido fue desde su nacimiento una institución de salud con muchas carencias, como puede deducirse del conocimiento de su presupuesto anual y el monto de las distintas partidas entregadas por el gobierno estatal para su sostenimiento. Funcionaba desde sus primeros años -en que todavía no se terminaba de construir-, en una sola ala de edificios; disponía de un solo quirófano; no constaba con laboratorio clínico ni un gabinete de rayos X; disponía de una rudimentaria farmacia.²¹⁰

Puede suponerse que la insuficiencia se debe a un alto número de personas que asistían para ser atendidos, además de que también acudían personas provenientes de poblaciones vecinas a Culiacán, incluso de otros estados como Durango. Si hacemos un análisis del número de personas que fueron atendidas podemos ver con mayor certeza lo anterior señalado. En 1932, año en que se inauguró oficialmente el hospital, se atendieron a 6,247 personas en el área de prevención y curación, mientras que para el año de 1942 se contabilizaron 54, 000 personas que acudieron al hospital.²¹¹

Este ejemplo denota una línea ascendente en el número de pacientes que se atendían en este lugar, significando constantes retos para cubrir todos los gastos de operatividad, funcionamiento, construcción y mantenimiento. Sobre las características del Hospital Civil, se hizo al estilo francés, con patio al centro y pasillos a los lados que facilitaban su ventilación, dando el aspecto de estar en un gran jardín y buscando armonizar la estadía de los pacientes.

²¹⁰ Rafael Valdez Aguilar, *Historia del Hospital... Op. Cit.*, pp. 88, 89.

²¹¹ *Informe de gobierno del gobernador del estado de Sinaloa general Macario Gaxiola, 15 de septiembre de 1932*, Culiacán, 1932, p. 13. *Segundo informe de gobierno. Coronel Rodolfo T. Loaiza, estado de Sinaloa*, Culiacán, 1942, p. 32.

Imagen 8

Personas que inauguraron el nuevo Hospital Civil del Estado el 16 de septiembre de 1932



Fuente: Archivo Histórico General del Estado de Sinaloa.

Imagen 9

Pasillos del Hospital Civil



Fuente: Colección fotográfica de Miguel Tamayo.

Fue en los años cuarenta y cincuenta cuando se observan grandes inversiones en este hospital, así como la materialización de otro proyecto dedicado a la atención infantil, el Hospital del Niño.

En los primeros años de esta década se invirtieron \$50,000.00 para construir un pabellón de enfermedades venéreo-sifilíticas en el Hospital Civil, cuyas características comprendía cuatro salones-dormitorios, cuatro comedores, dos salas de curaciones, dos departamentos de baño, dos departamentos de servicios sanitarios y un consultorio. Mientras se terminaba esa obra se construyó un pabellón para enfermedades infecto-contagiosas, cuyo gasto ascendió a los \$48,000.00, sufragado con dinero estatal y del Departamento de Salubridad Pública. “El trabajo se estaba realizando en una superficie de 553 metros cuadrados, y comprendía veinte separos individuales, dos salas de curaciones, dos cuartos para enfermeras, dos salas de observación, dos salas con cristales para exposición de los enfermos a los rayos solares y servicios sanitarios”.²¹²

En el año de 1944 el gobierno vuelve a invertir para modificaciones en el mismo lugar y construye tres departamentos destinados a la cocina, fregaderos y lavaderos, cuyo costo fue de \$5,228.00.²¹³ También se compró equipó nuevo para el área de maternidad; para la sala de operaciones quirúrgicas se compró una máquina de rayos X, cuyo costo fue de \$22,000.00.

En lo referente al Hospital del Niño, este comenzó su funcionamiento en la década de 1940, y antes de su inauguración no existía en la entidad un lugar que cumpliera con la exclusiva dedicación de cuidar la salud de la infancia, salvo algunos lugares que tenían más características de orfanato que de hospital. Se ubicaba por la colonia Almada, al sur de la ciudad. Es difícil establecer el presupuesto que el Estado destinó para la construcción del edificio, ya que constantemente se derogaban más gastos, aunque algunas cantidades estuvieron por encima de los

²¹² *Segundo informe de gobierno. Coronel Rodolfo T. Loaiza, estado de Sinaloa, Culiacán, 1942, pp. 13, 14.*

²¹³ *Informe de gobierno rendido por el ciudadano licenciado Teodoro Cruz R. Gobernador sustituto del Estado de Sinaloa, Culiacán, 1944, p. 24.*

\$120,000.00.²¹⁴ El hospital infantil contaba con jardines, comedor, cocina, sala de curación, de consulta y de internación. La sala de cirugías contaba con utensilios y aparatos como “Pantostad Universal para Galvanocaustia y Ionización Medicamentosa, Autoclave simple para esterilización de la ropa de cirugía, dos cajas de Doyen y del instrumental quirúrgico”.²¹⁵

La construcción y equipamiento del Hospital del Niño tiene que ver con los altos índices de mortalidad infantil, pues muchos niños no lograban sobrevivir a los primeros meses de vida. Por ejemplo, de las 7,600 personas fallecidas en Sinaloa durante el año de 1946, 1,753 personas eran niños menores de un año, es decir, un 23% del total de fallecimientos en la entidad,²¹⁶ cifra que dimensiona la importancia de contar con un espacio de salud exclusivo para la atención infantil.

Sobre el personal que trabajó en el Hospital del Niño, en 1945 laboraban cuatro enfermeras, un preparador de farmacia, una cocinera, una lavandera, un galopín, una planchadora, un mozo, un afanador, varios médicos clínicos y un médico director, al cual se le fueron incorporando más médicos en los años siguientes.²¹⁷ En 1955 llegó a proporcionar “18,200 servicios, dividido en 8,950 consultas externas, 2,350 transfusiones, 1,100 venoclisis de sueros y 5,800 análisis de laboratorio, además de que se atendieron 490 niños en la Sala de Lactantes y se hicieron 4,000 estudios económico-sociales sobre la situación de las familias que solicitaron todos estos servicios”.²¹⁸

Algo que llama mucho la atención es que en 1948, durante el gobierno de Pablo Macías Valenzuela, se mejoró el servicio del agua potable y el alumbrado público

²¹⁴ *Informe del C. Gobernador constitucional sustituto del estado libre y soberano de Sinaloa, Rigoberto Aguilar Pico, 1952-1953*, Culiacán, 1953, p. 36.

²¹⁵ *Tercer informe de gobierno que de su gestión administrativa durante el periodo comprendido de septiembre de 1946 a septiembre de 1947, rinde el C. Gral. De Div. Pablo E. Macías Valenzuela, gobernador constitucional del estado de Sinaloa, ante la XXXIX Legislatura del H. Congreso Local, Culiacán, 1947*, p. 44.

²¹⁶ *Séptimo censo general de población. 6 de junio de 1950, estado de Sinaloa*, México, Secretaría de Economía-Dirección General de Estadística, 1952, p. 8.

²¹⁷ *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo XX, núm. 117, 8 de octubre de 1945, p. 1.

²¹⁸ *Tercer informe de gobierno del Sr. Rigoberto Aguilar Pico, gobernador sustituto constitucional del estado de Sinaloa*, Culiacán, 1955, pp.13, 14.

en el Hospital Civil y sus alrededores, por la colonia Almada, con la intención de que este hospital tuviera condiciones óptimas, ya que ambos servicios, el de agua y electricidad, eran deficientes. Esto pese a que dicha colonia tenía décadas de haberse conformado. “Se repararon y mejoraron los servicios de agua potable y alumbrado eléctrico en el Hospital del Estado; se llevó a cabo la introducción de agua potable al Hospital del Niño, construyéndose una red especial desde la avenida Álvaro Obregón, que podrá dar servicio a dicha zona urbana que carecía de ella”.²¹⁹ Tomando esto como referencia, vemos que la construcción y el funcionamiento del Hospital Civil permitieron que esta colonia progresara en cuanto a servicios públicos se refiere.

En el año de 1953, el gobernador sustituto Rigoberto Águila Pico hizo gestiones con la Dirección General de la Lotería Nacional y obtuvo un donativo de 100,000.00 para los servicios de asistencia en la entidad. Los fondos se distribuyeron en diferentes hospitales sinaloenses y áreas de atención médica como laboratorios, maternidad, cirugía, atención a pacientes con tuberculosis, salas de emergencia pediátrica e infraestructura. Esto indica una variedad de necesidades de salud ubicados en Sinaloa, pero también sugiere un esfuerzo por mejorar la infraestructura, modernizar y fortalecer la capacidad de los hospitales, adquirir equipo médico, así como para mejorar los servicios en toda la región, en lugar de centrarse en un solo hospital. Llama la atención la inversión hecha en salud materna e infantil, reflejando aún más la importancia de dicho grupo poblacional.

Cuadro 5
Ingresos por parte del donativo de la Lotería Nacional para los hospitales de Sinaloa, 1953

Espacios de salud o área específica al cual fue destinado	Cantidades
Laboratorio del Hospital Civil de Culiacán	\$40,000.00
Área y servicio de la Maternidad del Hospital de Mazatlán	\$30,000.00
Sala de Cirugía del Hospital de Santa Rita	\$10,000.00

²¹⁹ *General de división Pablo E. Macías Valenzuela, gobernador del estado de Sinaloa, a la XXXIV Legislatura, correspondiente al ejercicio constitucional 1947-1948, Culiacán, 1948, p. 27.*

Equipo para el área de tuberculosos del Hospital de Culiacán	\$10,000.00
Sala de Emergencia del Hospital Infantil (del niño) de Culiacán	\$10,000.00

Fuente: *Informe del C. Gobernador constitucional sustituto del estado libre y soberano de Sinaloa, Rigoberto Aguilar Pico, 1952-1953, Culiacán, 1953, p. 35.*

La manera de distribuir las cantidades fue de la siguiente manera. El 60% del total se destinó a los hospitales de Culiacán, el 30% en el de Mazatlán y un 10% en el Hospital de Santa Rita, que estaba ubicado en El Fuerte. Esto permite deducir que la distribución sigue una lógica en función de las necesidades hospitalarias, los lugares en donde el recurso era más necesario. Es interesante que el gobernador Rigoberto Aguilar Pico haya hecho del tema hospitalario una política de suma importancia, incluso más intensa que los gobiernos de los años cuarenta, ya que en sus gestiones y sus obras relacionadas con la salud se identifica una distribución mas meticulosa del gasto, es decir, lo destina a aspectos muy particulares del área hospitalaria, necesidades profundas, incluso utilizando un lenguaje médico. Esto adquiere mayor entendimiento si tomamos en cuenta que el gobernador era médico de profesión, con especialidad en pediatría, y quien fuera también director del Hospital Infantil en la ciudad de México y fundador del Instituto Nacional de Pediatría, factores que hacen más entendible su inclinación por apoyar a los espacios de salud.²²⁰

En resumen, los ingresos donados por la Lotería Nacional en 1953 se utilizaron de manera estratégica para mejorar y fortalecer los servicios de salud en diferentes

²²⁰ "Dr. Rigoberto Aguilar". Rigoberto Aguilar Pico nació en Mazatlán el 1° de junio de 1905. Magnífico pediatra de fama mundial, director del hospital infantil de la ciudad de México y fundador del Instituto Nacional de Pediatría. Rigoberto Aguilar Pico, gobernador constructor, honrado, enemigo de la violencia y promotor de la cultura. En 1954 inició la construcción del paseo Claussen y la calzada del Camarón, en Mazatlán, con un costo de \$31, 500,000.00; bajo su iniciativa se crearon las siguientes leyes: Ley de Asociación Sinaloense por la Infancia, Ley Orgánica del Trabajo para menores; Ley del Fomento de la Vivienda Popular; Ley de Planeación, Urbanización y Cooperación del Estado; así como la Nueva Ley de CAADES". <https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/fotografia%3A17719>. (Consultado el 23 de junio de 2023).

áreas y hospitales de Sinaloa. Esto denota un compromiso con la mejora de la atención médica no solo en Culiacán, también en toda la región.

A principios de la década de 1950 se transformaron los espacios para las personas que padecían lepra. Como se habló en capítulos anteriores, históricamente los enfermos de la lepra eran excluidos de los centros poblacionales en lugares popularmente llamados leprosarios. En 1953 existía un leprosario que (estimamos) se encontraba por el sector sur de la ciudad de Culiacán, cuyo nombre era Ruperto R. Paliza, en honor al médico de principios del siglo XX. Debido a que este mal necesitaba una atención más especializada, que tomara en cuenta las explosiones de la piel y sus posibles mejorías y prevenciones, se construyó un dispensario dermatológico médico en las inmediaciones del Hospital Civil, cuyos gastos fueron posibles gracias a las ganancias obtenidas por la venta del terreno en donde se encontraba el leprosario.

Hemos hecho gestiones ante las Secretarías de Salubridad y Asistencia y de Bienes Nacionales, para lograr que el terreno que actualmente ocupa el leprosario Dr. Ruperto L. Paliza, sea vendido al mejor postor, para destinar los fondos que de él se obtengan, al Dispensario Dermatológico que se construye en terrenos del Hospital Civil de Culiacán. Hemos procurado mejorar lo más posible las condiciones en que se encuentra el Hospital Civil de esta Ciudad, al cual afluyen enfermos de todo el Municipio de Culiacán y de varios otros del Estado en busca de atención médica [Sic].²²¹

Este dato es muy importante porque nos habla de un cambio de perspectiva por parte del Estado hacia los leproso, al considerar que su tratamiento y prevención debería estar al interior de un Hospital en donde se tratan diferentes enfermedades, y no excluirlos. No se descarta la existencia de leprosarios en otros puntos de la ciudad, y a los cuales no hemos podido acceder, pero cambiar de la exclusión del leproso al establecimiento de un dispensario que contenga análisis, medicamentos y atención especializada indica un cambio en la percepción en torno a la enfermedad, nuevas prácticas médicas que apostaban por su control, y un Estado que destina una parte de sus ingresos en el tratamiento de enfermedades

²²¹ *Informe del C. Gobernador constitucional substituto del estado libre y soberano de Sinaloa, Rigoberto Aguilar Pico, 1952-1953, Culiacán, 1953, p. 35.*

milenariamente consideradas como pestes humanas. Se puede afirmar que este es un punto coyuntural, pues debido a que un médico de tal preparación y prestigio asumió el mando del poder ejecutivo, la política hospitalario tuvo una prioridad substancial.

Así, en el año de 1955, ya estaba en funcionamiento el Centro Dermatológico. Su construcción ameritó la intervención económica del gobierno estatal, federal y la iniciativa privada.

Centro Dermatológico.- Fue terminado el Centro Dermatológico de esta ciudad, en terrenos del Hospital Civil de Culiacán, con una inversión de \$ 353,147.14, de los que \$ 105,195.00 aportó el Gobierno Federal \$ 60,000.00 el Gobierno del Estado y el resto o sea la suma de \$ 187,962.14 la iniciativa privada. El Gobierno del Estado subsidia con \$ 60,000.00 anuales a esta Institución, en la que se atienden gratuitamente 700 enfermos de lepra y 859 de otros padecimientos de la piel.²²²

3.4. Estado, salud e higiene en la capital sinaloense

Además de la política de salud en relación con los hospitales de Culiacán, coexistió una importante campaña de concientización por parte del Estado para generar condiciones adecuadas de salud. Esto fue acompañado de políticas y medidas reglamentarias para el cuidado de los espacios públicos, la higiene que debían de tener los establecimientos comerciales, los alimentos y las bebidas que se expendían, además de puntualizar la responsabilidad que tenían los habitantes para mantener limpia la ciudad y sus espacios familiares. En palabra de Philip Corrigan, para el Estado es indispensable que siempre permanezca una aureola de indispensabilidad de los ciudadanos, en donde cada actor y grupo asuma roles y responsabilidades,²²³ incluido en tema de salud y la higiene.

En este apartado hemos decidido analizar estos aspectos de una manera que nos permita especificar aquellos elementos que marcaron la política de salud e higiene

²²² *Tercer informe de gobierno del Sr. Rigoberto Aguilar Pico, gobernador sustituto constitucional del estado de Sinaloa*, Culiacán, 1955, p. 11.

²²³ Gilbert Joseph y Daniel Nugent (comps.), *Aspectos cotidianos de la formación del Estado*, México, Ediciones Era, 2002, pp. 25-27.

durante la temporalidad de estudio, y así identificar particularidades, rupturas y continuidades que nos ayuden a conocer el fenómeno de una manera más profunda.

3.4.1. Educación higiénica y vacunación

La educación higiénica y el cuidado personal fueron el eje sobre el que descansó la política de salud pública; era la manera de asegurar un mejor porvenir en años venideros, bajo el argumento de que el conocimiento sobre la higiene y la concientización sobre la responsabilidad de sí mismo era lo que permitiría que los mecanismos y las labores sanitarias empleadas por el gobierno estatal, la federación y el municipio fueran más efectivas. Se decía que el alcoholismo, las enfermedades venéreas, las epidemias, las infecciones y demás padecimientos era posible evitarlos si el Estado articulaba una sólida campaña que introdujera el aseo y la higiene como prácticas inherentes. De acuerdo con el Código Sanitario de 1926 (que siguió vigente para los años treinta), el Departamento de Salubridad Pública era el órgano encargado de la propaganda de prácticas de higiene individual y social, estando en completa facultad para emitir publicaciones diariamente en la prensa o los medios informativos oficiales, dar conferencias y explicaciones públicas en centros educativos, de instrucción, fabriles e industriales. De igual manera, tenía la obligación de evitar

La propaganda que se haga por medio de toda clase de publicaciones, impresos, avisos, anuncios, rótulos, etc., por la que, a juicio del mismo Departamento: I. Se engañe al público sobre la calidad, pureza, conservación, propiedades, usos, etc., de comestibles, bebidas, medicinas, aparatos, útiles, instalaciones sanitarias, etc; II. Infunda o trate de infundir prácticas contrarias a la salud o a la higiene; III. Contraríe en alguna forma la propaganda que el Departamento de Salubridad desarrolle en los términos de los artículos anteriores.²²⁴

El primer objetivo de la educación higiénica posrevolucionaria fueron los infantes, sobre todo los que pertenecían a los sectores populares, en donde estaban más arraigadas las enfermedades debido a la condición de marginalidad, a la suciedad

²²⁴ *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1926... Op. Cit., p. 435.*

en que vivían y los malos hábitos. En palabras de Ernesto Aréchiga Córdoba, “la educación en materia de higiene y salubridad fue una de estas estrategias, manifestándose tanto en el ámbito formal de la escuela y los libros como en el ámbito informal de la propaganda a través de conferencias, panfletos, anuncios, carteles, obras de teatro, programas de radio y películas”.²²⁵ En Culiacán, fue la Unidad Médica Municipal la que se encargó de desarrollar “un servicio de propaganda en todas aquellas prácticas de higiene” a beneficio de la salud personal, y para ello, realizaron publicaciones en diarios locales y conferencias con el propósito de insistir en el cuidado infantil a los padres de familia ²²⁶

Así, vemos que a inicios de 1940 los talleres gráficos de la ciudad imprimieron, por órdenes de la institución señalada, “gran cantidad de folletos sobre higiene personal”,²²⁷ mismos que fueron distribuidos en todas las demarcaciones de la entidad. Se dictaron 1,123 conferencias en público y en escuelas, sobre tópicos de higiene y se desarrollaron actos y festivales dedicados a las madres y al cuidado de la higiene infantil.²²⁸

Para poder llevar a cabo tal empresa el Estado necesitó de la ayuda de los maestros, figuras importantes que representaban respeto en las poblaciones y comunidades. Sobre los docentes, desde que salían de las escuelas normales tenían que estar plenamente capacitados para emitir recomendaciones acertadas sobre el cuidado familiar, tal como lo podemos observar en el Plan de Estudios de la Carrera de Profesor Normalista en el Colegio Civil Rosales para el año de 1935, donde se observa claramente que la higiene escolar y social se encontraba dentro de las seis áreas en que se dividía dicho plan.

²²⁵ Ernesto Aréchiga Córdoba, “Educación, propaganda y dictadura sanitaria. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, 2007, p. 70.

²²⁶ *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo XXVII, núm. 21, 19 de febrero de 1935, p. 4.

²²⁷ *Informe de gobierno del Estado de Sinaloa por el ciudadano coronel Alfredo Delgado... Op. Cit.*, p. 46.

²²⁸ *Tercer informe de gobierno, coronel Rodolfo T. Loaiza, gobernador constitucional del estado*, Culiacán, 15 de septiembre de 1943, p. 11.

Imagen 10

Plan de Estudios de la Carrera de Profesor Normalista en el Colegio Civil Rosales para el año de 1935

	ÁREA CIENTÍFICA	CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES	LENGUAS	ÁREA PRÁCTICA Y FÍSICO-ESTÉTICA	ÁREA PEDAGÓGICA	ASIGNATURAS
1er. año	Biología	Literatura General Historia General Economía Política y Problemas Económicos de México	Español Práctico	Práctica y Técnica Escolar Música (Nociones de Solfeo y Teoría Musical) Cultura Física Pequeñas Industrias	Psicología Aplicada a la Educación	10
2do. año	-	Historia de México (Independencia a Nuestros Días) Geografía Económica y Social Historia de las Doctrinas y Luchas Sociales	-	Prácticas y Técnica Escolar Higiene Escolar y Social Economía Doméstica Prácticas Agrícolas Música (complementos teórico-prácticos) Cultura Física	Principios de Educación Psicología Aplicada a la Educación	11
3er. año	-	Lógica Ética Legislación Revolucionaria (agraria, del Trabajo y Educación)	-	Prácticas y Técnica Escolar Cultura Física	Principios de Educación Historia de la Educación Sociología Aplicada a la Educación Organización y Estadística Escolar	9
Asignaturas	1	9	1	12	7	30

Fuente: Dina Beltrán López, "Currículum y educación normalista en Sinaloa, 1917-1980", en Prudenciano Moreno Moreno, Manuel de Jesús Soto Acosta y Jesús Javier Castro Gómez (coords.), *El sistema educativo en Sinaloa. Políticas curriculares y temas emergentes*, tomo II, Sinaloa, Universidad Pedagógica del Estado de Sinaloa, 2016, p. 115.

Para poder impartir clases, los maestros debían de ser no solo un modelo de respeto, responsabilidad y profesionalismo, sino también de higiene, aseo y cuidado personal ante los niños y la comunidad, así como de gozar de una excelente salud. De acuerdo con la Dirección y Administración del Sistema Escolar de Sinaloa, corroborar que se tenía una buena salud era necesario para que un maestro fuera contratado en Culiacán, pues de identificarse que el candidato tenía alguna enfermedad contagiosa, sería inmediatamente descartado como maestro. En caso de que el solicitante tuviera una deformidad física tampoco se le permitiría ejercer su profesión, debido a que tal condición podría ocasionar que los alumnos no mantuvieran el respeto hacia su persona.

Artículo 112. Están incapacitados para ejercer el magisterio: I. Los que adolezcan de enfermedades contagiosas o repugnantes. II. Los que tengan deformidad física que menoscaben el respeto que los alumnos deben tener para el maestro. III. Los que presenten deficiencias mentales comprobadas. IV. Los que observen una conducta inmoral.²²⁹

Sobre las obligaciones y responsabilidades en favor de la higiene en los alumnos, los maestros de Culiacán debían de instruir a sus pupilos sobre el correcto lavado de manos y la importancia que esto implicaba para prevenir enfermedades, lo necesario que era bañarse diariamente para mantener el cuerpo limpio, no jugar en espacios que tuviera material fecal de animales, ante la posibilidad y el descuido de llevarse las manos a la boca. No era inusual que en las escuelas se elaboraran materiales higiénicos, “como la tinta de escribir, los gises, el jabón, la pasta dentífrica, grasa para calzado, entre otros”.²³⁰

Los maestros también fungieron como importantes agentes movilizados para la vacunación, debido a la resistencia que niños y adultos llegaron a tener para aplicarse este medicamento. Generalmente, se citaba a los alumnos a las escuelas un día especial para la aplicación de las vacunas, tal como ocurrió a inicios de los años treinta, cuando se solicitó el apoyo de los maestros de las demarcaciones de El Dorado, Navolato, Quilá, San Pedro, Aguaruto, Comisaría de Paredones, Mirasoles, Mojolo y Bachigualato, y que informaran a alumnos y padres sobre una jornada de vacunación, la cual constaría de seis mil dosis anti-variolosas.²³¹

En este contexto es como se inicia una fuerte campaña en contra de la viruela en Culiacán, en la que se solicitó a los padres que acababan de tener a sus hijos que acudieran a los centro de vacunación y recibieran la dosis. Los infantes más pequeños debían acudir en los primeros noventa días de vida, y en caso de no presentar la inmunidad se debía aplicar la misma dosis cada tres meses hasta que se identificara el resultado positivo. Para los adultos, se estipulaba que cada cinco

²²⁹ *Periódico Oficial. Órgano del Gobierno del Estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo LI, núm. 85, 20 de julio, 1950, p. 26.

²³⁰ Oresta López, Norma Ramos y Armando Espinoza, “La intervención del Estado, la desigualdad y el deseo en la invención de los espacios escolares rurales en tres regiones de México en el periodo posrevolucionario”, *Educar em Revista*, núm. 49, 2013, p. 72.

²³¹ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 19, 6 de mayo de 1932, f. 140.

años debían de recibir la dosis, y de no haber obtenido la inmunidad en la primera dosis, debían acudir a los dos años para recibir la siguiente.²³²

Debe destacarse que convencer a las personas de que se vacunaran para prevenir alguna enfermedad llegaba a ser una tarea difícil, incluso para los maestros, ya que la ignorancia y la desconfianza en torno a ello todavía estaba muy acentuada en Culiacán. Así lo señaló *El Diario de Culiacán*, al puntualizar que pese a las labores de los maestros y las campañas de vacunación por el sector salud había muchos que se resistían.²³³

Imagen 11

El Diario de Culiacán, “La Necesidad de Vacunarse”, 1951



Fuente: *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 769, 25 de septiembre de 1951, p. 2.

En cuanto a la vacunación animal, también significó un problema la poca afluencia de personas que llevaban a sus perros para que fueran vacunados, y así evitar que al morder a una persona fuera portador de rabia. Esta problemática se expresa claramente a inicios de los años cincuenta, pues durante un lapso de diez años se había suprimido la vacuna antirrábica en los perros, algo que ocasionó un aumento

²³² *Diario Oficial de la Federación*, México, tomo LXXXIII, núm. 5, 27 de noviembre de 1934, p. 3.

²³³ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 769, 25 de septiembre de 1951, p. 2.

en el número de canes infectados. Bajo la instrucción y la concientización del magisterio sobre la importancia de llevar a los perros para que recibieran la vacuna, se estableció que todas las personas estaban obligadas a llevar a sus mascotas con la autoridad sanitaria correspondiente para que verificaran el estado del animal, y así determinar si era indispensable la aplicación de la vacuna. De hacer caso omiso se cobraría una fuerte multa.²³⁴

3.4.2. Políticas y medidas de salud en contra del consumo de alcohol

La lucha en contra del consumo de alcohol ya era añeja cuando los gobiernos posrevolucionarios aplicaron mecanismos coercitivos. De acuerdo con Graciela Márquez, durante el porfiriato, se aplicaron fuertes estrategias para disminuir su consumo a través de la ejecución y diseño de reglamentaciones para controlar la producción y venta de las bebidas. La irregularidad con la que operaban las haciendas productoras, los canales ilegales en el tráfico de los líquidos, la adulteración de las bebidas y las escenas de riña en los espacios públicos fueron aspectos que el Estado porfirista buscó erradicar.²³⁵ Cuando Francisco I. Madero - a inicios de 1910- criticó los fracasos del régimen, recalcó los pocos resultados para disminuir los vicios, el alcohol y el juego en los sectores bajos de la sociedad. Al asumir el poder, mantuvo cercanía con organizaciones moralistas para apoyar una cruzada antialcohólica que velara por la moral, el bienestar y la salud que favorecía una vida abstemia; sin embargo, pocos resultados se tuvo debido a los embates, las insurrecciones y los descontentos que manifestaron las facciones revolucionarias, priorizando unos temas sobre otros.²³⁶

Los gobiernos posrevolucionarios heredaron esta problemática, retomando gran parte del discurso antialcohólico y efectuando políticas muy similares, como transformaciones en la fiscalización y mayor vigilancia en los espacios de venta y consumo de bebidas embriagantes. No obstante, una característica particular de

²³⁴ *Diario Oficial de la Federación*, México, tomo CLXXIX, núm. 8. 9 de Marzo de 1950, p. 2.

²³⁵ Graciela Márquez, "¿Modernización fiscal? Impuestos sobre bebidas alcohólicas 1884-1930" en Ernest Sánchez Santiró (coord.), *Cruda realidad... Op. Cit.*, p. 189.

²³⁶ Iván Francisco León Velarde, *Espacios de venta y consumo de bebidas alcohólicas... Op. Cit.*, pp. 70, 71.

dichos gobiernos, y que se diferencia a los regímenes anteriores, fue que fortalecieron las cruzadas de moralización antialcohólica. Incluso se diseñó un programa con grandes expectativas, en donde a través del arte y la concientización de las masas se buscaría que las personas dejaran de alcoholizarse.²³⁷ Así mismo, la reestructuración de políticas públicas dio cabida a la ejecución de medidas para introducir a la práctica alcohólica, las enfermedades que ocasionaban el exceso y las muertes por alcoholismo como prioritarios para el Estado.²³⁸ De lo anterior devino que en Sinaloa, entre 1929 y 1936, se efectuaran fuertes movilizaciones de colectivos sociales, mismos que fueron apoyados por los gobiernos locales. Las campañas antialcohólicas, como se les llamó, fueron parte de una agenda política que incentivó, entre otras cosas, la disminución de la práctica y el consumo de alcohol para mejorar la salud de las personas.²³⁹

Debe considerarse que, para entonces, las bebidas alcohólicas eran consideradas mundialmente como un líquido que degeneraba fuertemente la salud de las personas, disminuyendo su calidad de vida, pues la dependencia hacía que el sujeto se alcoholizara sin tener control de sí, propiciando el desarrollo de enfermedades cardiacas, digestivas y del hígado. Las discusiones de médicos y especialistas sobre el alcoholismo en países como Inglaterra, Francia y Estados Unidos se sumaron a las preocupaciones de médicos mexicanos que veían a la dependencia alcohólica como una plaga que se extendía con el pasar de los tiempos.²⁴⁰ Esto acompañado de los problemas sociales y familiares tan característicos de los alcohólicos, como irrumpir la tranquilidad en el espacio público con escenas de pleitos, generar violencia en el hogar o no alimentar ni mantener adecuadamente a su esposa e hijos. También el individuo alcohólico era considerado como un sujeto peligroso porque se temía que su inclinación por la bebida fuera transferida a sus

²³⁷ Iván Francisco León Velarde, *El consumo de bebidas embriagantes en Sinaloa... Op. Cit.*, pp. 70-80.

²³⁸ La idea de que el alcoholismo era una enfermedad, y no solamente un vicio, ya estaba muy acentuada en los años posrevolucionarios.

²³⁹ Iván Francisco León Velarde, *Espacios de venta y consumo de bebidas alcohólicas... Op. Cit.*, p. 16.

²⁴⁰ Nadia Di Pardo Menéndez, "Los médicos como cronistas del alcoholismo, de la mortalidad y de la criminalidad 1870-1910", *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, núm. 71, 2018, p. 86.

descendientes a partir de la herencia biológica, intensificando los miedos a que la próxima generación de mexicanos fueran también alcohólicos.²⁴¹

Para finales de los años treinta, durante el cardenismo, la lucha en contra del alcoholismo en Culiacán y otros municipios de Sinaloa continuó su curso, aunque con la característica de que el Estado mantuvo un posicionamiento ambivalente. Por un lado, era consciente del daño a la salud que los alcohólicos se ocasionaban, motivo por el cual las autoridades se dedicaron a promover campañas que concientizaran a los culiacanenses sobre sus efectos nocivos. Así, se realizaron marchas, panfletos y obras de teatro alusivas a los peligros del alcoholismo. Por otro lado, existía una fuerte dependencia económica del Estado con las bebidas alcohólicas debido a la derrama que año con año dejaban comercios y fábricas, haciendo difícil la aplicación de estrategias prohibitivas. Así lo puntualiza Félix Brito Rodríguez, quien identifica que en los años cardenistas las autoridades diseñaron políticas estrictas para fiscalizar a los establecimientos comerciales que vendían bebidas embriagantes. También señala que a los productores mezcaleros se les aplicaron impuestos elevados, bajo el argumento de que esta bebida debía estar sujeta a una regulación especial por sus propiedades degenerativas y el exceso de graduación alcohólica.²⁴²

Como se aprecia, los saberes en torno al carácter degenerativo del alcohol, especialmente del mezcal, fue medular para la política de estas bebidas, lo que tiene conexión con la tendencia científica del momento, que buscaba identificar los hilos biológicos de la degeneración racial, aspecto que hace evidente la vigencia de estos planteamientos al interior del aparato político local.

Para propagar las ideas antialcohólicas, las autoridades locales utilizaron su capacidad de movilizar a las personas, apoyando en la organización de clubes, grupos y comités antialcohólicos, mismos que estaban conformados por mujeres, en su mayoría, ya que eran consideradas como las guardianas de la familia y el

²⁴¹ Nadia Menéndez Di Pardo, “ebrios” en Susana Sonsenski y Gabriela Pulido (coords.), *Hampones, prelados y pecatrices, sujetos peligrosos en la ciudad de México 1940-1960*, México, Fondo de Cultura Económica, 2019, p. 223.

²⁴² Félix Brito Rodríguez, *Alcohol, política, corrupción y prostitución... Op. Cit.*, pp. 218-220.

hogar.²⁴³ También estuvieron aquellos comités conformados por obreros, cargadores, carreteros y demás trabajadores, a quienes se les brindaba charlas culturales e informativas sobre los riesgos que generaba a la salud el consumo de alcohol.²⁴⁴

Sobre las bebidas alcohólicas, sus propiedades y elaboración, debe señalarse que el Departamento de Salubridad Pública encargó a los municipios tener bajo vigilancia a los locales que vendieran estas bebidas, debido a que no faltaban los casos de intoxicación y convulsión por adulteración, haciendo que la elaboración ilegal fuera algo notorio. Para certificar su calidad, el municipio giró, a finales de los años treinta, un decreto sobre una nueva medida fiscal que validara la higiene del producto a través de una inspección rigurosa sobre la composición del mismo, y así conocer si cumplía con las propiedades idóneas para poder ser vendido al público. El decreto establecía dos procesos, uno de certificación del producto cuyo costo iría de los \$3 a los \$5, y otro de permiso, que iría de los \$2 a los \$100.

Artículo Único.- De conformidad con lo dispuesto por el Decreto número 135, expedido por el H. Congreso del Estado el día 13 del mes de enero del corriente año, se adiciona al Presupuesto de Ingresos vigente, el Capítulo XIII Bis para Impuesto por expedición de Certificación y permisos de la Oficina de Comestibles y bebidas e higiene en los siguientes términos: Capítulo XIII Bis.- Artículo 27 Bis. 1° Los certificados y permisos relacionados con la salubridad Pública y que en cada caso expida la Inspección de Higiene, o la oficina de Comestibles y bebidas al ser creada, causarán los Impuestos siguientes: I.- Certificados - de \$3° a \$5° II.- Permisos - de \$2 a \$100.²⁴⁵

Aunque no se sabe con precisión el número de personas que se intoxicaban por ingerir alcohol de mala calidad en Culiacán, o sobre el número de personas que morían a causa de ello, hay dos elementos que presuponen índices elevados. En primer lugar, para mediados del siglo XX, la cirrosis del hígado se posicionó como la séptima causa de muerte en México, algo que no había ocurrido en décadas

²⁴³ *La Opinión, Culiacán*, tomo XX, núm. 1,145, 23 de marzo de 1940, p. 4.

²⁴⁴ *El Demócrata sinaloense*, Mazatlán, tomo XXVII, núm. 3,241, 4 de febrero de 1936, p. 2.

²⁴⁵ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 4, 15 de enero de 1932, ff. 17-18.

anteriores, pues jamás se ubicó entre las principales causas de mortalidad.²⁴⁶ En segundo lugar, la designación de funcionarios capacitados para inspeccionar y evitar la adulteración de bebidas alcohólicas en Culiacán, en las décadas de 1940 e inicios de 1950, nos hace pensar que si representó un problema difícil de erradicar. Para las rancherías y pueblos pertenecientes al mismo municipio esto representaba una gran dificultad, ante lo extendido que estaba el mercado ilegal. Por ejemplo, en 1945, en El Dorado, el doctor Miguel Pavía solicitaba al ayuntamiento que brindaran urgentemente el servicio de un agente sanitario para que inspeccionara la calidad de bebidas y comestibles, entre ellas las bebidas alcohólicas.

Se le informe si pueden contar con un Agente Sanitario que en administraciones anteriores se le ha proporcionado a dicho Servicio, ya que solamente así se puede llevar a cabo la inspección que diariamente se venía haciendo y llevar adelante la labor encomendada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dígase al C. Dr. Miguel Pavía L., Jefe del Servicio Cooperativo de Medicina e Higiene Rural de Eldorado, que con fecha 17 del mes de enero anterior, fueron ratificados los nombramientos de Agentes de Sanidad a favor de los CC. Agustín Bravo Mazo y Efraín Yáñez, de los cuales puede disponer para el desarrollo de los trabajos que tiene a su cargo.²⁴⁷

Las noticias sobre lo extendido del mercado ilegal y el tráfico de productos que no estaban bajo supervisión del gobierno ni el Departamento de Salubridad no eran algo extraño, pese a las consecuencias que traía para la salud. Así pasó en Navolato, en donde

los vendedores clandestinos de bebidas embriagantes siguen en su ilícito negocio. El agente policiaco Ricardo Mendoza Álvarez detuvo a Leopoldo Arellano, al sorprenderlo llevando cuatro litros de vino mezcal, que llevaba para su venta a Aguapepito. También en los Separos de la Inspección se encuentra detenido Filomeno Cabrera Laris, a quien le fueron recogidas quince botellas de Tequila y que llevaba para su venta clandestina a la Sección de San Rafael.²⁴⁸

Al problema de la adulteración y tráfico de alcoholes se sumó el progresivo aumento poblacional que vivió la ciudad de Culiacán a inicios de 1950, incrementando las preocupaciones vinculadas con el alcohol y la salud, ya que al estar más poblada la

²⁴⁶ Gerardo Perdígón Villaseñor y Sonia B. Fernández Cantón, "*Principales causas de muerte...* Op. Cit., p. 239.

²⁴⁷ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 22, acta núm. 8, 7 de febrero de 1945, f. 63.

²⁴⁸ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo 1, núm. 21, 27 de abril de 1949, p. 2.

capital más lugares de esparcimiento se abrían, lo que significaba que más personas asistirían a las cantinas y la inspección abarcaría más espacios. Aun cuando las autoridades estatales y municipales publicaron una gran cantidad de restricciones para controlar los horarios en que podía abrir, la cultura alcohólica y festiva de Culiacán era un factor que dificultaba implantar la abstención en las personas.²⁴⁹ Por lo tanto, vemos que, las medidas públicas para el cuidado de la salud y los padecimientos generados por consumo de alcohol fueron una lucha constante durante la temporalidad, con altas y bajas.

3.4.3. Prostitución y enfermedades venéreas

Al igual que sucedía con el alcoholismo, la prostitución y la progresiva apertura a expresiones sexuales contrarias a los valores, la costumbre y la moral, significaron un problema social importante no solo para las autoridades locales de Culiacán, sino para el país en general, sobre todo porque a mediados del siglo XX, con los nuevos movimientos femeninos, los espectáculos, la seducción que impusieron los bailes exóticos y la influencia que tuvieron las llamadas “vampiresas” en la sociedad femenina, visibilizaron a la sexualidad y al deseo como algo que no había que reprimir con modelos y costumbres de otro tiempo.²⁵⁰ En términos de salud pública la prostitución fue objeto de miradas, ante los riesgos que implicaba la propagación de enfermedades, y aunque socialmente se recriminaba esta práctica, la preocupación política versaba en lograr que las meretrices se mantuvieran saludables, y en caso de no estarlo retirarlas de las calles, o bien, ubicarlas en zonas específicas. Esto nos recuerda a lo que señala Michel Foucault sobre las determinaciones de los espacios públicos en donde el Estado, los gobiernos y las sociedades toleran ciertas prácticas insalubres o moralmente criticadas, puntos que no operan en la lógica el orden establecido, tal como fue el caso de los lugares en que se llevaba a cabo la prostitución.²⁵¹

²⁴⁹ Omar Hernández Millán, *las bebidas embriagantes en Culiacán 1949-1954, una visión entre lo legal y lo prohibido*, Sinaloa, tesis de licenciatura en historia, Facultad de Historia-UAS, 2010, p. 67.

²⁵⁰ Martha Santillán Esqueda, “Vampiresas”, en Susana Sosenski y Gabriela Pulido (coords.), *Hampones, prelados y pecatrices... Op. Cit.*, pp. 27, 28.

²⁵¹ <http://web.mit.edu/allanmc/www/foucault1.pdf>. (Consultado el 19 de octubre de 2022).

Entre los lugares en donde se ejercía la prostitución en la ciudad de Culiacán se encuentra un segmento de las calles Rosales y Ángel Flores, cerca del perímetro donde se ubicaban las vías del Ferrocarril Sud Pacífico, por los rumbos del puente negro. También por la calle Ruperto Paliza y al sur de la calle Francisco I. Madero, entre otros lugares al oriente de la ciudad.²⁵²

Debe decirse que para aquellos años las prostitutas debían de cumplir una serie de reglas vinculadas con la higiene y la salud, como ser inspeccionadas para que no se salieran del perímetro permitido e ir a chequeos médicos mensuales en el Hospital Civil de Culiacán.²⁵³ De esta manera podían contar con la autorización para desarrollar su trabajo; sin embargo, era muy notorio que el oficio se ejerciera de manera ilegal. Esto lo sostenemos porque en los años que van de la década de 1930 a 1955 es frecuente que se reformen algunos artículos del código reglamentario, lo que da pie a la sospecha de la imposibilidad del Estado para erradicar a las prostitutas clandestinas.²⁵⁴ Lo anterior representó un reto para las autoridades sanitarias ya que las “mujeres públicas” clandestinas ponían el riesgo no solo su salud y la de los hombres que contrataban sus servicios, también de las esposas que eran contagiadas por sus maridos.

Para mediados del siglo XX, las principales enfermedades venéreas que el Departamento de Salubridad Pública declaraba como alarmantes eran “la sífilis, la blenorragia, el chancro blando, el granuloma venéreo, enfermedad de Nicolás y Favre”.²⁵⁵ El órgano encargado de vigilar que las prostitutas de Culiacán no presentaran enfermedades como las mencionadas era la Inspección Sanitaria Municipal, cuyas funciones eran

impedir por todos los medios que sean necesarios el desarrollo de la propagación de las enfermedades que puedan transmitirse por medio del contacto sexual, cuidad

²⁵² Ana Julieta Rueda Morales, *El mercado de caricias y placeres: prostitución y prostitutas en Culiacán y Mazatlán. Del porfiriato a los años posrevolucionarios*, Sinaloa, tesis de maestría en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011, pp. 194, 195.

²⁵³ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 29, 24 de junio de 1932, f. 195.

²⁵⁴ *El Estado de Sinaloa. Órgano oficial del gobierno del estado*, Culiacán, tomo XCVIII, núm. 23, 1 de marzo de 1955, p. 2.

²⁵⁵ *Gaceta Médica. Órgano de la academia nacional de medicina*, Ciudad de México, tomo LXX, núm. 2, 30 de abril de 1940, p. 196.

de la observancia de las disposiciones de este Reglamento. Para dicho objetivo se contará con el auxilio de las autoridades administrativas y de la Policía de la Municipalidad, las que están obligadas a prestar la ayuda solicitada para el mejor cumplimiento de sus funciones.²⁵⁶

Sus funciones estaban bajo la autoridad del gobierno municipal; sin embargo, debían estar atento y en constante comunicación con el Departamento de Salubridad Pública para estar coordinados en las labores y campañas que desde el poder federal se emitían para el beneficio de la población.

En la década de 1930 se aplicó en Culiacán una política con la que se esperaba que el ejercicio de la prostitución se desarrollara de la manera menos antihigiénica. Se decretó, por órdenes de la autoridad municipal, que toda dueña o propietaria de casa de asignación debía encargarse de que “sus pupilas o asiladas deberán tener y usar un irrigador cada una, y demás desinfectantes, los que usarán antes y después de tener contacto carnal con los clientes a quienes previamente examinarán para darse cuenta de que estos no adolecen de enfermedades venéreas.”²⁵⁷ La Inspección de Higiene sería la encargada de realizar visitas a las casas de asignación para que esto se respetara, prometiendo multar a todos aquellos lugares y personas que no acataran la norma.

Como se puede identificar, el hecho de establecer una regla en donde la prostituta se mantuviera alerta ante una posible enfermedad venérea buscó hacerlas más consientes y perspicaces en cuanto a los peligros que implicaba su oficio. Aunque, por otro lado, parece un tanto irrisorio suponer que la meretriz tenía plena libertad de analizar detenidamente el área íntima de su cliente, y en caso de detectar una anomalía o posible enfermedad, negarse a concluir el acto. Era bastante riesgoso negarse en una situación así, estando susceptible a que dicho cliente desatara su enojo con golpes, o incluso quitándoles la vida. Esto lo mencionamos porque no eran extrañas las notas en la prensa mexicana sobre asesinatos u

²⁵⁶ *Periódico Oficial. Órgano de gobierno del estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo LII, núm. 131, 10 de noviembre de 1951, p. 8.

²⁵⁷ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Secretaría del Ayuntamiento, Actas de Cabildo, caja 19, acta núm. 50, 13 de diciembre de 1930, f. 381.

homicidios de mujeres que habían sido muertas degolladas o a balazos por sus mismos clientes.²⁵⁸

Cuando se detectara a una mujer con alguna enfermedad sexual, la dueña del prostíbulo debía notificar al inspector de salud, quien estaba obligado a retirar a la meretriz de su oficio y verificar que se tomara las medicinas recetadas para su curación. Así lo puntualizaba el capítulo noveno, artículo sesenta, de salubridad e higiene pública perteneciente al bando de policía de Culiacán de 1948. “Artículo-60. La mujer que legalmente o clandestinamente ejerza la prostitución y se encuentre enferma, será obligada a tomar las medicinas necesarias para su curación, y se le prohíbe ejercer su oficio mientras dure su enfermedad”.²⁵⁹

En relación con las enfermedades venéreas -tanto de prostitutas como de la población en general-, a principios de los años cuarenta se emprendió una fuerte campaña en contra de dichas enfermedades, la cual vino a revocar algunos lineamientos que se habían establecido desde finales de los años veinte. Estos lineamientos siguieron vigentes en años siguientes, y algo interesante es que (en comparación con años atrás) se comienza a discutir si la enfermedad sexual por contagio irresponsable debe incluirse dentro de la categoría de delito.²⁶⁰

Otro aspecto interesante es que la campaña deja del lado ese planteamiento determinista en donde la prostituta era considerada como la única portadora de enfermedades sexuales, y deja en claro que las enfermedades venéreas son un mal que abarca a todas las clases sociales. Así, desde la federación se propone que los reglamentos vinculados con la higiene de las prostitutas fueran revocados en todas las jurisdicciones del país, tal como se aplicó en la ciudad de México a inicios de los años cuarenta, donde se prefirió establecer permanentemente las campañas de concientización para el cuidado sexual, bajo el argumento de que solo así se podrían erradicar dichos padecimientos en ricos y pobres.²⁶¹ Para el caso particular

²⁵⁸ *El Informador*, Guadalajara, tomo XCII, año XXVI, 22 de noviembre de 1942, p. 2.

²⁵⁹ *Periódico Oficial. Órgano de gobierno del estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo XI, núm. 146, 16 de diciembre de 1948, p. 5.

²⁶⁰ Cecilia Gayet, *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género*, CENSIDA-Secretaría de Salud, 2015, pp. 155, 156.

²⁶¹ *Ibíd.*, p. 155.

de Culiacán observamos que, en el año de 1951, el ayuntamiento de Culiacán emite un reglamento sanitario provisional para la práctica prostibularia, en donde se incluyeron artículos vinculados con la salud y la higiene que debían de respetar las meretrices, algo que llama la atención, pues bajo la lógica de dicha campaña estos reglamentos deberían de desaparecer.²⁶²

El documento en donde se establecen las reglas para el ejercicio de la prostitución se encuentra en pésimas condiciones, pero su sola presencia permite suponer dos cosas relevantes. La primera es que la campaña contra enfermedades venéreas no tuvo los efectos esperados en las meretrices de Culiacán, continuando presentándose un número significativo de enfermedades y problemas, lo que habría hecho necesario volver al reglamento para el año en cuestión. Lo segundo sería que, en Culiacán, estos reglamentos continuaron funcionando en paralelo con la campaña en contra de las enfermedades venéreas.²⁶³ Cecilia Gayet menciona que en muchos lugares del país sucedió de esta manera, ya que

a partir de la abolición en 1940 del Reglamento de la Prostitución se consolida la idea de que todos son sujetos de riesgo y focos de contagio. Pero las concepciones del mundo no son homogéneas, y aunque cambia la forma en que se concibe el problema de las infecciones de transmisión sexual, la prostitución como sujeto privilegiado de políticas aparecerá nuevamente durante la Segunda Guerra Mundial, bajo el gobierno de Ávila Camacho. Esto es posible porque durante la etapa cardenista siguieron existiendo grupos que tenían otras opiniones, pero permanecieron silenciados en las publicaciones oficiales. Por otra parte, el abolicionismo tampoco se extendió a todo el país. Algunos estados o municipios mantuvieron los reglamentos a la prostitución a pesar de los preceptos contrarios de la campaña nacional.²⁶⁴

Con base en esto puede inferirse que la irregularidad con la cual operaba la prostitución (como se señaló en párrafos anteriores) y el peligro que significaba a la salud hacía necesario que en Culiacán continuara estableciéndose un reglamento exclusivo para la supervisión médica y la higiene.

²⁶² *Periódico Oficial. Órgano de gobierno del estado de Sinaloa*, Culiacán, tono LII, núm. 131, 10 de noviembre de 1951, p. 7.

²⁶³ *Periódico Oficial. Órgano de gobierno del estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo XI, núm. 146, 16 de diciembre de 1948, p. 5.

²⁶⁴ Cecilia Gayet, *Infecciones de transmisión... Op. Cit.*, p. 155.

Por su parte, las reglamentaciones que componían a la campaña en contra de las enfermedades venéreas solicitaban que los médicos de Culiacán debían de llevar un registro ordenado y puntual de los pacientes que tuvieran alguna enfermedad sexual, ser muy precisos e informar muy bien sobre el tratamiento asignado, la capacidad de contagio del enfermo, notificar a la autoridad sanitaria al momento en que comenzaba el tratamiento y avisar cuando lo concluyera.

Llevar un registro privado de los enfermos venéreos que atiendan, en el que conste: a) Número de orden; b) Nombre y apellido; c) sexo, edad y estado civil; d) domicilio; e) ocupación; f) Nacionalidad; g) Diagnóstico de la forma clínica de la enfermedad y si está o no el enfermo en periodo infectante; h) Fuente probable del contagio, especificando, de ser posible, nombre y dirección. II.- Señalar a los enfermos la gravedad del padecimiento y sus consecuencias para él, para sus familiares y para la sociedad; III. Informales sobre la duración aproximada del tratamiento y entregarles un ejemplar del folleto especial que el Departamento de Salubridad Pública proporcionará a los médicos IV.- Notificar a la autoridad sanitaria federal del lugar de su residencia, inmediatamente que comience el tratamiento, el sexo del paciente y la enfermedad que padezca.²⁶⁵

Los pacientes estaban totalmente obligados a seguir el tratamiento, y en caso de tener un trabajo que constituyera al contagio, debían ser revocados inmediatamente. Si el paciente se rehusaba a seguir las indicaciones y representaba un riesgo para la sociedad, el Estado podía disponer de sus mecanismos para internarlo en un hospital. Si una madre estaba enferma el médico prohibía amamantar a su hijo, expidiendo un certificado cuando la mujer saliera del tratamiento. Cabe destacar que si los enfermos no atendían o seguían los tratamientos se les negaba el certificado prenupcial;²⁶⁶ es decir, el documento en donde se avalaba que los novios no tenían enfermedad venérea, un requisito que otorgaba el Estado para que el matrimonio y la procreación se pudieran efectuar.²⁶⁷

²⁶⁵ *Gaceta Médica. Órgano de la academia nacional de medicina... Op. Cit.*, pp. 196, 197.

²⁶⁶ “Los exámenes y certificados prenupciales se constituyeron en un requisito desde 1917, pero su falta de observancia era frecuente. En 1930 el Departamento de Salubridad Pública llegó a decretar que toda mujer residente en el territorio mexicano tenía el deber de contribuir, dentro de la ley y conforme a los principios de la eugenesia, al fomento de la buena y sana población del país. De este modo, no sólo los hogares, sino en concreto las mujeres, se convirtieron en un “sitio” de injerencia gubernamental”. Zoraya Melchor Barrera, “Eugenesia y salud pública en México y Jalisco posrevolucionarios”, *Letras Históricas*, núm. 18, 2018, p. 100.

²⁶⁷ *Ibíd.*, p. 198.

La exigencia del certificado médico para contraer matrimonio, fue establecido como requisito por el Estado mexicano tras la promulgación de Código Sanitario del año de 1926. En dicho Código se precisaron además, las acciones sanitarias federales y estatales, se estipuló el control del ejercicio de la prostitución y el alcoholismo. La idea de implementar como norma jurídica y previo al matrimonio la constancia de un certificado médico en el que se subordinaba la celebración del matrimonio al estado de salud de los futuros contrayentes, tuvo como anhelo de parte de las autoridades, el pretender evitar contagios entre los futuros esposos, además de riesgos de salud importantes en los descendientes.²⁶⁸

Es muy difícil precisar los números de personas que tenían algún padecimiento venéreo en esta temporalidad, ya que carecemos de datos que nos permitan medir la proporción de prostitutas que acudían a los hospitales para ser revisadas, o las mujeres u hombres que acudieron a los hospitales porque presentaban enfermedades de transmisión sexual. Suponemos que para los años analizados no se tenía un registro certero en Culiacán, o tal vez el tiempo, el descuido o el desinterés hicieron de las suyas sobre este material en cuestión. Aunque llama la atención que cuando se establecieron las reglamentaciones y objetivos de la campaña en contra de las enfermedades venéreas no se sustentara con datos o porcentajes que alarmaran aún más la situación, pues la sección de estadística de dicha fuente tan solo dice lo siguiente: “El Departamento de Salubridad Pública organizará una comisión integrada por técnicos para el estudio estadístico y social acerca de la profilaxis de las enfermedades venéreas”.²⁶⁹

3.4.4. Espacios públicos

Mantener limpios los espacios públicos como las avenidas, calles y plazas públicas de Culiacán constituyeron una parte medular para la política pública local relacionada con la higiene, algo que se ve claramente en las discusiones y los acuerdos llevados a cabo desde el poder municipal. Ya desde el código sanitario de 1926 se identifica la relevancia y responsabilidad que el gobierno federal delegaba

²⁶⁸ Félix Brito Rodríguez, *Estado salud y sociedad... Op. Cit.*, p. 19.

²⁶⁹ *Gaceta Médica. Órgano de la academia nacional de medicina... Op. Cit.*, p. 199.

a los municipios en cuanto a mantener limpios los espacios públicos,²⁷⁰ y que seguía representando una prioridad para mediados del siglo XX.

CAPITULO VI Higiene en Relación con las Vías públicas

ARTÍCULO 145.--Las vías y sitios públicos de las poblaciones deberán conservarse aseados. Las basuras y desperdicios de las poblaciones serán destruidos. Podrán Exceptuarse de la destrucción los que sean industrializables o tengan empleo útil, siempre que no signifique un peli gro para la salud. Los vehículos destinados al servicio público se conservarán en condiciones higiénicas.²⁷¹

En Culiacán, la autoridad local decía que gran parte de los problemas vinculados con la basura y el amontonamiento de desperdicios en las aceras y calles era que los propietarios de establecimientos comerciales tenían malas prácticas de higiene, ya que no limpiaban con regularidad la banqueta ubicada a las afueras de sus negocios. Sostenían que cuando los comerciantes realizaban limpieza de muebles y artículos utilizados para sus establecimientos como ollas, sartenes y escupideras lo hacían en la calle, generando que la suciedad y el agua utilizada para limpiar escurriera libremente por la calle, lo cual daba pie a olores desagradables y amontonamiento de desechos.²⁷²

Esta mala práctica no solo representaba un problema para los transeúntes que olían los desagradables olores, pues también ocasionaba problemas sociales. Llegaba a pasar que cuando un locatario limpiaba y escurría agua fuera de su negocio esta quedara estancada en otro establecimiento comercial, tal como ocurrió con el señor Jesús Gámez, quien tenía un comercio en el primer cuadro de la ciudad, y quien expresó su molestia ante el ayuntamiento de la ciudad debido a que J. Carmen Tostado, propietario de una cantina adyacente a su local, sacaba sus muebles a la acera para limpiarlos, acumulándose el agua en el negocio de Jesús Gámez.

"Del C. Jesús Gámez de esta vecindad exponiendo que en diversas ocasiones, ha ocurrido ante el C. Inspector de Higiene Municipal, quejándose en contra de los procedimientos que viene empleando el S. J. Carmen Tostado, convecino del exponente, al efectuar el barrido y lavado de algunos muebles al servicio de su

²⁷⁰ *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1926... Op. Cit.*, p. 435

²⁷¹ *Diario Oficial. Órgano del gobierno constitucional de los Estados Unidos Mexicanos*, Ciudad de México, tomo CCIX, núm. 1, 1 de marzo de 1955, p. 12.

²⁷² *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 3, 10 de enero de 1930, f. 13.

establecimiento de cantina, sin que su queja haya obtenido los resultados que se propone; que en tal virtud ocurre ante este R. Cuerpo en son de queja, la cual consiste en que el Señor Tostado ha escogido para el Trabajo, de aseo de sus enseres la calle, lugar en el que se pone a lavar lo antes indicado, quedando después frente a su negocio, el agua estancada y sucia, cosa que perjudica a su negocio, que dado lo céntrico del lugar y el perjuicio que a diario recibe, se dirige a este Ayuntamiento, suplicándole se sirva ordenar lo procedente para que se corrija el mal que señala. Pasa a la Comisión de Higiene.²⁷³

Para evitar la acumulación de basura en calles donde predominaban comercios, se pedía a los propietarios que fijaran receptáculos para la basura con el fin de que cooperaran en conservar la limpieza de la ciudad.²⁷⁴ Si el propietario no acataba la solicitud y se identificaba que no contribuía en su deber ciudadano, se emitía una multa cuyo cobro estimado era de \$10.00, la cual podía incrementar cuando se descubría que un locatario levantaba montículos de basura y tierra de manera intencional en lugares cercanos a su comercio, algo que era más grave.²⁷⁵

Como se observa, en materia de mantener limpias las calles cercanas a los comercios, la autoridad sabía que necesitaba la cooperación de los comerciantes de Culiacán para lograr este objetivo, motivo por el que establecía una serie de sugerencias y opciones para que pudieran lograr el objetivo. La última instancia era la aplicación de una multa o sanción, o si la falta era muy grave, como dejar escombros en la vía pública transitada o en un baldío podía ser acreedor a que su negocio fuera clausurado.²⁷⁶

Las dos principales plazuelas de Culiacán, Álvaro Obregón y Antonio Rosales, contaban con un jardinero que se encargaba de las labores de ornato y limpieza, cuyo gasto anual ascendía, sumando los dos, a \$2.600.00, y eran ellos quienes durante su jornada debían de estar al pendiente de recoger escombros y evitar el

²⁷³ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 3, 10 de enero de 1930, f. 13.

²⁷⁴ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 21, acta no. 7, 1 de febrero de 1940, f. 309.

²⁷⁵ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, Caja 19, acta núm., 34, 15 de julio de 1932, ff. 241-242.

²⁷⁶ *Ibíd.*

amontonamiento de basura, así como vigilar que los visitantes respetaran la limpieza del lugar.²⁷⁷

Si, por una parte, estaba el problema con la suciedad a las afueras de los comercios en lugares céntricos de la ciudad, por el otro se encontraba el asunto de la basura a las afueras de los domicilios particulares; en este sentido fue que el municipio ordenó la impresión de mil avisos para distribuirlos entre la población, en donde se daba a conocer la obligación que tenían de regar y barrer diariamente la entrada y la acera de sus casas, los frentes de sus respectivos domicilios. También se pedía que los habitantes asumieran la costumbre de asear con regularidad la fachada de las casas para eliminar el polvo y suciedad, al igual que evitar la formación de basureros y escusados públicos en las colonias;²⁷⁸ es decir, baldíos o solares que por su lejanía eran utilizados para hacer al aire libre sus necesidades, ocasionando la aglutinación de moscas y olores pestilentes.

Para 1951, y ante las malas prácticas en relación con la basura, su recolecta y los desperdicios esparcidos en las calles, el presidente municipal Manuel Rivas emitió un nuevo reglamento de limpieza. En él se exhorta a la población que para evitar que las conglomeraciones de basura estuvieran en las calles, -y que los perros y las moscas hicieran de las suyas-, que sacaran su basura solamente en las horas en que pasaba el transporte de colecta, quien avisaría su llegada al sonar la campanilla. Aclaraba que no era objeto de recolección desperdicios de frutas, ramas, brazos, troncos y destrucción de árboles y plantas. También señalaba que los dueños de solares o baldíos estaban obligados a mantenerlos limpios.

Artículo III. El camión recolector de basura pasará por cada calle a horas determinadas una vez al día, anunciando previamente su presencia en cada lugar por medio del toque de una campanita o cencerro, con suficiente anticipación para dar tiempo a que se saque la basura oportunamente. Artículo IV. Queda prohibido sacar los recipientes con basura a la vía pública después de que haya pasado por un lugar el camión recolector, en cuyo caso deberá guardarse esa basura para acularla a la del día siguiente. Artículo V. Los recipientes de basura una vez vaciados

²⁷⁷ *Periódico Oficial. Órgano de gobierno del Estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo L, núm. 27, 10 de marzo de 1949, p. 2.

²⁷⁸ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 21, acta núm. 11, 12 de marzo de 1941, ff. 74-75.

deberán recogerse inmediatamente después que pase el camión recolector. Artículo VI. No serán objeto de recolección por los camiones dedicados a recoger basuras las siguientes materias: desperdicios de fruterías, depósitos de legumbres, ramas, brazos o y troncos procedentes de podos y destrucción de árboles o plantas, escombros y otros similares.²⁷⁹

Sobre la recolección de basura, las personas que realizaban estos trabajos utilizaban vehículos automotores o de tracción animal para las labores de recolecta; de ser este último tipo de vehículo el utilizado era necesaria que tuvieran llantas de hule para transitar por la zona asfáltica de la ciudad, pues de lo contrario se vería dañada. Los recolectores de basura también tenían que regar las calles, plazas y avenidas principales de Culiacán, utilizando las pipas y la maquinaria perteneciente al ayuntamiento.²⁸⁰

Aunado a esto, debe decirse que una costumbre muy recurrente de la población citadina era que mantenían corrales y diversos animales en los patios de su casa, tal era el caso de los cerdos, pues las personas usualmente los tenían no solo para el consumo personal, sino también para vender sus carnes, generando olores desagradables en el ambiente y mayor cercanía con parásitos y enfermedades. En el bando de policía se establecía que si alguien utilizaba sus patios para criar cerdos en grandes proporciones y venderlos, se le cobraría una multa que iba de los \$5.00 a los \$100.00, o en su defecto de cinco a quince días en la cárcel.²⁸¹

En cuanto al drenaje, desde 1933 se realiza un importante estudio para analizar las necesidades del drenaje de la ciudad, comisionando a “los C.C. Jesús López Castro y Dr. Jesús Díaz Gómez de Higiene, para que estudien lo relativo para resolver la magnitud de la ayuda que puede aportar esta Comuna”.²⁸² Debe puntualizarse que gran parte de la ciudad -sobre todo las zonas periféricas y las nuevas colonias- no contaban con servicio de drenaje por tuberías, como por ejemplo el barrio la

²⁷⁹ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 765, 20 de septiembre de 1951, p. 2.

²⁸⁰ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 12, 4 de marzo de 1932, ff. 89-90.

²⁸¹ *El Estado de Sinaloa. Órgano oficial de gobierno del estado*, Culiacán, tomo XLVI, núm. 14, 2 de febrero de 1954, p. 10.

²⁸² *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 19, 31 de mayo de 1933, ff. 190-191.

Barranca, ubicada al sur de la ciudad, por el rumbo de la calle Aquiles Serdán. La existencia de baños de pozo y la práctica de tirar aguas negras en la calle eran más notoria en estos puntos; si alguna persona o grupo de personas estaba interesada en que por su casa o negocio se conectara alguna vía de drenaje el interesado podía pagar una cantidad para que el servicio se ofreciera, tal como lo hizo el señor Benjamín Salmón en 1944.²⁸³ Identificamos que para mediados de los años cuarenta se organiza un proyecto entre el poder municipal y estatal para subsanar el problema en los lugares de la ciudad en donde no existía ningún sistema de tubería para drenaje, es así que se contrata al ingeniero Donaciano Ley con el objetivo de construir “976 metros lineales de drenaje y 24 pozos de vista completo hidráulico distribuidos en distintas calles de esta ciudad, con valor de \$12,160.00”.²⁸⁴

3.4.5. Industria y establecimientos comerciales

Otro elemento relevante en la política de salud fue la manera de inspeccionar y vigilar que los comercios y las industrias cumplieran con los requerimientos necesarios para que sus bebidas y comestibles estuvieran perfectamente saludables, que no tuvieran adulteraciones de ningún tipo y que los alimentos no estuvieran perdidos. Entre los lugares comerciales que más atención tuvieron en la temporalidad que nos atañe fue el mercado Gustavo Garmendia, que para la época ya era el punto comercial más importante de la ciudad, ya que ahí los culiacanenses encontraban toda clase de productos, artículos, bebidas y alimentos.²⁸⁵ Sobre las bebidas y alimentos adulterados, el código sanitario de 1955 establecía que

²⁸³ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 22, acta núm. 47, 1 de marzo de 1944, ff. 196-197.

²⁸⁴ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 22, acta núm. 6, 24 de enero de 1945, f. 43.

²⁸⁵ “Construido entre las calles General Ángel Flores (al norte), Miguel Hidalgo (al sur), General Juan Carrasco (al oriente) y General Domingo Rubí (al poniente), donde antiguamente se encontraba el viejo centro comercial El Parián –versión local del famoso mercado de la ciudad de México, de la época colonial-, el mercado Ingeniero Gustavo Garmendia empezó operaciones en el mes de julio de 1916, aún faltando detalles para concluir la obra, la cual tuvo un costo cercano a los 200,000.00 pesos”. Benjamín Luna Lujano, *Entre papas y cebollas. Mercados del municipio de Culiacán*, Sinaloa, Instituto La Crónica de Culiacán, 2006, p. 53.

Artículo 148.- Se considera adulterado a un comestible o bebida cuando su naturaleza, composición o calidad no corresponda al nombre con que se anuncie, expendan o suministre, o a lo autorizado en su registro correspondiente. Artículo 149.- Se considera alterados los comestibles o bebidas que hayan sufrido codificaciones de tal naturaleza que reduzcan su poder nutritivo más allá de los límites de la tolerancia que señalen los reglamentos o los conviertan en nocivos para la salud [...] Artículo 151.- En los lugares donde se produzcan, elaboren, manipulen, fabriquen, almacenen, depositen, expendan o suministren comestibles o bebidas, no deberán existir maquinarias, útiles, sustancias u otros objetos que, a juicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, puedan servir de algún modo para adulterar o alterar dichos comestibles o bebidas.²⁸⁶

Fue así que a través de los cuerpos de vigilancia sanitaria se realizaba “la inspección de expendios de leche, inspección de rastros, carnicerías, restaurantes, mercados, panaderías, expendios de abarrotes, establecimientos industriales, etc.”²⁸⁷ Por instrucción del ayuntamiento el inspector sanitario debía visitar a estos comercios cada tres meses, y de cumplir con lo indicado, se le cobraba una cuota de setenta y cinco centavos, para después extender al local su certificado de salud, misma que tenía validez hasta la próxima visita. De no cumplir con la higiene correspondiente, se arriesgaba a que su local fuera temporal o definitivamente clausurado.²⁸⁸

Debe aclararse que existía un certificado de buena salud para el local y otro para el comerciante, quien tras haberse realizado un examen médico debía de comprobar que no tenía enfermedad transmisible.

Artículo 7º.

Tarjeta de Salud

1-. Toda persona que se dedique a la venta o elaboración de Comestibles y bebidas, no deberá padecer ninguna enfermedad transmisible o que en alguna forma afecte la pureza de los Comestibles y Bebidas que expendan. II-. Para los efectos del artículo anterior, deberán proveerse de una Tarjeta de Salud, de la forma especial que apruebe el H. Ayuntamiento, y que acredite que no padece ninguna enfermedad transmisible. III-. Esta tarjeta deberá expendirse previo examen médico

²⁸⁶ *Diario Oficial. Órgano del gobierno constitucional de los Estados Unidos Mexicanos*, México, tomo CCIX, núm. 1, 19 de marzo de 1955, p. 13.

²⁸⁷ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 22, acta núm. 54, 26 de abril de 1944, f. 265.

²⁸⁸ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 13, 18 de marzo de 1932, ff. 99-100.

correspondiente, por el Médico de la Unidad Sanitaria. IV, El interesado a la tarjeta de Salud, presentará en la Oficina respectiva dos retratos, uno que se adhiera a la Tarjeta que se le entienda, y el otro al libro de registro que se lleva. V. Estas tarjetas de salud se expedirán cada año, sin que esto sea obstáculo para exigir de la persona que la tenga, un nuevo reconocimiento médico antes de este término. VI. Las infracciones que se cometan a estas disposiciones serán castigadas con multa de cinco a cincuenta pesos, permutable en caso de que no se paguen por lo infractores, por un o quince días de arresto, que serán impuestos por el C. Presidente Municipal.²⁸⁹

En la imagen siguiente puede observarse un ejemplo de cómo era una tarjeta de salud emitida por la Unidad Sanitaria Municipal. La mujer se llamaba María Bátiz, cuya tarjeta fue emitida el 27 de enero de 1939. Obsérvese que, para 1939, este documento debía de renovarse cada seis meses, y en caso de que no tuviera la fotografía de la persona quedaba invalidada.

Imagen 12
Certificado de Buena Salud Municipal 1939



Fuente: <https://aureocalico.bidinside.com/es/cat/196/0/ciudad-real/4/>. Consultado el 12 de octubre de 2023.

Cabe destacar que no todos los locatarios del Mercado Garmendia estaban de acuerdo con la inspección, el pago de las cuotas y los certificados, resistiéndose a acatar la norma, tal como lo señaló un inspector cuando en abril de 1932 informó al ayuntamiento de las dificultades que tuvo para llevar a cabo su trabajo en el

²⁸⁹ *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo XXVII, núm. 19, 14 de febrero de 1935, pp. 3, 4.

mercado.²⁹⁰ Para evitar estos inconvenientes con los comerciantes, se iniciaban campañas de control en donde intervenía la fuerza pública y los agentes sanitarios, para en conjunto iniciar las inspecciones de verificación de bebidas y comestibles en el mercado y en otras calles comerciales de la ciudad.²⁹¹ El hecho de que los inspectores de salud fueran acompañados de policías es un indicador de persuasión para que, en caso de resistirse a pagar lo correspondiente, o si los humores se elevaban, dichos agentes intervinieran.

Así, y tras una serie de inspecciones se identificó que José Morales, vendedor de pan, no tenía en sus vidrieras la tapa que las cubría por la parte de arriba, algo que hacía que el producto se empolvara, sobre todo porque con el transitar cotidiano de los vehículos se adherían partículas de polvo y suciedad a los alimentos. Esto a su vez permitía que los compradores introdujeran sus manos para tomar el pan, algo que infringía la obligación que tenía todo vendedor de pan de no permitir que diferentes manos tuvieran contacto con un alimento que iba “directamente a la boca del consumidor”.²⁹²

Al considerarse una falta menor se aplicó una multa de cinco pesos sobre José Morales, lo cual no aminoró el desagrado que mostró el comerciante ante la autoridad local, pues después de haber solicitado que le perdonaran esta multa el ayuntamiento señaló que la cuota era legítima, al no considerar el daño que podía generar esa omisión en los consumidores.

Del C. José Morales con domicilio en esta ciudad, pidiendo se le condone una multa que por la cantidad de \$5⁰⁰ cinco pesos, le fue impuesta por la Inspección de Higiene, por motivo de que uno de sus vendedores, descuidó llevar consigo la vidriera para cubrir la fruta de horno, que para la venta traía, solicitando tal condonación en vista de que su negocio es pequeño cuanto por las malas condiciones económicas en que se encuentra. Acuerdo.- Dígase al C. José Morales en contestación a su nota de fecha 7 del actual, que se reconsidera la multa que le fue impuesta por la Inspección de Higiene,

²⁹⁰ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 15, 8 de abril de 1932, f. 117.

²⁹¹ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 22, acta núm. 6, 24 de enero de 1945, f. 43.

²⁹² *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo XXXIV, núm. 84, 23 de julio de 1942, p. 25.

debiendo cubrir únicamente la suma de \$2.50 dos pesos cincuenta centavos, no pudiendo hacer la condonación que solicita en vista de que por la falta subsiste, puesto que infringió lo ordenado por el Artículo 47 del Bando de Policía.²⁹³

Sobre la harina utilizada para la elaboración de pan, debe puntualizarse que para mediados del siglo XX se emitieron recomendaciones a este sector industrial por parte de la Secretaría de Salubridad para que elaboraran harina de flor en mayor cantidad, y de harina de trigo en menores proporciones.²⁹⁴ Esto con el propósito de que paulatinamente se fuera generalizando su consumo, pues era más saludable la harina de flor que la de trigo. La recomendación coincide con el elevado consumo de harina para aquellos años, algo que hace evidente la progresiva relevancia del pan en la mesa de las familias, pues de acuerdo con Sandra Aguilar, “el 1955 el 55% de la población mexicana comía pan diariamente”, mientras que una década atrás era el 45% de la población nacional la que comía pan todos los días.²⁹⁵

Por otro lado, para 1943 se identifica que varias barberías y peluquerías no cumplían con las medidas higiénicas correspondientes, como desinfectar debidamente las navajas utilizadas para el cabello y cambiarlas cuando presentaran oxidación o su tiempo de vida acabara. Debe precisarse que estos negocios también debían de tener un permiso por parte de la autoridad sanitaria, los que también eran emitidas por los mismos inspectores que visitaban a establecimientos de comestibles y bebidas.²⁹⁶ El doctor Gonzalo Granados, médico local, expuso la situación que imperaba en las barberías y extendió una petición para que los reglamentos que controlaban a estos locales fueran modificados. Pese a que no logramos identificar cuáles eran los artículos que conformaban a estas normas, el doctor Gonzalo Granados señaló que el poblado de El Dorado era en donde la

²⁹³ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 8, 12 de febrero de 1932, ff. 55-56.

²⁹⁴ *Diario Oficial. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos*, México, tomo CCIX, núm. 1, 19 de marzo de 1955, p. 4.

²⁹⁵ Sandra Aguilar Rodríguez, “La mesa esta servida: comida y vida cotidiana en el México de mediados del siglo XX”, *Revista de Historia Iberoamericana*, vol. 2, núm. 2, 2009, p. 73.

²⁹⁶ *El Estado de Sinaloa, órgano oficial del gobierno del Estado*, Culiacán, tomo LIII, núm. 5, 10 de enero de 1952, p. 2.

inspección sanitaria a las barberías era prácticamente inexistente, y en donde debían de redoblarse esfuerzos.

El que rinde la Comisión de Salubridad Pública, acerca del proyecto de Reglamento de Peluquería para la Sindicatura de Eldorado, presentado por el C. Dr. Gonzalo Granados M., Médico Municipal de dicha demarcación, por medio de cuyo reglamento se prescribe la observancia de las más elementales reglas de higiene que deben ser observadas por las barberías al servicio del público. La Comisión dictaminadora previo el estudio respectivo, concreta nuevo dictamen con el siguiente acuerdo: se acepta en todas y cada una de sus partes el Reglamento de Peluquería presentado por el señor Dr. Gonzalo Granados M., el que deberá hacerse de observancia general en todas las peluquerías del Municipio, por constituir este una garantía para el público en el aspecto higiénico y de seguridad sanitaria personal.²⁹⁷

Cabe destacar que en el proceso no todo era efectividad y resultado, pues llama la atención que se aluda a malos resultados y omisiones por parte de los encargados de hacer estas labores, lo que nos hace pensar que estos sujetos realizaban actos de corrupción en el proceder de su trabajo. Esto lo sostenemos porque funcionarios del ayuntamiento expresaron su molestia a las autoridades judiciales, al enterarse de que a varias semanas de haber demandado “por faltas graves cometidas” al ex inspector de higiene Jesús Gutiérrez, no habían procedido legalmente en contra de él.

1° En vista de que hasta la fecha las autoridades judiciales de esta Capital no han resuelto sobre el expediente que por acuerdo de este H. Ayuntamiento se formó en contra de Jesús María Gutiérrez, ex Inspector de Higiene por faltas graves cometidas durante el desempeño de su empleo cuyo expediente se remitió a dicha jurisdicción judicial, con apoyo en lo dispuesto por el artículo 152 de la Ley Orgánica Municipal vigente, con anterioridad del día 15 de enero del corriente año; gírese atenta nota a quien corresponda con el objeto de que se informe sobre la resolución recaída a dicha acusación.²⁹⁸

La burla a la autoridad sanitaria era otro asunto que representó complicaciones en lo referente a la política de salud en alimentos y bebidas, a la procedencia legal, a la vigilancia de las condiciones del producto o a la reutilización de embazados o

²⁹⁷ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 22, acta núm. 30, 29 de septiembre de 1943, ff. 43-44.

²⁹⁸ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 13, 18 de marzo de 1932, f. 102.

tapaderas, tal como sucedió en 1941, cuando los inspectores sanitarios realizaron visitas a los vendedores de leche que comercializaban su producto en la vía pública, e identificaron que reutilizaban los tapones de los frascos, algo que estaba prohibido por motivos de salud.²⁹⁹ A esto debe añadirse que la costumbre por aquellos años era ingerir la leche de diario, sin la aplicación del método correcto de pasteurización,³⁰⁰ lo que generaba vómito, diarrea, dolor de cabeza y abdominal debido a la gran cantidad de bacterias que poseía. Por lo tanto la importancia de no repetir tapones posiblemente se deba a la contaminación que puede tener residuos de leche vieja con nueva.

De acuerdo con la Ley sobre producción, introducción, transporte, pasteurización y venta al público de leche en el estado de Sinaloa de 1950, los productores de leche debían de cumplir con los siguientes requisitos para poder expendirla.

I.- Porvenir de animales sanos, debidamente alimentados, y establecidos en locales que satisfagan los requisitos de esta ley. II. No ser obtenida durante los quince días inmediatamente anteriores al parto, ni durante los diez días siguientes a él. III. Ser pura, limpia, tener olor y color normales y no contener sustancias conservadoras, antisépticas y tóxicas. IV, No dejar en el filtro sedimento mayor que el que corresponde al número 1 de la escala de Wizard. V. No contener pus, sangre ni bacterias antígenos. VI. Pasteurizarse antes de 8 horas de haber sido ordeñada. VII. Estar envasada en la forma y con los requisitos que previene esta Ley. VIII. No tener más de diez horas de haber sido envasada en la planta pasteurizadora. IX. Conservarse hasta el momento de su entrega al público, a temperatura no mayor a 10° C.³⁰¹

Llama la atención la temperatura a la que debía permanecer la leche para ser vendida al público, a 10° C, especialmente porque en Culiacán la mayor parte del tiempo las temperaturas son muy calurosas, incrementando las posibilidades de que este líquido se pierda. No por nada en septiembre fue cuando las autoridades emitieron la advertencia a los comerciantes de leche que reutilizaban las tapaderas,

²⁹⁹ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 21, acta núm. 36, 17 de septiembre de 1941, f. 207.

³⁰⁰ Un artículo de la Gaceta Médica explica esta problemática. *Gaceta Médica de México. Órgano de la Academia Nacional de Medicina*, tomo LXXI, núm. 4, 31 de agosto de 1941, p. 348.

³⁰¹ *Periódico Oficial. Órgano del Gobierno del Estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo LI, núm. 84, 18 de julio de 1950, p. 2.

pues es ese mes uno de los más calurosos en la localidad, haciendo más proclive que alimentos y bebidas se pierdan con más facilidad.

También sucedió con la carne que se introducía a la ciudad desde zonas circundantes a la mancha urbana como Tierra Blanca, El Barrio y El Vallado, ya que se identificó que algunos ganaderos estaban llevándola a la ciudad sin la inspección del departamento de higiene, algo que significaba un riesgo para la salud, pues al no ser analizada podían venderla en mal estado a la población, y con ello ocasionar padecimientos como diarrea y vómitos por los parásitos.

De los Servicios Sanitarios Coordinados, contestando de enterado respecto a la remisión que se le hizo de la copia del dictamen emitido por las Comisiones respectivas, con relación a la matanza de ganado en los poblados de Tierra Blanca, El Barrio y El Vallado, manifestando en alguno de sus puntos que se prohibirá el sacrificio de ganado en el poblado de El Vallado mientras no se llenen los requisitos a que se refiere el mismo dictamen. Dígase a los Servicios Sanitarios Coordinados que se aprueba en lo general los puntos a que se contrae su escrito indicado, haciéndole una aclaración en el sentido de que debe tomarse en cuenta el plazo de 30 días que se concede en el punto tercero del dictamen aludido, para la iniciación de los trabajos para la construcción de locales para el sacrificio de ganado.³⁰²

De acuerdo con la administración municipal, “con el objeto de garantizar los intereses públicos por lo que se refiere a Higiene y salubridad, así como a la legal procedencia de toda clase de ganado que se sacrifica”, el traslado de carnes procedentes de lugares fuera de la ciudad quedaba prohibido, bajo la pena de ser multados con \$50.00 por la falta. Para poder introducir la carne los ganaderos tenían que tramitar un permiso emitido por el presidente municipal, quien se sustentaría en el análisis realizado por la Oficina de Servicios Sanitarios, órgano encargado de validar la calidad del producto para su comercialización.³⁰³

Experiencias pasadas ya había puesto al ganado vacuno bajo métodos rigurosos de vigilancia sanitaria en Culiacán; una década atrás se habían detectado animales que tenían -en palabras de sus contemporáneos- “una enfermedad cuya naturaleza se desconocía”, razón por la que se decidió sacrificar a un gran número de ellos.

³⁰² *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 21, acta núm. 11, 12 de marzo de 1941, ff. 75-76.

³⁰³ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 21, acta núm. 38, 1 de octubre de 1941, ff. 223-224.

Tan preocupante fue la situación que las autoridades se vieron en la necesidad de llamar por teléfono al doctor Bernardo J. Gastélum, médico sanitario federal, esto con la intención de que dicho personaje movilizara al médico veterinario de la delegación, y que instalara una unidad sanitaria de emergencia en la ciudad.³⁰⁴

Como puede apreciarse, la política de salud local colocó como algo prioritario la vigilancia de los alimentos de consumo diario como la carne, el pan y la leche, ya que si se encontraban en mal estado los efectos en la población podían ser significativos, tanto en la salud individual como en las complicaciones que traería para los organismos de atención médica en la ciudad. Sin embargo, se identifica que los mecanismos y políticas implementados no siempre funcionaron, incluso los inspectores de vigilancia sanitaria se vieron inmiscuidos en situaciones que ponían en entredicho su honestidad laboral.

3.5. Conclusión

El objetivo del presente capítulo fue identificar y analizar las diferentes políticas públicas relacionadas con la salud, la higiene, el cuidado y el mejoramiento de la calidad de vida en la sociedad culiacanense.

Se identificó que desde el ejecutivo estatal se mantuvo un discurso muy intenso sobre la política de salud pública, especialmente el que se vincula con los hospitales, ya que los mandatarios de la primera mitad del siglo XX señalaban constantemente su importancia y la necesidad de continuar reforzando esta institución para la salud de los sinaloenses. Así, pese a las disimilitudes entre un gobierno y otro, el bienestar, la salud y el hospital conformaron un punto de unión entre las administraciones posrevolucionarias. En cuanto a los presupuestos y las cantidades destinadas al equipamiento y construcción de hospitales en la capital del estado, se observó que fue una prioridad durante este periodo. Aun cuando la necesidad de los servicios de salud en Culiacán eran mayores al que se ofrecía, los cambios más significativos aparecen al finalizar la década de 1940, cuando el

³⁰⁴ *Archivo Histórico Municipal de Culiacán*, Culiacán, Secretaría del Ayuntamiento, actas de cabildo, caja 19, acta núm. 29, 24 de junio de 1932, f. 195.

gobernador interino Rigoberto Aguilar Pico hizo de la política hospitalaria una prioridad, y que se expresa en las gestiones realizadas, en las cantidades destinadas a los servicios de salud y la posterior construcción de un hospital para atender las necesidades infantiles. Lo anterior tiene conexión con la profesión que ejercía este personaje, ya que era médico de profesión, con especialidad en pediatría y reconocimiento en otros lugares como la ciudad de México, ya que fue director de un hospital infantil en la ciudad de México.

También se identificaron pautas importantes sobre la forma de advertir y señalar sobre los peligros de las enfermedades venéreas y el alcoholismo. Sobre el primero, llama a atención que el cuidado en la práctica sexual ya no se delimitaba exclusivamente a la prostituta, sino que se invitaba a la población en general a realizarse chequeos regularmente, algo que irrumpía en la costumbre y la concepción social de que ese tipo de manifestaciones era exclusivo de meretrices. En el consumo de alcohol, el discurso y los saberes se observó cierta vigencia en preceptos de principios del siglo XX, aunque es perceptible que la insistencia de una cultura temperante se entrelazaba más con el deseo del Estado por construir una nación con ciudadanos abstemios, sin las patologías y las prácticas de antaño, una manera de diferenciarse de etapas anteriores, un nuevo porvenir con personas que no tienen hábitos y vicios propios de gobiernos que fueron derrumbados.

La educación higiénica y la vacunación fueron también muy importantes, pues de ahí se derivaba que los esfuerzos realizados por el Estado funcionaran. Cierta resistencia se tenía para mediados del siglo XX en ser vacunados, lo cual hacía más difícil las jornadas de trabajo. Así, la higiene pública y la responsabilidad para mantener una buena salud tomó una relevancia mayúscula que orilló a la modificación de los reglamentos para que los ciudadanos mantuvieran limpias las aceras de sus casas y las calles inmediatas a ellas, bajo el argumento de que la ciudad crecía cada vez más y con ella las necesidades. En este sentido fue también que se introdujo tuberías para el drenaje y la captación de residuos; sin embargo, está claro que para entonces solo lo tenían calles y colonias principales, ya que a los márgenes, en los nuevos barrios, era muy difícil que llegara. Llama la atención

que cuando se construyó el Hospital del Niño se realizaron mejoras al servicio de drenaje de ese sector. Irónicamente, proyectos de este tipo no solo daba mayores posibilidades de salud a la población, sino que también fue un vehículo para que las personas de alrededor se beneficiaran de las mejoras externas que traían consigo construcciones así.

En resumen, podemos afirmar que el Estado abarcó diferentes áreas y ámbitos para que la higiene, la salud y el aseo fueran aspectos característicos de la ciudad; sin embargo, es perceptible que el proceso no fue lineal, sino que fue un vaivén de altas y bajas, ya que no era suficiente el incrementar los servicios en los hospitales, reglamentar la actividad prostibularia, realizar campañas de vacunación y establecer normas para que comerciantes y ciudadanos cuidaran la higiene de los espacios públicos, sino que hizo falta la utilización de medios informativos y de opinión como la prensa para que paulatinamente se fuera generando un cambio de conciencia, esto en cuanto a la percepción de la salud y la inserción de nuevas prácticas, algo que el ejercicio de la política por sí misma no podía efectuar, como realizar curaciones tradicionales, acudir al médico con regularidad y no con los curanderos, mantener hábitos para el cuidado de la salud familiar, realizar ejercicio, entre otros.

CAPÍTULO 4. LA TRADICIÓN Y LA MODERNIDAD: LA PRÁCTICA MÉDICA Y LA SALUD EN CULIACÁN, 1934-1955

4.1. Introducción

El objetivo de este capítulo es analizar las dificultades que enfrentó la práctica de la medicina en Culiacán, los saberes y las creencias de los grupos sociales, especialmente de los sectores populares, así como las recomendaciones que se emitían en la prensa local sobre curaciones y padecimientos que tenía la población de Culiacán, entre 1934 a 1955. Se busca dimensionar cómo la introducción de métodos, técnicas y conocimientos médicos tuvieron enfrentamientos importantes con la medicina tradicional, en un contexto donde médicos de otras partes del país arriban a Culiacán con la intención de prestar sus servicios y así obtener sus títulos profesionales. También se quiere puntualizar cuáles eran las recomendaciones médicas que se emitían en la prensa local, bajo la lógica de que los medios de información no solo contribuyeron en la concientización de los sectores populares para que adoptaran hábitos de higiene, sino también para la promoción de la medicina preventiva y prácticas como el deporte.

Gracias a la identificación de algunas tesis de estudiantes de medicina provenientes de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes llegaron a Culiacán a realizar su servicio profesional a finales de los años cuarenta, es como nos aproximamos al trabajo, las penurias, los éxitos y los fracasos que tuvieron estos actores en su labor. Así, se identifica que el contraste que existía entre el trabajo médico en la ciudad y en las rancherías fue significativo, pues mientras los primeros ejercían su trabajo bajo condiciones institucionales y tecnológicas más eficientes, los segundos se enfrentaban a la distancia, las creencias y las malas prácticas de higiene predominantes en el mundo rural.

La cultura de la prevención como un mecanismo para proteger la salud familiar es algo muy notorio en estos años, ya que las esperanzas por consolidar una nación

de mexicanos sanos se depositaban en el cambio individual y la concientización para un bienestar colectivo. Gran parte del argumento sobre la necesidad de instaurar la cultura de la prevención en Culiacán, era producto del elevado número de enfermedades que asechaban a los infantes, lo cual generaba temores en la opinión pública y en los medios locales, quienes hacían esfuerzos importantes para que la población acudiera al médico con regularidad, de ahí que se publicaran secciones médicas en la prensa con el fin de concientizar a los padres. Así, en este capítulo se explora un escenario en donde los encuentros y las fricciones entre la medicina moderna y los métodos de curación popular tienen gran protagonismo.

4.2. Práctica médica, modernidad y tradición

Michel Foucault puntualiza que, aun cuando la medicina se profesionaliza en las universidades, la normalización para el ejercicio de la práctica y el saber está bajo los condicionamientos y requisitos que el poder concede al desarrollo de la misma medicina, un poder que debiera velar por la salud colectiva, pues con ello, el Estado asegura su mismo desarrollo.³⁰⁵ No basta con que el médico tenga los conocimientos indispensables para ejercer su práctica; necesita la certificación del Estado para llevar a cabo su quehacer, para que perfeccione su intervención, las aplique y las visibilice.

Durante la temporalidad en que se encuentra ubicada esta investigación, el quehacer médico vivió experiencias y cambios importantes en Culiacán, debido a que el Estado implementó políticas para que la práctica médica tuviera injerencia directa en la población, y con ello, se mejorara la salud de los mexicanos del mañana. Bajo el argumento de que la nación necesitaba hombres fuertes, sanos, vigorosos y con las capacidades físicas y mentales para sobrellevar las adversidades presentes y futuras, la asistencia médica fue un componente central para lograr que la población, especialmente las clases populares y trabajadoras, tuvieran acceso a ella. Así, la salud pública, como elemento clave en la formación del Estado mexicano, vio en los médicos, en los hospitales y las brigadas de salud

³⁰⁵ Michel Foucault, *Medicina e historia... Op. Cit.*, pp. 42-44.

realizadas en las comunidades y pueblos del país, como la estrategia con la cual solucionarían los atrasos que durante décadas se había tenido, sobre todo después de la fase armada de la Revolución.³⁰⁶

Los hospitales vivieron transformaciones importantes, sin embargo, fue la intervención médica lo que contribuyó de manera substancial, a través de los saberes y conocimientos. Aquí aplica lo que señala Eric Hobsbawm en relación con las tradiciones inventadas, pues para tener unidad colectiva y fortalecerse en su misma profesión, los médicos debían de congregarse en una serie de normas y valores fuertemente vinculadas con el pasado –real o inventado-, y así imponer dichas normas.³⁰⁷ Los especialistas de la salud que trabajaban en la ciudad nutrieron esta tradición al posicionarse como herederos de la práctica médica occidental, y así legitimar su intervención a partir de todos los conocimientos e innovaciones tecnológicas presentes y pasadas. Del otro lado se encontraban los médicos que estaban en proceso de profesionalización, y que para lograr obtener sus títulos debían de prestar sus servicios en rancherías y pueblos.

En ambos casos, estaba presente la lucha entre lo moderno y lo tradicional, una contienda silenciosa de la ciencia que buscaba implantarse para establecer un nuevo régimen de salud y eliminar la influencia de los saberes populares como alternativa de curación, sanación y prevención.

Con la finalidad de dimensionar lo anterior señalado, es necesario analizar la práctica médica de mediados del siglo XX; es decir, qué procedimientos médicos implementaban, si hubo cambios significativos en la práctica en este lapso de tiempo, cuáles fueron las dificultades a las que se enfrentaron para desarrollar su trabajo, qué enfermedades eran las más recurrentes en las comunidades circundantes a la ciudad de Culiacán, de dónde eran dichos médicos y en qué aspectos contribuyeron para el beneficio de la sociedad local.

³⁰⁶ Claudia Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas... Op. Cit.*, p. 147.

³⁰⁷ Así lo menciona el autor: "Inventar tradiciones, como se asume aquí, es esencialmente un proceso de formalización y ritualización, caracterizado por la referencia al pasado, aunque solo sea al imponer la repetición". Erick Hobsbawm, *La invención de la tradición*, España, Crítica, 1983, p. 10.

4.2.1. Práctica médica en la ciudad

Los médicos que realizaban sus trabajos al interior de los hospitales de la ciudad de Culiacán debían de contar con los títulos y las capacidades indispensables para ejercer la medicina en estos espacios. Muchos médicos que ahí ejercieron se formaron en la institución de otras partes del país, como de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.³⁰⁸ De acuerdo con el reglamento para la práctica de la medicina en Sinaloa, todo médico podía ejercer su profesión libremente al solicitar el permiso a la autoridad estatal, presentando las certificaciones y los títulos correspondientes a la técnica, especialización o dominio para el cual estaba calificado, ya sea que sus servicios se efectuara en un hospital del estado, de los municipios, consultorios particulares o ambos³⁰⁹.

Para la temporalidad que nos ocupa, trabajar en los hospitales no era algo tranquilo, sino todo lo contrario, pues representaba un enorme reto, cansancio e improvisaciones, baja remuneración económica y frustración laboral. En las décadas de 1930 y 1940 los honorarios que recibían los médicos y las enfermeras eran muy bajos, pues de acuerdo con Rafael Valdez, “el personal trabajaba más por entusiasmo que por el salario”,³¹⁰ por el sentir de ejercer su profesión bajo la esperanza de que en lo sucesivo la condición económica mejorara. Tomando en cuenta que se llegaba a atender hasta a ciento cincuenta y cinco personas diarias, y que eran diez personas las que atendían a todos los pacientes (el médico director, dos médicos auxiliares, dos enfermeros, cuatro auxiliares de enfermería), puede inferirse que las jornadas eran extenuantes, con poco tiempo para brindar el seguimiento adecuado en casos que requerían de mayor atención.

Así mismo, los médicos y las enfermeras estaban obligados a instruirse para realizar múltiples actividades que requerían otro grado de especialización, tal era el caso de la anestesia, pues no se contaba con alguien con los conocimientos

³⁰⁸ Francisco Ley Chon, *Informe general sobre la exploración sanitaria de Quila, municipio de Culiacán, estado de Sinaloa*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1943, p. 1.

³⁰⁹ *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Sinaloa*, Culiacán, tomo XXI, núm. 68, 12 de junio de 1930, p. 1.

³¹⁰ Rafael Valdez Aguilar, *Historia del Hospital... Op. Cit.*, p. 85.

correspondientes para efectuar esta tarea, motivo por el cual debían de realizarlo ellos mismos. Muchos infortunios ocurrían cuando se administraba el éter o cloroformo; el mejor de los casos era cuando, después de no haber medido correctamente la cantidad de éter, la reactivación cardiovascular reanimaba el cuerpo de las personas que no podían despertar, aunque en el proceso muchas vidas se perdían.³¹¹

A principios de la década de 1940 aún era difícil brindar a los pacientes los medicamentos correspondientes, esto por las insuficiencias que tenía la farmacia en ciertos periodos del año. Tampoco se tenía banco de sangre ni laboratorio de hematología, haciendo imposible la transfusión sanguínea y muy latente la posibilidad de muerte por pérdida de sangre. Al no contar con aire acondicionado, los médicos preferían realizar las operaciones por la madrugada, debido al calor tan característico de la región, representando un peligro para los pacientes, pues se arriesgaban a contraer infecciones, con la posibilidad de que grandes cantidades de sudor cayeran en alguna cavidad abierta.³¹²

Puede observarse que el ejercicio de la medicina en el Culiacán de los años treinta y principios de los cuarenta era realmente difícil por los múltiples factores que los médicos tenían en su contra, ya que no solo era el desgaste por la gran cantidad de pacientes que recibían diariamente, sino también el bajo salario, así como el hecho de no contar con insumos y tecnologías suficientes para todas las necesidades. Sin embargo, y pese a las carencias, los hospitales de Culiacán eran los más equipados de la entidad, y los médicos que ahí ejercían eran los más afortunados en comparación con quienes realizaban sus trabajos en los pueblos y rancherías de la entidad, en donde la carencia de medicamentos era más elevada, además de los pocos espacios de ascenso profesional.

Pese a que diariamente acudían decenas de personas a consultas, un número significativo de ciudadanos preferían utilizar remedios tradicionales en lugar de medicamentos recetados por un médico certificado, como consumir té para sanar

³¹¹ *Ibíd.*, pp. 88, 89

³¹² *Ibíd.*, p. 90.

dolencias o utilizar plantas locales como el eucalipto. Si bien ciertas plantas sí sanaban algunas dolencias, el problema estaba en que esto no siempre lograba curar el malestar de raíz, sobre todo cuando se trataba de infecciones. Así sucedía con la ascariasis,³¹³ comúnmente confundida por los enfermos con dolores estomacales, quienes al solo tratarlo con remedios dejaban que la enfermedad avanzara, ocasionando lesiones “en el cerebro, la médula espinal y los riñones”. Al respecto, el doctor Luis Lara Pardo señalaba que incluso algunos medicamentos avalados por la ciencia médica -en años anteriores- habían generado complicaciones para eliminar los parásitos, lo cual hacía más obsoleto al remedio tradicional, pues este no estaba sujeto a los criterios científicos, además de que solo tranquilizaba el dolor pero no eliminaba su origen.

En un tiempo estuvo muy en uso la santonia, principio activo de una flor de la artemisia marítima. Se le encontró inconveniente de provocar trastornos visuales aún a aquellas dosis, así como vértigos, vómito y convulsiones. Los trastornos visuales consisten en que el paciente ve todos los objetos teñidos con amarillo, color de que aparece también teñida la orina. Por esa razón, la santonina ha sido remplazada por otras sustancias menos dañosas. La última en ensayarse con éxito en el 1 dietilcarbamil 4 metil pierazine dihidrógena, en forma de citrato, que en el comercio se conoce con el nombre de hetrazan.³¹⁴

Lo anterior señalado nos muestra que, para gran parte de los culiacanenses ciudadanos de mediados del siglo XX, acudir al médico seguía generando gran inseguridad, al considerar que era más efectivo y más económico ir con un curandero de la localidad que con un médico que sanaba con “sustancias desconocidas”. Esto por la resistencia y el temor que generaban en ciertos pobladores algunas de las innovaciones tecnológicas del momento, como los rayos

³¹³ El *Ascaris lumbricoides* es un parásito de la familia de los nematodos que puede llegar a medir más de 35 cm de largo. Ascariasis es el término utilizado para nombrar la infección intestinal por *Ascaris lumbricoides*. La vía de transmisión es la ingesta de alimentos o agua contaminados con heces humanas que contienen huevos de *Ascaris*; éstos dan lugar a larvas que atraviesan la mucosa intestinal, y por vía hemática se dirigen al pulmón, donde pasan a la vía aérea desembocando en los bronquios y la traquea, y al pasar a la faringe el paciente las traga ya como parásito adulto y se fijan a la mucosa intestinal, donde puede permanecer durante 6 meses a un año, en el caso de que sea hembra. Un paciente puede llegar a presentar 1.000 parásitos en su tubo digestivo. file:///C:/Users/Ivan_/Downloads/13127641.pdf. (Consultado el 12 de junio de 2023).

³¹⁴ *El Diario de Culiacán*, Culiacán tomo VI, núm. 430, 19 de agosto de 1950, p. 2.

X, y las creencias en torno a la transfusión sanguínea, al suponer que en el proceso el donador podía desangrarse o contrario otras enfermedades.³¹⁵

Por otro lado, los médicos enfatizaban que para evitar contraer enfermedades como el paludismo era indispensable que los culiacanenses mantuvieran una buena alimentación; sin embargo, sabían que era una tarea difícil para los sectores populares, sobre todo para quienes vivían en condiciones de marginalidad, pues gran parte de sus pacientes apenas y contaban con lo básico para comer, al no tener más que la “tortilla y el frijol, alimento que no proporcionaba las calorías suficientes para que el organismo se ponga en guardia contra el ataque del bacilo de Koch”.³¹⁶

Ahora bien, sobre el paludismo, este padecimiento representó un reto no solo para el enfermo, sino para médicos y enfermeras que diariamente debían de atenderlos. Sus primeros síntomas se confundían con otras enfermedades que se intentaban calmar con un té o solo con descanso, pero que en realidad necesitaba de medicamento y atención especializada. Se le pedía al portador de la enfermedad que se aislara para no contagiar a sus familiares, aunque esto era algo casi imposible, ya que las familias más humildes no contaban en sus hogares con habitaciones individuales para descansar, haciendo que el contagio fuera más peligroso. También se les pedía que eliminaran las aguas estancadas para evitar que los mosquitos se multiplicaran, además de que lavaran y cocieran muy bien los alimentos.

Muchos son los factores que influyen para que la peslanca [paludismo] se haya propagado en Sinaloa; pero los principales son: el paludismo en las zonas lacustres que tanto abundan en las costas; y la desnutrición [...] Se ha desecado grandes pantanos en donde se reproducía el anopheles, mosquito propagador del paludismo. Cierto que todavía hay algunas regiones donde el peligro está latente, ya que la desnutrición tiene mayores complicaciones todavía [sic].³¹⁷

³¹⁵ *Ibíd.*, p. 3.

³¹⁶ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VII, núm. 669, 31 de mayo de 1951, p. 2.

³¹⁷ *Ibíd.*, p. 3.

Lo anterior nos dice que la costumbre, las creencias y la resistencia a ir al médico se sumaba con la pobreza, la ignorancia y los temores que aún despertaba la medicina moderna para gran parte de los sectores bajos de la sociedad.

A mediados de la década de 1940, y posteriormente en la década de 1950, llegó a Culiacán una nueva generación de médicos a trabajar. Entre ellos se encontraban Espiridión Chávez López, Emigdio Flores Sarmiento, Antonio Gaxiola Verdugo, Otilio Castañeda Torres, Jesús Rodolfo Acedo y José María Sánchez Rojo, formados en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dichos personajes traían consigo nuevas prácticas médicas, aspecto que vino a marcar una ruptura importante en cuanto a la implementación de alternativas quirúrgicas. La práctica gineco-obstétrica fue una de ellas, además de que se preocuparon por introducir nuevos aparatos clínicos; también fueron responsables de la utilización de antibióticos, medicamentos que para la década de 1940 estaban teniendo un empuje importante a nivel internacional.

Ellos fueron los precursores de la cirugía moderna, al igual que la de nueva práctica gineco-obstétrica; también introdujeron mejores técnicas anestésicas, amen del laboratorio clínico y los rayos X. [...] este grupo introdujo también la práctica moderna de asepsia y antisepsia, la utilización de sulfas y antibióticos, de nuevas técnicas anestésicas y quirúrgicas, el laboratorio clínico en el establecimiento del diagnóstico, el gabinete de radiología y el trato más humano y justo a los pacientes.³¹⁸

Uno de los retos que tuvieron estos médicos fue generalizar la cesárea como una práctica indispensable cuando los niños estuvieran colocados en una posición inadecuada para el parto, poniendo en riesgo su vida y la de las madres, aspecto que tuvo mucha resistencia debido a la influencia del pensamiento religioso en las mujeres culiacanenses, bajo el argumento de que “la vida era obra de Dios y, por lo tanto, el podía otorgarla o quitarla a voluntad a las parturientas en apuros”.³¹⁹

Algo que se identifica en los años cuarenta es que en Culiacán se abren diversos consultorios particulares. Entre ellos destacan los médicos de la generación antes señalada, lo cual demuestra que fue creciendo paulatinamente la atención personal

³¹⁸ Rafael Valdez Aguilar, *Historia del Hospital... Op. Cit.*, pp. 91-92.

³¹⁹ *Ibíd.*, p. 91.

en consultorios privados. Uno de ellos fue Espiridión Chávez, quien tenía un consultorio en la esquina de la calle Escobedo y Morelos, y además era médico en el Hospital Civil. También estuvieron aquellos médicos que no trabajaban en los hospitales públicos, pero que si establecieron un consultorio particular en Culiacán. Por ejemplo, estaba el doctor Andrés Vidales, quien aseguraba especializarse en “enfermedades de señoras” y cáncer de diferente tipo. Se avalaba como egresado de la Facultad de Guadalajara, y su establecimiento se ubicaba por la calle Álvaro Obregón 42 sur. Por su parte, el doctor P. Güemes Clouthier era especialista en cirugías y partos, cuyo sanatorio estaba por la calle Hidalgo. Además, se encontraba el doctor Diez Martínez, quien era popular por sus tratamientos de almorranas sin la necesidad de intervención quirúrgica, cuyo local se ubicó por la calle Rosales.³²⁰

Los médicos con consultorio privado aplicaron diferentes alternativas para atraer a más pacientes, y no era extraño que para lograrlo cayeran en nociones futuristas, como asegurar que utilizaban la electricidad para sanar enfermedades, tal como lo hizo el doctor Güemes Clouthier, lo cual nos demuestra que cuando se trataba de tener más pacientes, esparcir rumores sobre una medicina de última generación era aceptable para estos médicos.³²¹ Si bien las fuentes citadas no especifican los costos de las consultas privadas, es de suponerse que era costoso, y por ende, mayormente al alcance de clase media y alta.

Para principios de los años cincuenta se identifica que comienzan a generalizarse las sesiones clínicas entre médicos locales y médicos nacionales, principalmente de México, Monterrey y Guadalajara. Esto a partir de la realización de conferencias y clases maestras de médicos internistas, cirujanos, anesthesiólogos y radiólogos, que llegaban con la intención de socializar sus trabajos y realizar demostraciones prácticas en los quirófanos, algo que hasta el momento era muy poco usual en Culiacán, pues tan solo lo hacían los médicos locales para los estudiantes. Esto fue muy importante porque permitía que los médicos culiacanenses aprendieran

³²⁰ *La Opinión*, Culiacán, tomo XXVII, época 2, 22 de junio de 1940, p. 2. *La Opinión*, Culiacán, tomo XXVII, época 2, 4 de enero de 1940, p. 2.

³²¹ *La Opinión*, Culiacán, tomo XXVII, época 2, 4 de enero de 1940, p. 2.

muevas formas de intervención, observaban los procedimientos desde el mirador.³²²

Algo que se identifica en el año de 1951, y que interfirió en el quehacer médico de aquella década, fue la obligatoriedad emitida por la autoridad federal para que parteros, médicos, químicos, homeópatas, enfermeras y demás personal dedicado a la salud se registraran en un padrón nacional. La orden vino directamente del Consejo General de Salubridad, y se les pedía al personal de salud de Culiacán, ya sea de institución pública o clínica privada, que validara su profesión con el número de cédula emitida por el Estado y la institución en donde se realizaron los estudios, dándoles un máximo de treinta días para acatar esta medida.³²³ Lo anterior fue muy relevante porque con esta validación quedaban relegados del padrón aquellos sujetos que curaban o sanaban empíricamente, sin ningún título o cédula que los avalara ante el Estado.

4.2.2. Práctica médica a las afueras de la ciudad

Durante el gobierno Cardenista, tuvo mucho impacto el programa para que los estudiantes de medicina recibieran su título profesional después de haber permanecido una temporada en un poblado que necesitara de la presencia de un profesional de la salud, cuyo servicio duraba de tres a cinco meses, aunque posteriormente se extendió a un año. El programa continuó en las décadas de 1940 y 1950,³²⁴ fortaleciéndose gracias a un convenio entre el ejecutivo federal, el Departamento de Salubridad Pública y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. En palabras de doctor Gustazo Baz, director de la Escuela Nacional de Medicina, esta labor permitiría ayudar a “a gentes primitivas y rudísimas, hijos de incultos de la sierra, del bosque y del páramo, que no tienen la más leve noticia de lo que es el moderno arte de curar”.³²⁵

³²² Rafael Valdez Aguilar, *Historia del Hospital... Op. Cit.*, pp. 92.

³²³ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 726, 6 de agosto de 1951, p. 1.

³²⁴ Ana María Carrillo, “Salud pública y poder en México durante el cardenismo 1934-1940”, *Dynamis*, núm. 25, 2005, p. 176.

³²⁵ Martha Eugenia Rodríguez, *La salud durante el cardenismo... Op. Cit.*, p. 610

En este contexto, llegan a las poblaciones circundantes de Culiacán jóvenes médicos con la intención de brindar sus servicios, quienes estudiaron en la Universidad Nacional Autónoma de México. Se cuenta con cinco informes médico-sociales realizados para la obtención del grado, concluidos entre los años de 1944 y 1946. Los médicos hicieron sus servicios en los poblados de Quilá, Sataya, Sanalona y Navolato, todos pertenecientes al municipio de Culiacán, y sus nombres eran Francisco Ley Chon, Carlos Humberto López Castro, Ruperto González Espinosa, Alfonso Aguilar Zúñiga y Feliciano García García. Sus trabajos nos ayudan a aproximarnos a cómo era la práctica médica y el quehacer de estos actores, las enfermedades más recurrentes en estos lugares y las dificultades a las que se enfrentaban debido a los usos y las costumbres de las comunidades.

Una inquietud que se tuvo en este punto es si dichos estudiantes recibieron algún sueldo por parte del gobierno federal o del Departamento de Salubridad Pública; sin embargo, no hemos logrado identificar algo al respecto. Esta ausencia nos hace pensar que no recibían remuneración alguna, o bien, que los gastos y necesidades básicas eran costeados por las autoridades municipales en donde llegaban. Debe recordarse que estos médicos llegaron a las poblaciones recién salidos de la facultad de medicina de la ciudad de México, por lo tanto, al ser extraños a la comunidad, su manera de percibir la cotidianidad del lugar significa una ventana importante que coadyuva a identificar aspectos únicos y propios de la mirada ajena. Este punto representa para el médico lo opuesto a su saber y su práctica científica, aquello que está obligado a extirpar de la sociedad a partir de su quehacer, un universo lleno de otredades,³²⁶ prejuicios y creencias incompatibles con su identidad científica. Del otro lado, resistirse al cambio significa un acto de fidelidad por parte

³²⁶ “La otredad es una postura epistemológica que explora discursivamente la imagen de las culturas que hicieron su espacio en la periferia u otros espacios culturales intermedios. Establece un saber geocultural, histórico, arqueológico, sociológico y etnológico sobre el otro, una metafísica donde la heterogeneidades y las diferencias se encuentran subsumidas en un lenguaje homogéneo integrados en categorías sustanciales como pueblo, clase y nación”. Elizabeth Sosa, “La otredad: una visión del pensamiento latinoamericano contemporáneo”, *Letras*, vol. 51, núm. 80, 2005, p. 349.

de los habitantes de las comunidades,³²⁷ quienes contaban con una escasa educación, dando mayor valor a esquemas arcaicos sobre la salud y el cuerpo.³²⁸

En torno a los pobladores de Quilá, Navolato, Sanalona y Sataya, aquí los habitantes se dedicaban a actividades como la agricultura, aunque también trabajaban en diferentes oficios, como obreros en las fábricas. Los poblados se encuentran entre 30 y 60 kilómetros de distancia con el centro de la ciudad de Culiacán, siendo el más cercano Sanalona, ubicado en el trayecto hacia la zona serrana colindante con los estados vecinos; de ahí le sigue Sataya, ubicado al este, cercano a la costa, y por último Quilá, el más lejano de la ciudad en comparación con los dos anteriores.

Una de las primeras inclemencias para los estudiantes de medicina era la distancia que existía entre los poblados y la ciudad, además de la poca accesibilidad de los caminos y el tiempo que implicaba la movilidad, ya que esto hacía difícil el traslado de pacientes que necesitaban una atención urgente. Normalmente, los lugares en donde los médicos de las comunidades llevaban a cabo su trabajo eran espacios improvisados, utilizados anteriormente por médicos, otorgados por la autoridad local, por algún vecino del lugar, o bien, en puntos al aire libre, aunque también practicaban las visitas en el hogar del paciente. La ausencia de un hospital como los de la ciudad, en donde se pudieran llevar a cabo curaciones y sanaciones más complejas, o darles seguimiento a los enfermos con la ayuda de aparatos y tecnologías como los rayos X, hacía latente el riesgo de morir, incluso cuando la atención médica fuera oportuna. Los más afortunados eran los obreros, quienes por Ley debían de contar con un centro médico en las fábricas en donde laboraban, tal como ocurría en el ingenio el Dorado;³²⁹ sin embargo, estos estaban diseñados para

³²⁷ James C. Scott introdujo el concepto de resistencia al campo historiográfico para referirse a un actitud, forma de pensar, expresiones o manifestaciones visibles o subrepticias que ejercen los dominados sobre otros que manipula y controla desde una posición de poder. El que los pobladores de las comunidades que analizo permanezcan con sus creencias y saberes tradiciones puede interpretarse como un acto de resistencia ante aquello que impone la ciencia médica moderna. James C. Scott, *Los dominados y el arte de la resistencia*, México, Era, 2004, pp. 17-22.

³²⁸ Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM, 2008, p. 9.

³²⁹ Francisco Ley Chon, *Informe general sobre la exploración sanitaria de Quila... Op. Cit.*, p. 16.

curaciones simples y no para cirugías o tratamientos que requirieran observación continua y material quirúrgico especializado.

Al carecer de empedrados y pavimentos que disminuyeran la volatilidad del polvo en las calles, fueron recurrente los padecimientos naso-laríngeos, así como las enfermedades gastrointestinales, debido a la contaminación de alimentos que se vendían al aire libre. Así sucedió en Quila en los años cuarenta, pues de acuerdo con el médico Francisco Ley Chong, las corrientes de aire levantaban el polvo por las tardes, cuando las personas se encontraban reunidos en los patios o en el frente de sus casas, perjudicando la salud al ser aspirado en grandes proporciones.³³⁰ El polvo y la suciedad era un problema recurrente en la Palma, población perteneciente a la sindicatura de Navolato, en donde la costumbre de los expendedores de carne era colocar una mesa en el patio o en la calle, a la intemperie, destazar a los animales y venderla en el transcurso del día, dejando el producto expuesto al polvo y las moscas.

Expendios de carnes. Consiste en unas mesas de madera situadas en el patio, junto al lugar donde se sacrificó el animal. Estas mesas están provistas de unos travesaños de madera erizados de clavos o de ganchos de fierro en donde se van colocando las distintas piezas del animal. Así, de esta manera, la carne está expuesta al polvo y a las moscas, las cuales pululan en grandes cantidades alrededor de estas mesas. No se practican inspecciones al ganado que va a ser sacrificado, pero sí se puede decir que el ganado es robusto y en buenas condiciones de salud.³³¹

A esto se sumaba la ausencia de inspecciones para identificar si el ganado cumplía con las condiciones para el consumo humano, pues en Navolato no era extraño que faltaran visitas del personal correspondiente para verificar si la carne era adecuada o no, aun cuando se contaba con una oficina dedicada a esta tarea. Así lo señaló Carlos López en 1945, médico que en su trabajo profesional expresó que “los inspectores de sanidad, vienen pocas veces a darse cuenta del estado en que se

³³⁰ *Ibíd.*, p. 25.

³³¹ Carlos Humberto López Castro, *Catastro sanitario de la comisaría ejidal de La Palma, sindicatura de Navolato, municipio de Culiacán, estado de Sinaloa, México*, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México, prueba escrita que para su examen profesional de médico, 1945, p. 17.

encuentran los comestibles, por lo que el público no tiene garantía en este sentido”.³³²

Tan riesgoso era la costumbre de exponer la carne todo el día a la intemperie, que las enfermedades gastrointestinales ocasionadas por la suciedad de los alimentos representaban el tercer motivo por el cual los habitantes de la Palma asistían con el médico, solo por debajo del paludismo y las enfermedades naso-laríngeos. A esto se sumaba la mala cocción de las carnes y la casi inexistente costumbre de hervir el agua antes de ingerirla, práctica muy riesgosa y habitual en diferentes poblados y rancherías de Culiacán,³³³ ya que el agua recolectada de pozos y ríos traía gran cantidad de suciedad, y que se mezclaba con residuos fecales y basura, permitiendo que se desarrollaran parásitos en el organismo como las ascárides, tricocéfalos, oxiuros y *taenia solium*.³³⁴

Alfonso Aguilar Zúñiga, médico del poblado de El Bledal, Sanalona, identificó que las enfermedades intestinales causaban la muerte de muchas personas al año. Señaló que entre los causantes principales estaba comer las frutas sin madurar, además de los tradicionales raspados de hielo, hechos con agua sucia de los arroyos, sin hervir, y que en tiempos de calor eran muy consumidos. Esto empeoraba más debido a la inexistente práctica de los vendedores en lavarse las manos para la preparación de los raspados, desarrollándose la enteritis, parasitoides y tifoideas.

Además, por lo caluroso del clima es muy usado, el raspado de hielo con sabores de frutas, o bien el depositar trozos de hielo dentro de los recipientes que contiene agua para la ingestión. Si a esto agregamos el mal sistema de los habitantes de comer las frutas sin madurar, veremos que las causas de infecciones intestinales

³³² *Ibíd.*, p. 16.

³³³ Ruperto González Espinosa, *Exploración sanitaria el campamento de Sanalona, Distrito de Culiacán, México*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, informe general para obtener el título de médico cirujano, 1946, p. 25.

³³⁴ Carlos Humberto López Castro, *Catastro sanitario de la comisaría ejidal de La Palma... Op. Cit.*, p. 11.

son muy abundantes y lo que es más, son causas de enteritis, parasitoides y tifoideas.³³⁵

Sobre el poblado del Bledal, Sanalona, en el año de 1945 se realizaron perforaciones para la construcción de la presa que actualmente lleva ese nombre. Los trabajadores perforaban la tierra con pistolas de aire comprimido, generando gran cantidad de polvo y haciendo que los empleados presentaran bronquitis crónica, perjudicado aún más debido a la poca recurrencia por usar algún tipo de mascarilla que evitara la respiración directa del material volátil. El padecimiento adquiría un peligro inminente para los trabajadores, y los insumos y requerimientos para su tratamiento eran insuficientes cuando agravaba, haciendo que el médico Alfonso Aguilar Zúñiga, recomendara a la empresa constructora que enviara a los enfermos a los hospitales de la ciudad de Culiacán.

Con la construcción de la presa de Sanalona, se hizo la perforación de dos túneles, con una longitud aproximada de 380 metros., el mayor, para la salud del agua almacenada en la presa y cuya fuerza se piensa utilizar para la producción de energía eléctrica. La perforación de dichos túneles se verificó en un pequeño cerro constituido de cantera de mármoles. La perforación se efectuaba mediante pistolas que trabajaban con aire comprimido de gran potencia. Estos aparatos al ir perforando la piedra, dependían un finísimo polvo que con el tiempo hacía la atmósfera irrespirable, dando origen en los trabajadores que ahí se encontraban al cabo de cierto tiempo, bronquitis crónicas, probablemente de origen silicoso.³³⁶

Los médicos aprovechaban las consultas para hacer gran cantidad de recomendaciones que previniera el desarrollo de enfermedades que ellos identificaban como de riesgo latente, ante la frecuencia con la que se presentaba; sin embargo, no era de extrañarse que la creencia popular fuera más fuerte que la ciencia médica, sobre todo en estos lugares en donde el apego al remedio y a la curación popular estaba fuertemente enraizado. Por ejemplo, los pueblerinos afirmarían que los parásitos que se desarrollaban en su intestino no eran ocasionados ni por los alimentos en mal estado ni por el agua sucia de los ríos y arroyos, aun cuando los médicos señalaban a estos causantes como el origen.

³³⁵ Alfonso Aguilar Zúñiga, *Informe de exploración médica e higiene de El Bledal, Sanalona, distrito de Culiacán*, México, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México, prueba escrita que para su examen profesional de médico, 1945, p. 26.

³³⁶ *Ibíd.*, pp. 26, 27.

Aludían a que la enfermedad intestinal era porque “comen mucho dulce,” razón por la que no hervían el agua ni cocían bien los alimentos, pues aseguraban que su origen estaba en la azúcar y no en los alimentos.³³⁷

Algo similar ocurrió en torno al paludismo, la enfermedad más frecuente en la mayoría de los poblados de Culiacán. En la Palma, este padecimiento tenía ciertas particularidades, ya que debido a los múltiples tratamientos tradicionales, la enfermedad había adquirido gran variedad de formas clínicas. Los pseudo médicos, conformado por chamanes, brujos y hasta vecinos, recomendaban a los enfermos utilizar la quinina para el tratamiento palúdico. Pese a que la quinina era utilizada para tratar dicha enfermedad por la comunidad médica internacional, estos pseudo médicos la recetaban sin tener en cuenta las dosis exactas, logrando que el enfermo ingiriera dosis insuficientes, dando como resultado la anemia y la modificación del cuadro clínico. Aun con esto, no era garantía que las personas dejaran de ir con los curanderos, pues calmaba la sintomatología palúdica y daba la sensación de que la enfermedad se había ido; o bien, disminuía otros padecimientos como los reumas, esto por efecto de la substancia, perpetuando la legitimación popular de chamanes y curanderos.

El paludismo es la más frecuente, presentando gran variedad de formas clínicas. Probablemente esta diversidad de síntomas se debe a la deficiente terapéutica usada por las personas que lo padecen. La mayoría de los Palúdicos no ocurren a consultad al Médico, sino que se guían por el consejo de algún amigo o del vecino, y así, logran disminuir los ataques agudos con dosis de quinina que siempre son insuficientes. Ya se conoce la Metoquina, pero también es usada sin ningún método y a dosis que no son útiles. El resultado es la anemia y la modificación del cuadro clínico, al grado de que personas que me han consultado como reumáticas les han desaparecido los dolores con la medicación antipalúdica.³³⁸

Este problema lo tenía también la comunidad de El Potrero, en la sindicatura de Sataya. El médico Feliciano García identificó que los curanderos hacían un gran negocio con la población local, debido a las creencias y las supersticiones que vinculaban a la enfermedad con envidias, celos y rencores, motivo por el cual señaló

³³⁷ Carlos Humberto López Castro, *Catastro sanitario de la comisaría ejidal de La Palma... Op. Cit.*, p. 11.

³³⁸ *Ibíd.*

que los curanderos eran los “verdaderos azotes” de este pueblo. En este lugar, ser curandero era sinónimo de ser brujo, ya que estos sujetos no solo recetaban los remedios para sanar a los enfermos, sino que también los preparaban y decían qué persona estaban haciendo maleficios para mantenerlos enfermos, originando pleitos y malos entendidos entre sus habitantes. Cuando recetaban un medicamento hecho por ellos mismos, no decían los ingredientes utilizados para su elaboración, cobrando sumas importantes de dinero bajo el supuesto de que tenían sustancias secretas que ni los médicos de bata blanca conocían.³³⁹

De acuerdo con Feliciano García, estos charlatanes iban de un pueblo a otro, en la medida que iba aumentando o disminuyendo su clientela. En El Potrero, existía un brujo que además era ejidatario y estafador, ya que por las noches colocaba una ruleta a pocos metros de una cantina, quien se aprovechaba de los clientes de este establecimiento para practicar juegos de azar.

Cobran su trabajo por adelantado para medicinas a precios fabulosos, nunca emplean intermediarios en su compra, ni dan algún indicio de lo que recetan, es asombrosa la cantidad de medios de que se valen para exprimir los bolsillos de los incautos que solicitan sus servicios. Uno de ellos también ejerce la brujería, pues el medio es muy propicio, habiendo sistemáticamente alguien que es el causante de la enfermedad, originando con esto no pocas rencillas y malos entendimientos al ser creídas sus palabras. Ignoro de donde vino, ni cuál era su oficio anterior, pero no es éste el único pueblo donde ha prestado sus servicios, abandonando sus moradas anteriores cuando ya no contaba con clientes propicios. El otro fue, según cuenta, ayudante de un médico, no vive exclusivamente de ejercer la medicina, pues ya tiene terrenos que sembrar, creo que es parcela ejidal, y por las noches sitúa una ruleta frente a la cantina del lugar, donde a ciencia y paciencia de las autoridades, continúa en su oficio de explotar la candidez y buena fe de estas gentes.³⁴⁰

Lo que se señaló en los últimos párrafos es muy interesante, ya que como vemos, las creencias populares en torno al origen de las enfermedades tuvieron un papel fundamental en las poblaciones en las que se encontraban estos médicos realizando su servicio profesional, aun cuando los mismos especialistas de la salud dictaban como causas de las enfermedades recurrentes a los alimentos que

³³⁹ Feliciano García García, *Exploración sanitaria de la Comisaría municipal de El Potrero sindicatura de Sataya, municipio de Culiacán, Sinaloa*, México, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México, tesis para examen profesional de médico cirujano, 1944, p. 39.

³⁴⁰ *Ibíd.*, p. 40.

ingerían sin haberse lavado; además de la costumbre de ir con el hierbero o el curandero de la localidad para sanar esta y otras enfermedades, con el peligro de empeorar el cuadro clínico del enfermo. Esto concuerda con lo que señala Claudia Agostoni, cuando sostiene que los médicos rurales enfrentaban gran cantidad de problemas en su quehacer durante estas décadas, pues no solo eran las inclemencias a las que se enfrentaban en las comunidades, sino también a no contar con el aprecio de un número significativo de los habitantes y a la resistencia de estas personas para reorientar su marco de creencias.³⁴¹

4.3. La cultura de la prevención y la salud familiar

El análisis de las notas, columnas y secciones del periódico *El Diario de Culiacán*, al igual que su agrupación de acuerdo al título y contenido, nos permite identificar dos componentes relevantes sobre los cuales giraba la concientización de la sociedad, emitida en este medio informativo, esto en relación con el contexto y las políticas públicas en torno a la salud. Nos referimos a la cultura de la prevención y la importancia de la salud familiar.

Por cultura de la prevención de la salud debe entenderse a aquellos procedimientos realizados para mantenerse seguros ante la identificación y concientización de riesgos o peligros que pueden ser perjudiciales para la salud individual y colectiva, lo cual implica la adopción de prácticas y hábitos en los individuos sobre las enfermedades evitables, curables o prevenibles a partir de estilos de vida saludable.³⁴² Debe puntualizarse que la cultura de la prevención no era algo nuevo para las décadas de 1940 y 1950; sin embargo, las sugerencias y campañas de prevención y vacunación, a la par de las tecnologías médicas y la participación de los medios de información, -como un importante factor de concientización social-,

³⁴¹ Claudia Agostoni, "El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas" en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (editoras), *Modernidad, tradición y alteridad. La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, Instituto de Investigaciones Históricas-Universidad Nacional Autónoma de México, 2002, p. 106.

³⁴² Claudia Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas... Op. Cit.*, pp. 209-212.

tuvieron un énfasis sustancial debido al empuje de la política de Estado, la cual recayó en la prioridad que representaba prevenir enfermedades en el seno familiar.

Una familia sana también era sinónimo de bienestar económico y social, ya que esto evitaba que se gastaran cantidades de dinero en curar a algún miembro que padeciera una enfermedad, teniendo mayor margen para destinarlo a la educación, vestido y alimento de los hijos.³⁴³ Prevenir las enfermedades de hijos, madres y padres se convirtió en un aspecto crucial, característica propia de las sociedades modernas y en desarrollo. Así, un ciudadano responsable no solo se definía por llevar comida a su casa, brindar un buen trato a su esposa o velar por la educación de los hijos, sino también por identificar y prevenir situaciones que potencializaran el desarrollo de enfermedades. En la prensa del Culiacán posrevolucionario se recomendaba salir abrigado a la calle en tiempo de frío, bañarse en horarios donde el clima fuera agradable, comer sanamente, lavar muy bien las frutas y verduras, evitar ingerir bebidas alcohólicas y estupefacientes, acudir al médico cuando se tuvieran síntomas o malestares que indicaran una posible enfermedad, así como evitar espacios concurridos cuando se contrajeran enfermedades contagiosas.³⁴⁴

Aunque los avances científicos, la técnica y la tecnología eran notables en comparación con décadas anteriores, se argumentaba que sin la cultura de la prevención la batalla contra las enfermedades sería cada vez más lento, y por más esfuerzos que el Estado hiciera para mejorar las condiciones de las instituciones de salud, sería inútil ante la recurrencia de las personas en no asistir al médico. De continuar así, se decía, las familias adolecidas por los padecimientos de uno de sus miembros dejarían de priorizar otros aspectos que por la enfermedad se verían forzados a interrumpirse, como ahorrar o comprar algún bien material.³⁴⁵ Se afirmaba también que en esos momentos (mediados del siglo XX) ya se contaba con los medios, los conocimientos y los recursos tecnológicos suficientes para erradicar enfermedades como la tuberculosis y la sífilis; sin embargo, la recurrente

³⁴³ Karina Ivonne Reyes Valladolid, *Educación y salud en el periodo cardenista: la semana nacional de higiene en 1937*, Ciudad de México, tesis de licenciatura en pedagogía, Unidad Pedagógica Nacional-Ajusto, 2017, pp. 5, 6.

³⁴⁴ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo XVII, núm. 467, 12 de agosto de 1950, p. 2.

³⁴⁵ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 771, 27 de septiembre de 1951, p. 2.

costumbre de ir al médico cuando la enfermedad ya había causado estragos en el organismo, prácticas como el no lavarse las manos antes de ingerir alimentos o después de ir al baño, así como la falta de aseo personal, estaban muy latentes.

En el ejercicio de la medicina individual y curativa, el médico apenas necesita de la colaboración constante de sus enfermos. Esos lo llaman cuando se sienten enfermos y el médico se limita a resolver el caso que se le presenta [...] Uno de los conceptos fundamentales que el público debe entender perfectamente es el de abandonar la idea de que sólo se debe recurrir al médico cuando se presenta la enfermedad, y convencerse de que lo importante, lo útil, lo que puede detenerte en sus principios fáciles de dominar casi siempre, el desarrollo de un mal cualquiera, es de consultar al médico periódicamente, aunque se goce de salud o de salud aparente.³⁴⁶

Se argumentaba que cuando la sociedad lograra interiorizar la prevención como un elemento adherido a su cotidianidad, llegaría a tener “incalculables beneficios”. En palabras de un articulista culiacanense, “de sabios es prevenir para no tener que mediar. La medicina preventiva es más económica, más sencilla de aplicar y más efectiva”.³⁴⁷

En esta tónica fue que se señaló la obligatoriedad que tenían los novios que estaban a punto de casarse para conocer el estado de salud de su pareja, al acudir al médico para la realización de un estudio general. De identificarse alguna enfermedad peligrosa en alguno de los dos, se evitaría la pena de tener descendientes con problemas fisiológicos o mentales que mermara tanto sus capacidades individuales como su interacción con la sociedad.³⁴⁸ En consecuencia, esto brindaría nuevos horizontes para que la pareja decidiera si contraer matrimonio con determinada persona sería la mejor opción para su futuro, mientras sus padres garantizaban la perpetuidad de la sangre y la salud de sus futuros familiares.³⁴⁹ Así, desde la prensa culiacanense, la perpetuidad de la salud en la familia se colocó por encima de cualquier sentimiento que llevara a dos personas a contraer matrimonio, quedando como un elemento secundario debido a la prioridad que representaba asegurar que

³⁴⁶ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo XVII, núm. 467, 12 de agosto de 1950, p. 2.

³⁴⁷ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 771, 27 de septiembre de 1951, p. 2.

³⁴⁸ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 771, 27 de septiembre de 1951, p. 2.

³⁴⁹ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 771, 27 de septiembre de 1951, p. 2.

las familias del mañana no tuvieran enfermedades que deteriorara su calidad de vida.

Para finales de los años cuarenta, se llevaron a cabo conferencias en la capital sinaloense para informar y prevenir a las familias “sobre el constante peligro en que se encuentra la población de contraer padecimientos de carácter epidémico y que a últimas fechas se han venido presentando en la población y lugares circunvecinos”. Estas charlas también se transmitían por la radio los días lunes, miércoles y viernes de cada semana; quienes estaban a cargo eran médicos de profesión, así como autoridades sanitarias.

Dichas pláticas se llevarán a cabo de las radiodifusoras locales durante los días lunes, miércoles y viernes de cada semana; las conferencias de los lunes estarán a cargo del Dr. Manuel Pimentel Padilla, jefe de la sección de la Educación Higiénica de la Unidad Sanitaria; la de los miércoles estará a cargo del Jefe de la Coordinación Dr. Santiago Olalde Olvera; y la de los viernes será ofrecida por distintos facultativos de la localidad que se irán alternando conforme la actualidad de los temas a desarrollar.³⁵⁰

La cultura de la prevención también consideraba la actividad deportiva como un medio para evitar que en edades maduras se fuera más susceptible a contraer enfermedades. La actitud deportiva de los jóvenes culiacanenses era bien reseñada por periodistas y articulistas, al afirmar que la fiebre por los deportes “se ha adueñado de la juventud de esta ciudad en forma arrolladora”. El ejercicio constante era un factor positivo para las juventudes, niños y adultos, de ahí que se invitara a toda la población que no practicara algún deporte para que lo hiciera a la brevedad, ya que así se convertiría en un hábito que fortalecería su salud, su bienestar y su mente. Con otras palabras, en la temporalidad analizada se identifica que el deportista se fortalece como una figura y un modelo de disciplina, alguien que buscaba la superación a raíz del esfuerzo constante, ya que no solo era la actividad física realizada, sino el esmero, la dedicación y la organización de su día a día, pues un verdadero deportista era aquel que se daba tiempo para la familia, para el trabajo

³⁵⁰ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 760, 14 de septiembre de 1951, p. 1.

y para el ejercicio. Además, la práctica deportiva y el ejercicio como hábito aseguraba que los hijos adquirieran el estilo de vida de los padres.

El deportista no va a la justa con el anhelo de encontrar una compensación económica. Una simbólica copa, una medalla, una cinta, cualquier cosa, puede ser su más preseada presea. Esto no quiere decir que el deporte borra mezquindades metalizadas. Cuando tras un entrenamiento riguroso, el hombre (joven o niño) llega a su casa, lo hace con el contento reflejado en el semblante y así va adquiriendo ese amor a la existencia que lo convertirá posteriormente en el mejor ciudadano porque hombre taciturno es un lastre para la sociedad, cuando su estado anímico lo lleva hasta la neurastenia. No han faltado quienes impugnen el deporte por el desgaste de energías. Ciertamente hay desgaste, pero al mismo tiempo existe la causa principal para que el joven se aleje constantemente de los centros de vicio, porque el alcohol está reñido esos crímenes en que el alcoholismo es el principal factor, esos crímenes que conmueven hasta sus cimientos a la colectividad.³⁵¹

En la lógica de apoyar el ejercicio, en 1953 el gobierno local les aseguró a las legiones de deportistas de Culiacán que diariamente se les regaría los campos deportivos para que estuvieran en óptimas condiciones.³⁵²

4.4. Enfermedades y mortalidad infantil

El cuidado a la salud de los niños y adolescentes también significó una prioridad para los médicos, para la campaña concientizadora impulsada por las autoridades y la sociedad en general de mediados del siglo XX.³⁵³ En Culiacán, esto se puede constatar al momento de analizar las notas, sugerencias y artículos de *El Diario de Culiacán*, dedicados a promover, motivar e informar lo urgente que era mantener a los menores de edad en las mejores condiciones de salud. En las líneas de este periódico conviven dos aspectos importantes sobre la salud infantil. En primer lugar, la intención por darle sustento médico a la sociedad sobre el cuidado del infante, lo

³⁵¹ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VII, s/i, 10 de marzo de 1951, p. 2.

³⁵² *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo XIII, núm. 1254, 26 de abril de 1953, p. 1.

³⁵³ De acuerdo con Martha Eugenia Rodríguez, la protección a la infancia desde los años del gobierno cardenista, hasta las dos décadas siguientes, se vio reflejado en “la vigilancia del embarazo, del parto, la defensa de la lactancia y el crecimiento del infante”. El doctor José Siurob, quien fungiera como titular del Departamento de Salubridad Pública en aquellos años, señalaba la urgencia de luchar contra la mortalidad infantil; proteger y concientizar a las personas en relación al cuidado de los infantes como un serio problema social, pues de ello dependía “la creación de una población sana y fuerte, que constituye la unidad de la nación”. Martha Eugenia Rodríguez, *La salud durante el Cardenismo 1934-1940... Op. Cit.*, p. 611.

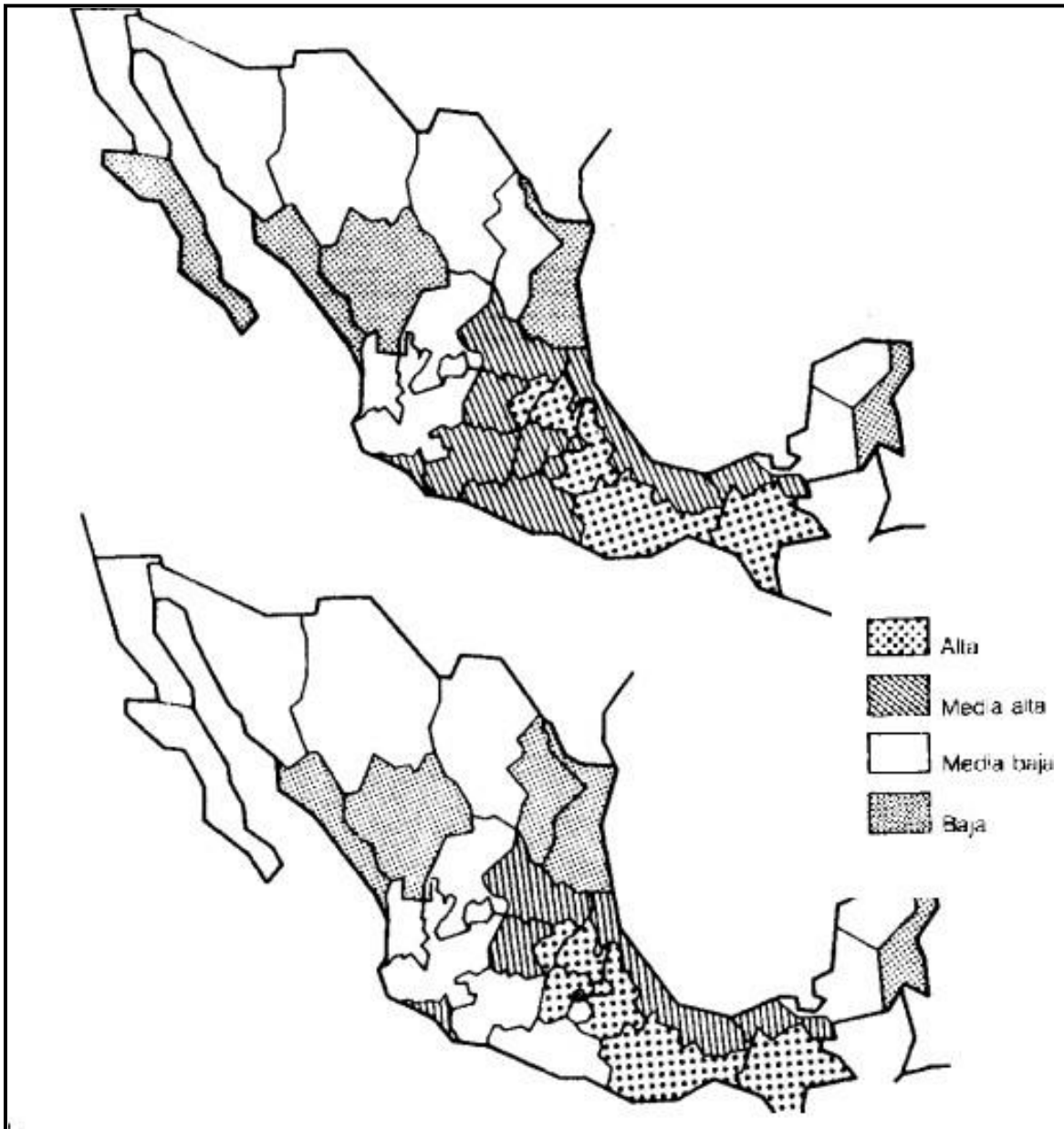
cual estaba vinculado con la política pública establecida por las autoridades federales y locales, que buscaba mejorar el desarrollo de los ciudadanos del mañana. En segundo lugar, menciones y comentarios relacionados con la eliminación de prácticas, creencias y costumbres locales que ponían en peligro a los niños.

Para darnos una idea de cómo se encontraba la mortalidad infantil por aquellos años, vale la pena analizar los datos ofrecidos por Gerardo Perdigón Villaseñor y Sonia Fernández Cantón, quienes muestran que la esperanza de vida de los niños recién nacidos, a los quince años de edad, aumentó a partir de los años cuarenta en México, esto en comparación con décadas anteriores. Se estima que de 1930 a 1960 las defunciones de niños de uno a cuatro años en México se redujeron en un 50%; es decir, pasó de 127,697 menores de edad a 67,151 menores de edad, lo cual es un progreso significativo, evidenciando resultados positivos de la política de salud en niños y adolescentes.³⁵⁴

Por su parte, la investigación de Cecilia Andrea Rabell y Martha Mier y Terán Rocha sobre la mortalidad establece cuatro grupos para identificar la magnitud de las defunciones infantiles en los distintos estados de la república: alta, media alta, media baja y baja. Para llegar a esta segmentación tomaron en cuenta los valores de las tasas de mortalidad y los agruparon de acuerdo al número por miles. Así, puede identificarse que de 1950 a 1960, Sinaloa se mantiene en un rango de media-baja, al igual que las entidades de Durango, Nuevo León, Tamaulipas y Quintana Roo, tal como se observa en la imagen siguiente.

³⁵⁴ Gerardo Perdigón Villaseñor y Sonia Fernández Cantón, *Mortalidad infantil... Op. Cit.*, p. 154.

Imagen 13
México. Grupos de estados según mortalidad infantil, 1950 y 1960



Fuente: Cecilia Andrea Rabell y Martha Mier y Terán Rocha, "El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980", *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 1, 1986, p. 51.

Los datos son halagadores para Sinaloa en comparación con el panorama nacional, indicio de que las políticas en materia de salud estaban teniendo efectos positivos. Ahora bien, el censo del estado de Sinaloa, correspondiente a la década de 1950, muestra datos importantes sobre la mortalidad infantil. Se identifica que de las 7,600 personas fallecidas en el año de 1946, un total de 1,753 eran defunciones de niños menores de un año, es decir un 23%, mientras que el otro 76% se distribuía en

personas adultas y mayores a un año de edad. En los tres años siguientes la relación entre el porcentaje de niños menores de un año con el total de mortalidad estatal no varió mucho (fue del 24%), siendo en 1950 cuando se observa una disminución significativa en el porcentaje de niños fallecidos, el cual fue del 15%, tal como se aprecia en la siguiente tabla.

Cuadro 6
Defunciones de niños menores de un año en Sinaloa, 1946-1950

	1946	1947	1948	1949	1950
Defunciones totales	7,600	6,401	8,182	6,681	7,073
Defunciones de niños menores de un año	1,753 (23%)	1,550 (24%)	2,034 (24%)	1,660 (24%)	1,893 (15%)

Fuente: *Séptimo censo general de población... Op. Cit.*, p. 9.

El total de niños nacidos en el estado durante el año de 1946 fue de 2,279; en 1947 fue de 2,139 niños; en 1948 fue de 2,481 niños; en 1949 fue de 2,290 niños; mientras que en 1950 llegó a 2,631 niños. De esas cifras, arriba del 50% de los infantes fallecía durante los primeros doce meses de edad, lo cual revela índices muy elevados de mortalidad en niños menores de un año. Sin embargo, de 1946 a 1950 los porcentajes de niños fallecidos fueron disminuyendo en casi un diez por ciento, pues de un 70% bajó a un 61%, tal como se aprecia a continuación.

Cuadro 7
Porcentajes de niños fallecidos y nacidos vivos en Sinaloa, 1946-1950.

	1946	1947	1948	1949	1950
Porcentaje de niños fallecidos en el primer año de vida.	70%	62%	78%	62%	61%
Porcentaje de niños nacidos-vivos menores de un año.	30%	38%	22%	38%	39%

Fuente: *Séptimo censo general de población... Op. Cit.*, p. 9.

Los dos cuadros anteriores nos revelan que la defunción infantil en Sinaloa, de 1940 a 1950, era bastante elevada, pues la mayor parte de niños que nacían morían durante los primeros doce meses de vida. Es probable que estos porcentajes tan elevados se vinculen con las herramientas utilizadas durante la labor de parto, las cuales pueden dañar al bebé, o bien, el nulo seguimiento por parte de los padres para identificar enfermedades después del alumbramiento,³⁵⁵ omisiones recurrentes durante las primeras semanas de vida, y que se reflejan en la mortalidad infantil. Se identifica también que estos números fueron disminuyendo, ya que para 1950 los infantes que lograban sobrevivir al primer año de vida se iban equiparando paulatinamente a los niños que sí lograban vivir en ese lapso de tiempo. Debe recordarse que durante estos años el Hospital del Niño ya estaba en funcionamiento, y los recursos que se destinaban para su operatividad, atención y seguimiento de pacientes eran bastante elevados, tal como se señaló en el capítulo tres. Inferimos que esta disminución en la mortalidad infantil se debe al servicio otorgado por dicha institución de salud.³⁵⁶

Los infantes sinaloenses morían por diferentes causas y enfermedades. De acuerdo con la base de datos del Registro Civil de Sinaloa,³⁵⁷ de 1935 a 1955, el número de fallecimiento de niños de 0 a 10 años fue de 30,193 infantes. De este total, 15,167 están agrupadas con la leyenda de “enfermedades varias”, mientras que 15,026 aparecen como “enfermedades comunes”. De esta última cantidad, podemos establecer cuáles eran las causas de defunción más comunes en Culiacán según rangos de edades.³⁵⁸

³⁵⁵ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality#:~:text=Las%20muertes%20en%20los%20primeros,los%20primeros%20d%C3%ADas%20de%20vida>. (Consultado el 25 de noviembre de 2023).

³⁵⁶ Rafael Valdez Aguilar, *Historia del Hospital Civil de Culiacán...* Op. Cit., pp. 75.

³⁵⁷ La intención era obtener las enfermedades que causaban la muerte en niños menores de diez años en cada uno de los municipios de la entidad, de manera consecutiva, es decir, año por año. Sin embargo, dichos datos no existen de esta manera en el Registro Civil de Sinaloa.

³⁵⁸ Era prioridad encontrar el índice de mortalidad infantil anualmente para contrastar e identificar si en la temporalidad señalaba aumentó o disminuyó. Sin embargo, el Registro Civil del Estado de Sinaloa solo cuenta con los datos agrupados por enfermedades y causas, sin distinguir la tenencia que siguió año por año.

En orden de importancia, las causas de mortalidad de niños de 0 a 5 años en Sinaloa, de 1935 a 1955, eran: fiebre (5,269 fallecimientos), diarrea (1,637 fallecimientos), fiebre intestinal (1,182 fallecimientos), paludismo (1,016 fallecimientos), sarampión (1,051 fallecimientos), pulmonía (798 fallecimientos), bronconeumonía (713 fallecimientos), enterocolitis (678 fallecimientos), bronquitis (522 fallecimientos) y gastroenteritis (295 fallecimientos). En total, suman 13,161 niños fallecidos por estas enfermedades. La distribución porcentual se expresa en la siguiente tabla.

Cuadro 8
Principales causas de muerte de niños de 0 a 5 años de edad en Sinaloa, 1935-1955

Causa o enfermedad	Número de niños fallecidos	Distribución en porcentajes (aproximados)
1. Fiebre	5269	40%
2. Diarrea	1637	13%
3. Fiebre intestinal	1182	9%
4. Paludismo	1016	8%
5. Sarampión	1051	8%
6. Pulmonía	798	6%
7. Bronconeumonía	713	5%
8. Enterocolitis	678	5%
9. Bronquitis	522	4%
10. Gastroenteritis	295	2%
Total	13,161	100%

Fuente: elaboración propia, con base en los datos proporcionados por el *Registro Civil del Estado de Sinaloa*.

Podemos deducir que, entre los niños de 0 a 5 años de edad, las causas de muerte más comunes eran infecciosas, virales, bacterianas y parasitarias, lo cual tiene cierta lógica si consideramos que a estas edades los niños pasan gran parte del día al aire libre, introduciéndose objetos, alimentos y líquidos distintos a la boca, en muchas ocasiones, portadores de agentes bacterianos.

Cuadro 9
Principales causas de muerte de niños de 6 a 10 años de edad en
Sinaloa, 1935-1955

Causas o enfermedades	Número de niños	Distribución en porcentajes
1. Fiebre	767	46%
2. Paludismo	190	11%
3. Pulmonía	135	8%
4. Fiebre intestinal	132	8%
5. Tétano	125	8%
6. Sarampión	98	6%
7. Fiebre tifoidea	84	5%
8. Diarrea	61	4%
9. Bronconeumonía	37	2%
10. Congestión	28	2%
Total	1,657	100%

Fuente: elaboración propia, con base en los datos proporcionados por el *Registro Civil del Estado de Sinaloa*.

La misma tendencia ocurría con infantes de 6 a 10 años de edad, aunque se identifican cambios en cuanto al orden de las causas y enfermedades. Por ejemplo, la pulmonía y el tétano se colocaron entre las primeras cinco causas de muerte en infantes de estas edades, lo cual no ocurre con los niños de 0 a 5 años. De igual manera, aparecen la congestión y la fiebre tifoidea entre las diez principales causas de muerte, lo cual no ocurre en el primer grupo. Esto nos indica variabilidad en las enfermedades de los niños de 0 a 10 años de edad. Puede inferirse que lo anterior va acorde con las actividades de los niños según sus edades, por ejemplo, el tétano se da principalmente por el ingreso al cuerpo de la bacteria *clostridium tetani* después de una cortadura. Si tomamos en cuenta la agilidad, el desarrollo del cuerpo y el ímpetu de exploración en niños de entre 5 y 10 años de edad, tiene coherencia que sufran cortaduras y faciliten el ingreso de la bacteria, esto en comparación con niños más pequeños. No obstante, es notorio que fallecían más niños durante los primeros cinco años de vida, un total de 13,161 infantes; mientras

que el total de niños fallecidos mayores a cinco años era de 1,657, lo cual indica que a mayor edad menor probabilidad de fallecer por alguna enfermedad como las que se señalan.

El orden de importancia de enfermedades causantes de mortalidad infantil para este segundo grupo era de la siguiente manera: fiebre (767 fallecimientos), paludismo (190 fallecimientos), pulmonía (135 fallecimientos), fiebre intestinal (132 fallecimientos), tétano (125 fallecimientos), sarampión (98 fallecimientos), fiebre tifoidea (84 fallecimientos), diarrea (61 fallecimientos), bronconeumonía (37 fallecimientos) y congestión (28 fallecimientos).

4.5. El miedo a la poliomielitis

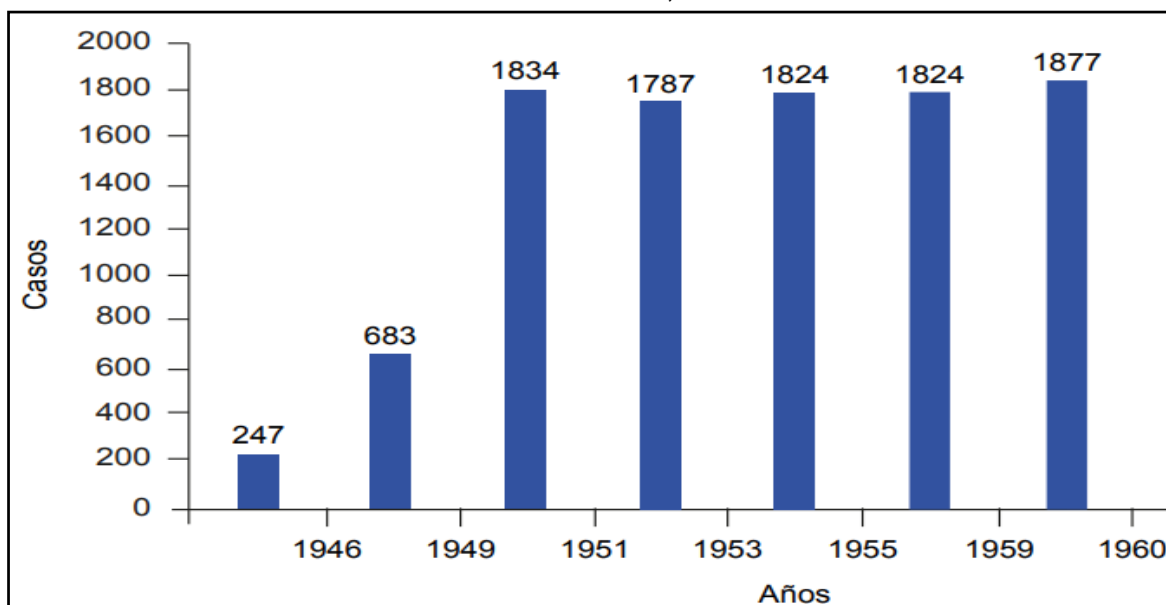
Diferentes notas periodísticas en la prensa local nos permiten observar que la *poliomielitis* o parálisis infantil era una de las enfermedades que más causaba temores en la sociedad culiacanense, entre los años de 1940 y 1950. Al entrar al cuerpo de las personas, el virus causante de la poliomielitis invade el sistema nervioso, provocando síntomas como la fiebre, cansancio, cefalea, vómitos, dolores de cuello y dolor intenso en las extremidades. Debido a que la enfermedad podía afectar la médula espinal, la probabilidad de generar parálisis era elevada, lo cual causaba mayor inquietud en la población, principalmente en los padres.³⁵⁹

En México, su propagación se vincula con la migración acaecida en la frontera con los Estados Unidos, siendo el *Programa Bracero* un factor que detonó su propagación en el país, ya que para 1944 (un año después de la firma de dicho programa) aparecieron nuevos casos de *poliomielitis* en el país, siendo en 1946 cuando se oficializó como epidemia. *El Siglo de Torreón* fue el medio informativo que sostuvo lo anterior, al identificar la conexión entre la afluencia social, el ir y venir de trabajadores hacia el norte y la aparición de síntomas propios de la

³⁵⁹ José Elías García Sánchez, *Et. Al.*, "La polio, el largo camino hacia el final de la partida", *Enferm Infecc Microbiol Clín*, núm. 33, 2015, pp. 69-78.

poliomielitis.³⁶⁰ En el país, las cifras más altas de infectados por esta enfermedad se dio en 1955 (1,824 casos), 1959 (1,824 casos) y 1960 (1,877 casos), tal como se identifica en la gráfica siguiente.

Gráfica 2
Poliomielitis en México, 1946-1960



Fuente: José Luis Gómez de Lara y Carlos Agustín Rodríguez Paz, *Aspectos históricos...* Op. Cit., p. 588.

Si observamos los casos de *poliomielitis* que publicó en 1953 el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, se identifica que en el año de 1950, Sinaloa, Colima, Tabasco, Baja California Sur, Campeche y Quintana Roo eran las únicas entidades donde no hubo casos registrados de la enfermedad. No obstante, para el año siguiente se registraron oficialmente en Sinaloa los primeros ocho casos de *poliomielitis*, y para 1952 cuatro casos más.³⁶¹ Desafortunadamente, no contamos con la información suficiente para conocer cómo se distribuyeron estos doce casos registrados en la geografía sinaloense, pero si tomamos en cuenta que a nivel nacional los casos se concentraron en las ciudades, es muy probable que algunos

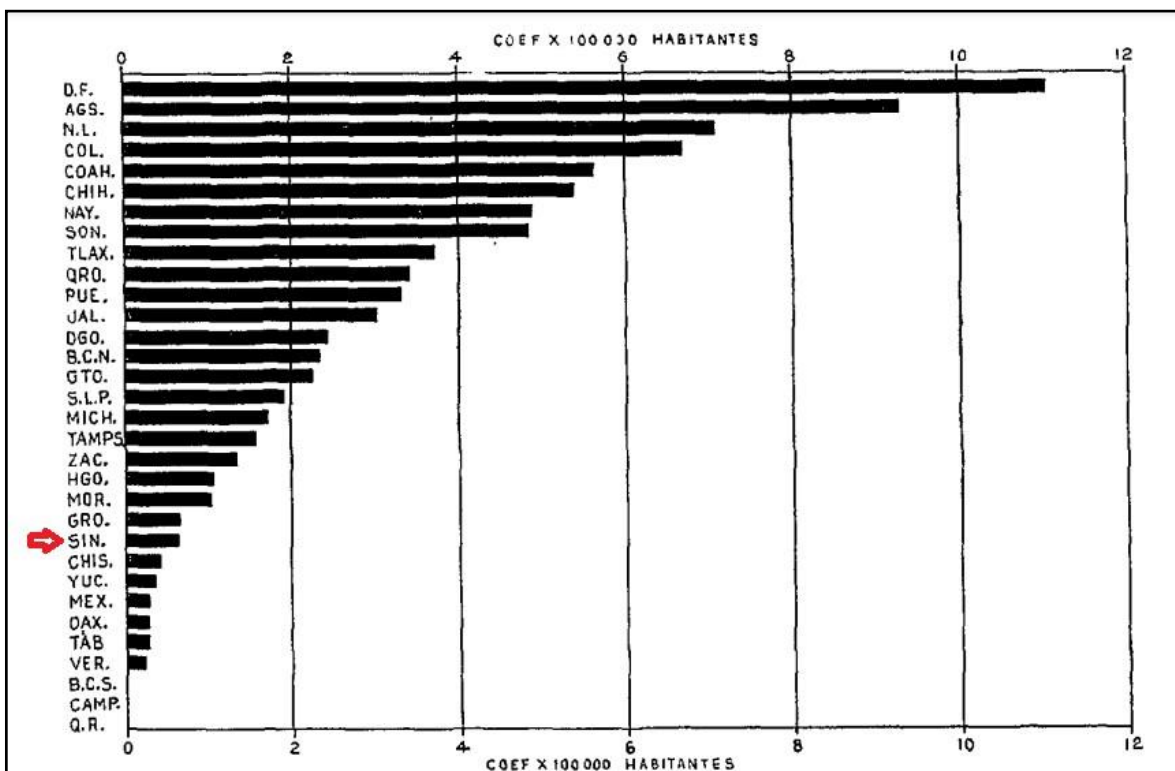
³⁶⁰ José Luis Gómez de Lara y Carlos Agustín Rodríguez Paz, "Aspectos históricos, clínicos y epidemiológicos de la poliomielitis en México 1946-1960", *Historia y filosofía de la medicina*, vol. 59, núm. 6, 2021, p. 587.

³⁶¹ Mariotte Ortiz, Carlos Calderón y Ana Ornelas, "Situación del problema de la poliomielitis en México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 35-4, octubre, 1953, p. 401.

de dichos casos hayan tenido como epicentro la ciudad de Culiacán. Si bien el número de casos de *poliomielitis* registrados era mínimo en comparación con lugares como el Distrito Federal, Aguascalientes y Nuevo León,³⁶² causó gran preocupación social, opiniones y recomendaciones para evitar que el padecimiento se generalizara en la capital sinaloense.

Gráfica 3

Incidencia de la poliomielitis en la República Mexicana por entidades geográficas y por 100,000 habitantes. Promedio de 1950-1952.



Fuente: Mariotte Ortíz, Carlos Calderón y Ana Ornelas, *Situación del problema... Op. Cit.*, p. 400.

Los culiacanenses tenían en cuenta que tanto hombres como mujeres de diferentes edades eran proclives a contraer la *poliomielitis*, sin embargo, se sabía que el virus afectaba principalmente a los niños menores de cinco años,³⁶³ motivo por el cual las recomendaciones de los medios de información estuvieron dirigidas a los

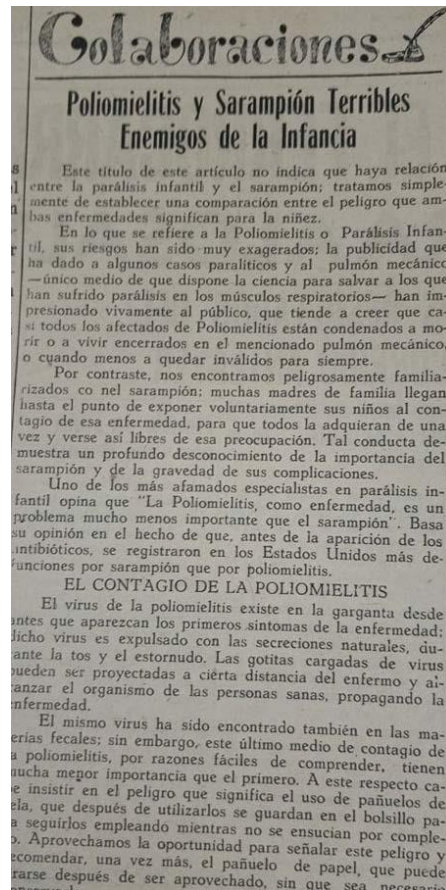
³⁶² *Ibíd.*

³⁶³ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VI, núm. 428, 17 de agosto de 1950, p. 2.

padres, para que estos aplicaran medidas de prevención en los hogares. Con la intención de prevenir la generalización del virus en los infantes, *El Diario de Culiacán* dedicó secciones para informar a los culiacanenses sobre los métodos más eficaces para evitar el contagio de dicho mal, y así evitar la propagación del virus en la ciudad.

Imagen 14

Colaboraciones. Poliomiélitis y sarampión terribles enemigos de la infancia, 1950



Fuente: *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VI, núm. 428, 17 de agosto de 1950, p. 2.

Se insistía en mantener bajo vigilancia cualquier molestia en la garganta de los niños, ya que un error muy común de los padres era ignorar este tipo de malestar, asociando el síntoma con enfermedades ocasionales o producto de los cambios estacionales. El cuidado al estornudar, incluso a distancias de varios metros, era otro asunto que se debía de cuidar, pues "las gotitas cargadas de virus pueden ser proyectadas a cierta distancia del enfermo y alcanzar el organismo de personas

sanas”.³⁶⁴ Se insistía también en dejar de utilizar pañuelos de tela para cubrir los estornudos y limpiar las secreciones, ante la costumbre de utilizarlo el mismo día en repetidas ocasiones y guardarlo para después. En su lugar, y para evitar mayores contagios, se promovía la utilización de pañuelos de papel que solo se usaran una vez.

El mismo virus ha sido encontrado también en las materias fecales; sin embargo, este último medio de contagio de la poliomielitis, por razones fáciles de comprender, tienen mucha menos importancia que el primero. A este respecto cabe insistir en el peligro que significa el uso de pañuelos de tela, que después de utilizarlos se guardan en el bolsillo para seguirlos empleando mientras no se ensucian por completo. Aprovechamos la oportunidad para señalar este peligro, recomendar, una vez más, el pañuelo de papel, que puede tirarse después de ser aprovechado sin que sea necesario conservarlo.³⁶⁵

Para los culiacanenses de la década de 1940, contraer la *poliomielitis* se convirtió en el peor de los males de la época, debido a que serían dependientes del “pulmón de acero”, como popularmente se le llamaba al ventilador de presión negativa, artefacto construido en 1929 por Philip Drinker y Louis Agassiz Shaw,³⁶⁶ y mejorado años después por Emerson. Fue utilizado para que las personas pudieran respirar cuando la enfermedad imposibilitara que los contagiados realizaran esta función por sí mismos. Las noticias alarmantes sobre los efectos de esta enfermedad en Estados Unidos, (cerca de 30 mil casos anuales de *poliomielitis* infantil, según la prensa local),³⁶⁷ en gran parte de Europa y otros lugares de México,³⁶⁸ elevaron los miedos en la población local, conformándose así un imaginario³⁶⁹ en donde la *poliomielitis* conllevaba exclusivamente a la muerte de los infantes, o en el mejor de

³⁶⁴ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VI, núm. 428, 17 de agosto de 1950, p. 2.

³⁶⁵ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VI, núm. 428, 17 de agosto de 1950, p. 2.

³⁶⁶ I. Casabona, R. Santos y M. Lillo, *Historia y evolución de la ventilación mecánica, Manual de ventilación mecánica para enfermería*, México, Editorial Médica Panamericana, 2017, p. 5.

³⁶⁷ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo X, núm. 931, 3 de abril de 1952, p. 2.

³⁶⁸ *El Informador*, Guadalajara, tomo CXX, núm. 11,263, 14 de noviembre de 1949, p. 5.

³⁶⁹ Aunque hablar de imaginarios es complejo por la gran discusión que se ha suscitado sobre este concepto desde la década de 1980, debemos aclarar que lo utilizamos para referirnos a esa construcción social que versa entre lo real y lo ficticio, en donde conviven formas, estereotipos o prejuicios que inciden en la manera de relacionarse con ello. Juan Camilo Escobar Villegas, *Lo imaginario. Entre las ciencias sociales y la historia*, Colombia, Fondo Editorial Universidad EAFIT-Cielos y Arena, 2000, pp. 11-16.

los casos, “a vivir encerrados [con] el mencionado pulmón mecánico, o cuando menos a quedar inválidos para siempre”.³⁷⁰

La siguiente imagen es un ejemplo de los ventiladores de presión negativa que existieron entre las décadas de 1930 y 1950.

Imagen 15
Respirador Iron Lung, “pulmón de acero”, 1930-1950



Fuente: Casabona, R. Santos y M. Lillo, *Historia y evolución de la ventilación mecánica...* Op. Cit., p. 5.

Gran temor causó en Culiacán la alarmante noticia del acecho de la *poliomielitis* a territorio sinaloense, pues en julio de 1952, en la población de Coyotitán, municipio de San Ignacio, se identificaron dos casos de *poliomielitis*. Lo anterior fue confirmado por médicos locales, mismo que tuvo el respaldo de la oficina de *Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia del Estado de Sinaloa*. *El Diario de Culiacán* señalaba las precauciones efectivas que ya habían tomado las autoridades sanitarias en el pueblo de Coyotitán, lo cual es importante porque esto

³⁷⁰ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VI, núm. 428, 17 de agosto de 1950, p. 2.

generaba seguridad para los lectores, al permear la imagen de un cuerpo de vigilancia sanitario fuerte y eficaz.

No se dan los nombres de los afectados por la Parálisis Infantil de comento y por lo mismo no estamos en condiciones de proporcionarlos a nuestros lectores, aun cuando los casos ya están debidamente confirmados por los diagnósticos que hicieron médicos conocidos de aquella población y de San Ignacio. En el mismo pueblo de Coyotitán se ha registrado una muerte por Fiebre Maligna, un mal que se considera peligros por su contagio. De todo esto ya tomaron debidamente nota las autoridades sanitarias del Estado para tomar las precauciones del caso y proceder profilácticamente evitando que la “polio” y la otra dolencia puedan convertirse en endemia.³⁷¹

De acuerdo con miembros de la comunidad médica nacional, la fuerte alarma que generaban los medios informativos, si bien era positiva en relación con la aplicación de medidas preventivas sobre la *poliomielitis*, tenía efectos contraproducentes. Se incurría en el riesgo de que la población minimizara o dejara sin importancia a otros padecimientos que a nivel nacional tenían un impacto mayor, tal como era el caso del sarampión, misma que entre 1930 y 1950 se encontraba entre las diez principales causas de muerte infantil.³⁷²

4.6. Entre las creencias y las recomendaciones

Cuando un infante se contagiaba de sarampión la costumbre de las familias culiacanenses (y que permanece hasta la actualidad) era exponer voluntariamente a los demás niños del hogar al contagio, bajo la creencia de que era mejor evitar en años venideros posibles infecciones, siendo más viable que todos contrajeran la enfermedad al mismo tiempo. Los médicos recomendaban que esta práctica fuera erradicada de la sociedad, ante la variabilidad de los efectos del sarampión en las personas, pues podía suceder que en unos niños no se manifestara tan fuerte la enfermedad y que en otros si. El exponer a varios niños al sarampión de manera voluntaria, elevaba la probabilidad de que en más de uno los efectos fueran

³⁷¹ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo XI, núm. 1023, 23 de julio de 1952, p. 1.

³⁷² Gerardo Perdigón Villaseñor y Sonia B. Fernández Cantón, *Principales causas de muerte en la población general e infantil en México 1922-2005... Op. Cit.*, p. 239.

mortales, pero sobre todo, que la enfermedad se extendiera en mayores proporciones.³⁷³

En una sociedad con roles perfectamente delineados, la obligatoriedad de la madre como la principal encargada de la salud de los hijos era avasallante. Mientras el hombre de la familia se encargaba de proveer los recursos económicos para los gastos, la responsabilidad maternal se diversificaba en múltiples tareas que abarcaban desde la limpieza del hogar, ir al mercado por los alimentos, lavar la ropa, hacer la comida y mantenerse alerta en todo momento cuando una posible enfermedad asechara a los hijos.³⁷⁴ Cuidar de ellos se consideraba una actividad femenina, excluyendo al hombre, salvo las excepciones en que este decidía intervenir, o cuando la angustia se volvía un sentimiento dominante. Así, la mujer debía de estar capacitada para actuar cuando la sintomatología indicara el desarrollo de un padecimiento, dejar de lado métodos tradicionales de curación y sanación para aplicar medidas avaladas por la comunidad médica, es decir, proveerlas de recomendaciones, cuidados y estrategias de acción para beneficio de la salud de sus hijos.³⁷⁵

Algo muy importante que se observa en estos años es una fuerte persuasión discursiva en la prensa que planteaba los peligros que significaba la experiencia y las creencias sobre las enfermedades, en contraposición con los beneficios de la medicina moderna como la mejor esperanza del siglo XX para erradicar los padecimientos más peligrosos. Esto se identifica a partir de las secciones de la prensa en donde se insistía para que las madres primerizas no siguieran los consejos de las abuelas, en relación con el cuidado de los niños, ya que su experiencia se basaba en creencias heredadas de generación en generación, lo cual significaba un desfase y un riesgo para el pleno desarrollo de los infantes sinaloenses.

³⁷³ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VI, núm. 428, 17 de agosto de 1950, p. 2.

³⁷⁴ Al respecto véase: Morelos Torres Aguilar y Ruth Yolanda Atilano Villegas, "La educación de la mujer mexicana en la prensa femenina durante el Porfiriato", *Rev.hist.educ.latioam*, vol. 17, núm. 24, enero-junio, 2015, pp. 217-242.

³⁷⁵ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 723, 2 de agosto de 1951, p. 2.

Desde 1939, se observa que en el diario *La Opinión* existía una sección llamada *las abuelitas consentidoras*, y escrita por un articulista que se hacía llamar Ángel Lore, cuyo tema era el riesgo que implicaba para las madres primerizas el seguir las recomendaciones y los cuidados sugeridos por sus madres y suegras. El redactor aseguraba recibir correspondencia de señoras que habían experimentado una situación desagradable al seguir consejos de alguien mayor, y sobre este tema giraba su argumento. Por lo general, la sección se dividía en dos partes, una sobre algún remedio que tuvo un efecto contrario en la salud del niño, y la otra para exponer el consentimiento y los mimos que las abuelas dirigían hacia sus nietos y que terminaban malcriándolo.³⁷⁶

Sobre la salud, los temas que se abordaban sobre los peligros que implicaba seguir consejos de las abuelas eran la mala observación, producto de descuidos propios de la edad, los años que tenían sin cuidar bebés, la memoria que empeoraba con el tiempo y los consejos erróneos de personas que vivieron en un mundo plagado por las supersticiones, como el empacho, aspectos que potencializaban el riesgo de las abuelas como fuente de sabiduría médica. También se criticaba que las abuelas utilizaran el calificativo de “llorón” cuando el llanto del infante era recurrente, ya que bajo los parámetros de la medicina, todo llanto de entre los dos y cuatro años tenía una causa o una necesidad. “Ningún niño llora porque sí. Siempre hay una causa, y esa causa es la que debe buscarse. Debemos prevenirnos contra la idea vulgar de que hay niños de mal carácter.”³⁷⁷

Así, se minimizaba la función de las abuelas excluyéndolas de esa responsabilidad y sentimiento del deber hacia su hija, su hijo y su nieto, motivando a las madres para que buscaran asesoría y consejo en los médicos.

La madre de la madre, la abuela, una o dos, tampoco tiene experiencia, porque no ha sabido archivar los fatos que su maternidad le ha proporcionado y hace tanto tiempo que fue madre de un niño pequeño, o tiene experiencia viciada por mala observación, por consejos erróneos de antepasados con mal criterio o de amigos equivocados [...] la abuela generalmente lo recuerda nada de los niños y lo que pueda saber son errores

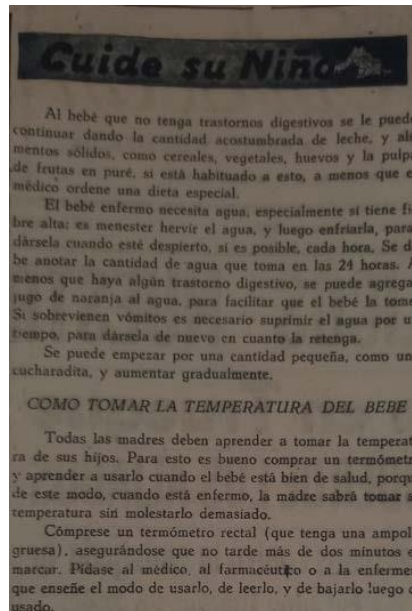
³⁷⁶ *La Opinión*, Culiacán, tomo XXVI, época 2, 10 de noviembre de 1939, p. 2.

³⁷⁷ *Ibíd.*, p. 3.

que le han transmitido por leyenda: las diarreas de la dentición, el EMPACHO, el MAL DE OJO, etc., etc., y no solo no es buena consejera, sino que es una consejera perjudicial. Creen saberlo todo porque ha criado a varios hijos que han llegado a ser hombres [sic].³⁷⁸

En este tenor, se insistía en la capacitación de las madres culiacanenses para que actuaran de acuerdo a las sugerencias de los médicos y especialistas. Por ejemplo, la toma de la temperatura cuando un bebé tenía fiebre no era una práctica totalmente habitual. Se centraban más en el cuidado, al tacto para identificar subjetivamente la magnitud de la fiebre y la utilización de compresas para disminuirla, pero la medición exacta de la temperatura no era algo ordinario. Ante esto, se insistía en la necesidad de contar en casa con un termómetro de recto y aprender a utilizarlo para cuando sus bebés manifestaran fiebres. De tener dudas sobre su empleo, se recomendaba acudir al médico o con alguna enfermera del Hospital Civil para que les instruyera.³⁷⁹ El procedimiento para tomar temperatura en los bebés era el siguiente.

Imagen 16
Cuide a su niño, 1951



Fuente: *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 606, 15 de marzo de 1951, p. 2.

³⁷⁸ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 722, 1 de agosto de 1951, p. 2.

³⁷⁹ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 606, 15 de marzo de 1951, p. 2.

El bebé se tenía que colocar en reposo, boca abajo sobre las faldas de la madre, quien debía de separar con una mano las nalgas del pequeño, y con la otra mano introducir la ampolla de dos centímetros en el recto. Mantener quieto al bebé para que el aparato no se moviera de su lugar, y al cabo de dos minutos retirarlo. Posteriormente, dejar al bebé en un lugar cómodo y lavar el instrumento con agua y jabón.³⁸⁰

Si después de este procedimiento el niño manifestaba una temperatura mayor a 38° centígrados, debía de tomar agua en cantidades reguladas. En la sección titulada *El Cuidado de los Niños* se insistía en la obligación de la madre de hervir el agua, enfriarla y dársela cuando estuviera despierto a cada hora, así como tener un registro de la cantidad de agua ingerida durante las veinticuatro horas del día. Para facilitar que los niños pequeños tomaran el líquido, se recomendaba agregar una naranja al agua justo en el momento en que se estaba hirviendo. En caso de que el niño vomitara el agua con naranja era necesario suspenderla de inmediato.

En este contexto, también se emitieron indicaciones para que las madres de familia verificaran constantemente las evacuaciones de sus hijos, identificar que el color sea no fuera amarillo, ya que de ser así era un indicador de que había algo anormal.³⁸¹ En caso de presentar problemas para evacuar, y de tener ya varios días así, se recomendaba a las madres realizar un lavado intestinal en los infantes. El método recomendado consistía en utilizar una jeringa-pera de goma suave, verter un poco de sal dentro del un vaso con agua caliente y absorber con la jeringa el líquido. El bebé debía estar sobre las faldas de la madre o en una mesa boca arriba, con una toalla en la parte de abajo, ya que “esta posición facilitará la entrada del agua a los intestinos y a demás la toalla recogerá el agua que se pueda derramar”.³⁸²

³⁸⁰ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 606, 15 de marzo de 1951, p. 2.

³⁸¹ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 723, 2 de agosto de 1951, p. 2.

³⁸² *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 606, 16 de marzo de 1951, p. 2.

Acto seguido, se debía untar el pico de la jeringa-pera con vaselina, levantar las piernas del bebé con la mano izquierda y con la derecha, introducirlo un par de centímetros poco a poco y con suavidad. Cuando el agua se vertía en su totalidad, la madre debía de tomar las nalgas del niño para que el agua no saliera hasta después de unos minutos. El bebé sentiría dolores en el proceso, pero se decía que esto no debía alarmar a la madre, ya que se estaba realizando un bien en el infante.³⁸³

La última parte del proceso era sacar el agua que había sido introducida a los intestinos. Se le decía a la madre que el agua saldría de manera natural, una vez sacada la jeringa-pera, pero en caso de no suceder no había que preocuparse, “pues no puede ocasionar ningún daño”.³⁸⁴

Llama la atención que la recomendación en cuestión no alude a los riesgos que implicaba un enema mal realizado, sino que se restringe exclusivamente a plantear los pasos para una correcta realización. Además, se aludía que en caso de no funcionar, la madre podría realizar otro, lo cual era significativamente riesgoso para la salud del bebé, ya que podía ocasionar proctitis, escozor anal o trastornos hidroelectrolíticos. Con otras palabras, dejar a las madres de familia ciertos procedimientos en beneficio de la salud de sus hijos llegaba a tener riesgos importantes, un elemento ausente en las recomendaciones de corte médico publicadas en la prensa local.

Una costumbre muy habitual en la localidad era darle agua a los niños recién nacidos, motivo por el cual la sección *el cuidado de los niños* dedicó algunas páginas para detallar lo innecesario que era lo anterior. Para ello, se informaba a las madres de familia que la leche materna contenía un 87% de agua, haciendo innecesario obligar al niño a que bebiera agua, pues ya estaba presente en la lactancia. Se decía que cuando los meses del año era muy cálidos, se podían hacer algunas excepciones, dar al bebé pequeñas cantidades de agua. Para niños de uno a dos años de edad, solo se debía dar agua cuando tuviera sed, y no fijar cantidades

³⁸³ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 606, 16 de marzo de 1951, p. 2.

³⁸⁴ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 606, 16 de marzo de 1951, pp. 4,5.

precisas u obligatorias. En caso de que el niño no supiera expresar verbalmente su necesidad, solamente se tenía que revisar la lengua del infante, ya que de manifestar sequía era necesario proveerle del líquido.³⁸⁵

Sobre la sed de los niños, también se decía que

El niño sediento tiene la boca seca, pegajosa. La lengua se ve porosa, a tal punto que se distinguen bien sus pupilas. Cada vez que el niño abre la boca produce un ruido especial, como de despegamiento de la lengua en varios tiempos, resultando de la escasez de líquido en la cavidad bucal, que se nota en lo adherente a la mucosidad de los labios. Cuando el niño tiene sed toma el seno con idéntico ardor, pero lo suelta, así que han pasado dos o tres minutos. ¿Qué razón hay para que esto suceda así? El hambre ¿lo queda satisfecha? sino cuando el estómago ha captado la cantidad suficiente de alimento, en el adulto, el hambre sólo se satisface cuando éste ha ingerido la ración completa.³⁸⁶

Las creencias relacionadas con enfermedades producto de maleficios y brujerías era otro aspecto que se insistía constantemente en erradicar. Una estrategia implementada en la prensa para resolver lo anterior fue concientizar sobre lo vulnerable que eran los niños cuando se trataba de contraer enfermedades en el medio ambiente, con el tacto y las caricias. El llamado “mal de ojo” se encontraba entre las más extendidas en la sociedad culiacanense, lo cual consistía en “misteriosas facultades” que tenían algunas personas para producir enfermedades en los niños por el solo hecho de “habiéndoles encontrado al paso, les han echado una caricia o simplemente los han mirado”. Quienes eran fuertemente creyentes de esto buscaban a la persona que infirió el mal para que volviera a mirar o acariciar al susodicho. Si el mal era muy fuerte se recurrían a otras personas que practicaban la brujería, el chamanismo, hombres o mujeres que supuestamente poseían una facultad divina para sanarlos.³⁸⁷

Ante esto, no era extraño que las recomendaciones sobre el cuidado en la salud de los niños hayan aludido a esta costumbre como un distractor que incidía potencialmente en el perjuicio de los menores. En *El Diario de Culiacán* se

³⁸⁵ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 722, 1 de agosto de 1951, p. 2.

³⁸⁶ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 722, 1 de agosto de 1951, p. 2.

³⁸⁷ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 725, 4 de agosto de 1951, p. 2.

enfaticaba que una gripa, tos, fiebre o malestar se podía contraer fácilmente en el medio ambiente, y se debía principalmente por los descuidos de los padres, quienes no lo abrigan bien, o dejaban que las personas le dieran besos en la boca a los niños, lo cual era peligroso ante la cantidad de bacterias que se transmiten con esa acción.³⁸⁸ Tachaba de ridículo el mal de ojo, algo supersticioso que no coincidía en nada con los progresos de la medicina moderna, motivo por el cual se insistía para que la población eliminara esas creencias que solo nutrían la ignorancia.³⁸⁹ No obstante, y a juzgar por la actualidad, esta creencia ha permanecido en el tiempo, aunque con gradualidades distintas.

4.7. Conclusiones

El objetivo de este capítulo fue analizar las dificultades que enfrentó la práctica de la medicina en Culiacán, los saberes y las creencias de los grupos sociales, especialmente de los sectores populares, así como las recomendaciones que se emitían en la prensa local en relación con las curaciones y los padecimientos que tenía la población de Culiacán, entre los años de 1934 a 1955.

Se logró identificar las diferencias que existían entre el trabajo del médico en la ciudad y quienes realizaban su profesión en poblaciones y rancherías circundantes. Se observó que el trabajo en instituciones de salud conllevaba carencias, debido a que en un principio los salarios eran poco atractivos, además de las extenuantes jornadas de trabajo y las responsabilidades administrativas. Quienes ejercían como médico en el Hospital Civil, por ejemplo, estaban obligados a especializarse en actividades diferentes para las cuales no siempre estaban capacitados, tal como sucedía con las enfermeras, quienes hacían labores de anestesiología. Las carencias y la regular falta de medicamentos e insumos eran algo con lo que lidiaban todos los días, a la par de las dificultades que tenían para realizar cirugías, pues el calor y la falta de aires acondicionados hacían difícil este tipo de intervenciones.

³⁸⁸ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 725, 4 de agosto de 1951, p. 2.

³⁸⁹ *El Diario de Culiacán*, Culiacán, tomo VIII, núm. 722, 1 de agosto de 1951, p. 2.

Pese a esto, y en comparación con los estudiantes de medicina que hacían su servicio en comunidades y rancherías, sus condiciones de trabajo eran mejores, ya que el trabajo en colectivo distribuía las responsabilidades y permitía socializar los conocimientos. Caso contrario ocurrió en Sanalona, Quila y algunos pueblos de Navolato, en donde los médicos no solo lidiaban con las enfermedades de las personas, sino también con sus creencias y costumbres tan arraigadas.

Este análisis nos permitió identificar que, para los sectores populares, continuar yendo con el chamán o el curandero para aliviar alguna enfermedad era una herencia cultural difícil de erradicar, e incluso gozaba con la protección y la validación de los habitantes de poblados como la Palma. La ciencia médica moderna, aunque había dado muestras del gran potencial que tenía, tuvo batallas perdidas en contra de la medicina tradicional, sobre todo por lo habitual que era curar con los yerberos padecimientos como el empacho. Lo anterior complicó las labores de los médicos que venían del centro del país, y quienes identificaban que la mayor parte de las enfermedades recurrentes en las rancherías era por malos hábitos de higiene, la poca cultura de prevenir las enfermedades y lo inusual que era mantener bajo cuidado los alimentos y bebidas expendidas en la calle.

Consideramos que los pasantes de medicina, al tener conciencia de que no se quedarían todo el tiempo en aquellos poblados, solo buscaban aminorar en la medida de lo posible las enfermedades de estos lugares, ya que irrumpir en la creencia, la costumbre y la medicina tradicional era más difícil. Esto se evidencia cuando un médico explicaba las causas de una enfermedad, pero la superstición y la creencia popular sostenía alguna otra explicación, tal como sucedió cuando los habitantes de la Palma sostenían que la enfermedad intestinal era porque comían muchos dulces, y no por el mal estado en que se encontraba el agua que consumían, y la cual no hervían.

En la lógica de consolidar la cultura de la prevención como un elemento adherido a la cultura del mexicano, la prensa realizó una importante campaña de concientización que buscaba generar hábitos saludables en los culiacanenses. Los mecanismos giraban en tres direcciones principales, asistir al médico antes de que

la enfermedad empeorara, la realización de prácticas deportivas para tener cuerpo y mente sana, y la responsabilidad que tenían los padres con la patria, al mantener hábitos saludables para que sus hijos también los tuvieran. Así, se observa que la cultura de la prevención se consolidó como el mecanismo para que las próximas generaciones no tuvieran vicios y hábitos que destruían su vida y su salud.

Ante la elevada tendencia de muerte en infantes, no fue extraño identificar que el cuidado a la salud de los niños tuviera prioridad durante la temporalidad estudiada. En Culiacán los rumores sobre enfermedades en otras municipalidades generaba gran temor, incluso daba espacio para que articulistas y redactores enfatizaran sobre los peligros de una nueva epidemia, dando pie a la proliferación de imaginarios sobre el aseo de enfermedades mortales. Las tensiones entre las creencias populares sobre las enfermedades infantiles y las recomendaciones médicas fue un elemento palpable a finales de los años cuarenta y cincuenta. La emisión de secciones sobre no permitir que las abuelas dijeran a las madres como cuidar a sus hijos, la búsqueda por eliminar métodos de curación tradicional e introducir los modernos nos habla de un periodo coyuntural en que ambas formas de curación están en constante tensión. Sin embargo, observamos que al recomendar la realización de curaciones por parte de las madres a los hijos, a veces se perdía la precaución, ya que algunas de ellas, como el lavado intestinal por el recto, exigían observación médica, algo que incluso ponía en riesgo a sus hijos.

CONCLUSIONES GENERALES

De acuerdo con la exposición que se hizo en este trabajo de investigación titulado *Políticas públicas, enfermedades y prácticas en torno a la salud en Culiacán, 1934-1955*, se considera que las preguntas y los objetivos planteados lograron resolverse, aunque en el transcurso se identificaron algunas especificidades propias de todo recorrido investigativo.

Se logró corroborar la hipótesis, comprender que la aplicación de las estrategias políticas para el bienestar y la salud, indistintamente del tiempo, han cobrado una importancia mayúscula en las colectividades sociales, aunque con ritmos y modulaciones distintas, muy a la par de los paradigmas científicos que van transformando la manera de entender la salud y la enfermedad. Así, se pudo observar que al finalizar el siglo XIX, la práctica médica y la política pública de salud tuvo un momento importante en cuanto a los adelantos y la tecnificación, esto en comparación con años atrás, gracias a la continuidad política del régimen porfiriano, y que propició mayor atención en temas vinculados con la salud pública. Lo anterior tuvo un breve momento de interrupción debido a la Revolución mexicana, sobre todo cuando la guerra y los conflictos armados dificultaron la labor médica. La poca circularidad de medicamentos en momentos específicos del periodo y la necesidad de mayor personal médico, debido a los enfrentamientos, fueron algunas de las consecuencias que trajo consigo el fenómeno social. Se considera que, a la par de esto, las prioridades que trajo consigo la Revolución omitió también la continuidad en el tema de la salud, la medicina y el cuidado personal, esto durante los años más álgidos del movimiento, pues en el segundo lustro de la década revolucionaria, la importancia, la atención y las acciones en momentos de crisis sanitaria tuvo acciones efectivas, lo cual se aprecia cuando llegó a México la gripe española.

Se observó que durante el periodo posrevolucionario los mandatarios federales, estatales y locales, en su idea de conformar a un nuevo ciudadano, iniciaron un proyecto social que buscó concientizar a los sectores populares sobre la responsabilidad individual del cuidado a la salud, lo cual implicaba seguir medidas, recibir las vacunas, así como eliminar vicios y hábitos de consumo que dañaban la

salud. Para el Estado posrevolucionario, lograr transformar la conciencia social sobre la salud, particularmente en la clase trabajadora, fue fundamental, pues estimaba que sería la piedra angular para marcar un parte aguas que visibilizara los efectos sociales de la Revolución. De ahí que la década de 1920 se caracterizara por ejercer una fuerza importante de coacción social y cultural para erradicar o mejorar perspectivas sobre la salud y el cuidado familiar, pues para que los principios posrevolucionarios triunfaran, necesitaban insistir en una nueva visión social sobre la salud y forjar a un hombre nuevo.

Lo que se impulsó durante los años veinte adquirió mayor solidez en la década de 1930, con la llegada de Lázaro Cárdenas a la presidencia del país. La política del Estado benefactor vio reflejado resultados positivos en los mecanismos de salud y el combate a las enfermedades. La canalización de mayores recursos económicos para la vacunación, prevención y tratamiento de enfermedades como el paludismo y la tuberculosis marcaron un punto de irrupción, al buscar aminorar los efectos de patologías presentes desde décadas anteriores, y que causaban serios estragos en las diferentes clases sociales. Esto se tradujo en el equipamiento y la apertura de nuevos espacios hospitalarios, así como en la capacitación de personal de salud para el seguimiento y cuidado tanto de personas tuberculosas como palúdicas. La disminución generalizada de hombres y mujeres que padecían dichas enfermedades tuvo aciertos significativos, pese a las circunstancias sociopolíticas por las cuales estaba atravesando el mundo, ya que del lapso de los años treinta a principios de la década de 1940, se tuvo que lidiar con las problemáticas generadas por la Segunda Guerra Mundial, esto en cuanto a la circularidad de medicamentos en México, representando nuevos retos para el tema de la salud en el país, debido a la insuficiencia de plantas y productos con los cuales se elaboraban.

Las adversidades internacionales orillaron al Estado a buscar alternativas para subsanar la falta de medicamentos, y como resultado, se visibilizaron redes de comercialización de medicinas de dudosa procedencia. Se identificó que, en el arco temporal de finales del cardenismo al primer lustro de los años cuarenta, se aplicaron mecanismos políticos más estrictos en el tema de la vigilancia de las

personas que ejercían la medicina clínica, la venta de medicamentos e inspecciones para verificar la higiene con la cual eran elaborados. La circulación de antibióticos, si bien ayudaron a sanar enfermedades que años atrás causaban numerosos decesos, también ocasionó algunos inconvenientes debido a la mala interpretación de la población sobre sus usos, así como a la publicidad de diarios locales, pues se mostraban como una especie de fórmula mágica, prometiendo sanar enfermedades para cuyo uso no fueron elaborados. La reconfiguración del código sanitario en estos años, particularmente en lo que se refiere al ejercicio de la medicina por sujetos no certificados, y el tráfico ilegal de medicamentos, motivó para que diera inicio una intensa campaña social para advertir sobre el consumo de medicamentos sin la validación correspondiente.

En este contexto, el tema de las políticas de salud en la ciudad de Culiacán tuvo un conjunto de singularidades acorde con su realidad social, política y cultural. Se observó que para el Estado, para los gobernadores, legitimarse a través de la salud se convirtió en un tema central, de ahí que reivindicar las proezas de sus gobiernos en política de salud pública adquiriera notoriedad desde el discurso político posrevolucionario. Se posicionaban como redentores, como máximos protagonistas en llevar a cabo las disposiciones para salvaguardar la salud de los sectores populares, y cuando los resultados no eran los esperados, deslindaban su responsabilidad señalando los vicios de la estructura política como los factores que imposibilitaban sus acciones. Los informes de gobierno también permitieron identificar que el elemento moralizador del discurso político de salud pública, característico de los años veintes y treintas, paulatinamente se fue tecnificando, dando prioridad a la cuantificación y visibilidad de los resultados durante determinado periodo. Así, dicha evolución discursiva en temas de salud nos habla de un tránsito en la manera de informar y presentar los resultados, que colocó por encima la materialización y la contrastación de los éxitos alcanzados a través de la evidencia dura en lugar del discurso moralizador.

De igual manera, se pudo identificar que de 1930 a 1950, los ingresos destinados para el mantenimiento, sanación, infraestructura, medicamentos y atención de

pacientes en los hospitales de Culiacán fueron en aumento, permitiendo que se elevara el número de personas que recibían día por día, ampliando el margen de enfermedades posibles de atender. La dimensión del servicio de salud en Culiacán, como el del Hospital Civil, fue tan grande que acudían personas provenientes de rancherías, villas y poblados circundantes a la ciudad, incluso de estados vecinos como Durango. La distribución de los salarios en el Hospital Civil me permitió inferir que existía una estructura de los ingresos de acuerdo al nivel de responsabilidad y profesionalización.

La atención a la población más vulnerable de la ciudad dio como resultado el incremento del recurso público para sostener los recintos de salud en Culiacán, así como para la construcción de nuevos hospitales. En la década de 1940 abrió sus puertas el Hospital del Niño, ante el elevado número de infantes que fallecían durante los primeros años de vida y el conjunto de enfermedades que asechaban a este grupo poblacional. Los datos del registro civil ayudaron a identificar el porcentaje de niños que fallecían durante los primeros diez años de edad, de 1946 a 1950. Llamó nuestra atención que, para el segundo lustro de los años cuarenta, eran más niños los que fallecían durante los primeros doce meses de vida que los que sobrevivían (el 70% de niños fallecían en el primer año de vida), mientras que la mortalidad en niños de entre cinco y diez años era menos recurrente que el primer grupo. Las principales enfermedades por la que morían los menores de edad eran la fiebre, diarrea, fiebre intestinal, paludismo, sarampión, pulmonía, tétanos, bronconeumonía, enterocolitis, bronquitis y gastroenteritis. Esto nos habla de un grave problema de salud en los infantes de la capital sinaloense, a lo que se sumaban rumores sobre padecimientos que arribaban a suelo sinaloense, tal como fue el caso de la *poliomielitis*, cuya enfermedad generó miedos colectivos, al tomar como ejemplo las alarmantes cifras de niños fallecidos en otras latitudes del mundo.

En el umbral de los años cincuenta, la cifra de mortalidad infantil muestra un breve descenso, pues el porcentaje de niños que sobrevivían a los primeros meses de vida comenzó a equipararse al de los infantes que lograban vivir. Esto es un indicador de que los servicios de salud y las políticas públicas dirigidas a este sector

poblacional comenzaba a tener ciertos resultados positivos, además del servicio brindado por el Hospital Civil, el cual, para 1950, contaba con mayor empapamiento y una sala de emergencias infantiles más amplia.

La política de salud pública en Culiacán tuvo como propósito el diseño de mecanismos de concientización, la emisión de reglamentos y normativas para que la sociedad se apegara a los principios de higiene y salud instituidos por el Estado. Así, pudo observarse que se dictaron conferencias y una intensa circulación de material propagandístico en los medios locales para cuidar la salud de los infantes, instituir en ellos la importancia de la higiene. Se delegó a los maestros la responsabilidad de enseñar a los alumnos algunos métodos de higiene personal, como el correcto lavado de manos, la importancia de bañarse diariamente, mantener el cuidado bucal y concientizar a padres e hijos sobre los beneficios de la vacunación. Del mismo modo, la prevención de enfermedades como el alcoholismo adquirieron relevancia en la medida que el Estado instituyó campañas antialcohólicas para prevenir futuros consumidores, a través de la distribución de folletos y opiniones en la prensa local sobre la degeneración social y racial que traían consigo las libaciones, una mezcla de darwinismo social con ideología nacionalista. Se aprecia que en el gobierno cardenista hubo una intensa campaña antialcohólica a nivel estatal, continuando en los años cuarenta, aunque con menor intensidad. La conformación de clubes y asociaciones civiles fue el medio implementado por el Estado para generalizar los principios antialcohólicos en los sectores populares, en donde se decía, estaba arraigada dicha práctica. No obstante, le acompañaron medidas y reglamentaciones para eliminar la adulteración de los líquidos y la inspección en la elaboración de las bebidas, pues esta práctica era recurrente en Culiacán, lo cual indica que la concientización fue acompañada de mecanismos coactivos de regulación, en ocasiones con éxitos y en otras con desaciertos.

En el tema de la prostitución, se observó que se instituyeron reglamentos para que personal de salud revisara periódicamente a las prostitutas y los espacios en donde se ejercía este oficio. Se buscó responsabilizar a la meretriz para que detectaran

cuando un cliente tenía alguna enfermedad de transmisión sexual, señalando que debían inspeccionarlos cuando existiera alguna sospecha de enfermedad. Esto, lejos de ser interpretado como una solución a la transmisión de enfermedades venéreas, fue visto como una medida irrisoria y burda, pues las prostitutas se arriesgaban a ser agredidas violentamente por los clientes que no estuvieran de acuerdo en ser observados. Lo anterior demuestra dos cosas, en primer lugar, que el Estado era ajeno al cuidado físico, la vulnerabilidad y la integridad de este grupo social; en segundo lugar, que la responsabilidad de no transmitir enfermedades venéreas recaía sobre todo en las mujeres. Fue a finales de los años cuarenta cuando el Estado, a través de las campañas de prevención de enfermedades venéreas, empieza a quitar la etiqueta de que estos padecimientos eran exclusivos de la meretrices, planteando que era una enfermedad presente en todas las clases sociales.

Por otro lado, para mantener la higiene de espacios públicos como avenidas, calles y plazuelas el gobierno local exhortó la cooperación de la población. Sin embargo, los descuidos, las omisiones y la recurrencia por tirar basura en la calle; la acumulación de escombros y la presencia de animales deambulando fueron motivos para que constantemente se emitieran multas a los ciudadanos. Así mismo, se identificó que la autoridad municipal regularmente inspeccionaba los establecimientos comerciales, debido a denuncias o señalamientos sobre la venta de comida y líquidos en malas condiciones. Si bien fue difícil medir el alcance de la vigilancia sanitaria y las medidas reguladoras en los puntos comerciales y de servicios, observé que estos se fueron robusteciendo con el pasar de los años. Así, por ejemplo, se aprecia que para finales de los años treinta y durante los años cuarenta, se emitieron tarjetas de buena salud tanto en los locales comerciales como a quienes los atendían. Esto nos dice que la inspección en los establecimientos comerciales necesitó de medidas más estrictas conforme pasaron los años, ante el incremento de consumidores y puntos de venta, lo cual hacía necesario el rediseño de estrategias para mantener bajo control la higiene de productos, artículos y comestibles que se comercializaban en la ciudad.

Gracias a la prensa local, textos especializados y tesis de médicos que llegaron a Culiacán en los años cuarenta, es como se pudo examinar el trabajo de los médicos que residían en el espacio urbano y en las rancherías circundantes a la ciudad, así como los embates que trajo consigo la ciencia médica contra métodos de curación y sanación tradicionales. En la ciudad, el ejercicio de la medicina para el personal de salud era muy cansado, pues iba de las extenuantes jornadas a la insuficiencia de materiales, equipo técnico y ausencia de personal, lo cual obligó a que las enfermeras realizaran actividades correspondientes a otras áreas de especialización como la anestesiología. Así mismo, se insistía para que las personas acudieran al médico en lugar de asistir al curandero, pues esto representaba un serio problema de salud. En este sentido fue que el Estado llevó a cabo una campaña para que los médicos se registraran y se certificaran, y así identificar a aquellos que ejercían actividades médicas sin el conocimiento correspondiente. Pese a estas circunstancias, los requerimientos para salvaguardar la salud en la ciudad estaban muy por encima a los de las rancherías del municipio, además de que en la ciudad se contaba con servicio de medicina privada, al cual podían acceder, en su mayoría, personas de estratos medios y altos.

Se identificó que en poblaciones como Quilá, La Palma, El Potrero y Sanalona, llegaron estudiantes de medicina procedentes de la ciudad de México, quienes para concluir sus estudios profesionales, debían de prestar sus servicios durante un tiempo determinado, el cual iba de los seis meses a un año. Las tesis y trabajos de grado de los médicos permitieron comprender y reflexionar las dificultades que representó ejercer este oficio en estas comunidades, ya que una parte de la población local rechazaba diagnósticos y tratamientos, debido a creencias y percepciones sobre las enfermedades, como creer que las enfermedades intestinales eran ocasionadas por dulces, y no por bacterias o microorganismos presentes en el agua de los arroyos. Así mismo, este material documental nos aproximó a esta lucha incesante entre modernidad y tradición, expresada en la recurrencia de las clases populares de las rancherías por acudir al chamán o al brujo en lugar de al médico, así como el importante negocio que significaba la

charlatanería, ante los casos encontrados en donde se mira que los chamanes iban de pueblo en pueblo haciendo curaciones y vendiendo bálsamos curativos.

Ante las creencias, las curaciones y la charlatanería, el Estado utilizó todos sus vehículos de información y comunicación para concientizar sobre la importancia de acudir al médico, para que las personas mantuvieran hábitos de cuidado personal y familiar. Las notas y artículos de opinión en el periódico *El Diario de Culiacán* son muestra de ello, pues a través de la promoción de una vida sana, sin vicios, comiendo saludable y practicando deporte se buscó introducir principios de bienestar respaldados por la ciencia médica. Esta fuerte coacción en la individualización de la responsabilidad de la salud fue a la par del apoyo para que se organizaran clubes deportivos y se brindara mayor atención en mantener estos espacios en óptimas condiciones.

Se pudo comprender que a finales de los años cuarenta se intensifica una campaña sobre recomendaciones a las madres de familia para que acudieran al médico y no con los curanderos, esto cuando uno de los hijos tuviera alguna enfermedad. Lo anterior es relevante, pues a través de la prensa, se insistía para que la población local dejara de aplicar remedios y curaciones no avaladas por la comunidad científica, tal como era el caso del empacho o encerrar a todos los hijos en una habitación cuando uno de ellos tuviera varicela, ante los peligros por las múltiples reacciones a la enfermedad. De ahí que se emitieran saberes e información de orden científico sobre las causas reales de las enfermedades, cómo curarlos, con quienes acudir y cómo prevenirlas. Llama la atención que en esta temporalidad se recomendaba dejar de lado consejos y saberes curativos de las personas mayores, ya que estos eran considerados riesgosos, pues se basaban los prejuicios sin fundamento científico. Así dicho, nos encontramos en un momento donde hay una fuerte movilización, irrupción y crítica hacia el saber médico popular, ante las insuficiencias científicas que tenía y las consecuencias irreparables en el organismo, cuyo combate entre tradición y modernidad, en el ámbito de la salud, continuó con marcada intensidad en años posteriores a los que se remite nuestro estudio.

En el transcurso de la investigación hubo algunos aspectos que no pudieron ser desarrollados con el requerimiento necesario, en su mayoría, por la insuficiencia de material documental. Por ejemplo, analizar la evolución de la mortalidad en general año por año, señalar puntualmente el tipo de vacunas que se aplicaron, en qué proporción y en qué lugares. También se pudo identificar ciertas aristas para futuras investigaciones, entre ellas, analizar como objeto de análisis la práctica médica en las comunidades, pueblos y villas sinaloenses, a los médicos particulares de la ciudad como un grupo social con identidad propia, la realización de cirugías al interior de los hospitales y los métodos que utilizaban, la publicidad de medicamentos y artículos de higiene, así como la circulación y adulteración de medicamentos en la ciudad y otros puntos de la entidad.

Este trabajo concluye al iniciar el segundo lustro de los años cincuenta, ya que posteriormente empieza funcionar el Instituto Mexicano del Seguro Social, resultado de políticas públicas federales y estatales muy específicas. Es justo en este momento cuando se considera que el rumbo de las políticas públicas de salud toma otros matices, propias de ser analizadas en otra investigación histórica.

FUENTES

Archivos, centros documentales y colecciones

- Antología Gráfica Sinaloense
- Archivo Histórico General del Estado de Sinaloa. AHGES
- Archivo Histórico Municipal de Culiacán. AHMC
- Centro Regional de Documentación Histórica y Científica. CREDHIC
- Colección Yáñez y Zazueta
- Hemeroteca Nacional Digital de México. HNDM
- Mapoteca Manuel Orozco y Berra

Prensa, revistas y semanarios

- *Diario Oficial de la Federación*, 1934, 1936, 1950, 1955. Ciudad de México.
- *Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán*, 1945. Yucatán.
- *El Correo de Occidente*, 1888. Culiacán, Sinaloa.
- *El Diario de Culiacán*, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953. Culiacán, Sinaloa.
- *El Demócrata Sinaloense*, 1936. Mazatlán, Sinaloa.
- *El Estado de Sinaloa*, 1954, 1955. Culiacán, Sinaloa.
- *El Heraldo de México*, 1919. Ciudad de México.
- *El Informador*, 1942, 1946, 1949, 1950, 1957, 1959. Guadalajara, Jalisco.
- *La Opinión*, 1939, 1940. Culiacán, Sinaloa.
- *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Sinaloa*, 1935, 1941, 1942, 1945, 1948, 1949, 1950, 1951. Culiacán, Sinaloa.
- *Periódico Oficial. Órgano de Gobierno Descentralizado*, 1944, 1945. Nayarit.
- *Pro-Patria. Revista hispano-mexicana*, 1918. Ciudad de México.
- *Veracruz*, 1914. Veracruz.

Bibliografía

Agostoni, Claudia (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM, 2008.

_____, “El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas” en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (editoras), *Modernidad, tradición y alteridad. La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, Instituto de Investigaciones Históricas-Universidad Nacional Autónoma de México, 2002.

_____, *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de la prevención en México 1870-1952*, México, UNAM-IIH-Instituto Mora, 2017.

Aguilar Aguilar, Rosenda, “Los albores de la penicilina en México”, *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*, núm. 62, julio-diciembre, 2015.

_____, “La mesa esta servida: comida y vida cotidiana en el México de mediados del siglo XX”, *Revista de Historia Iberoamericana*, vol. 2, núm. 2, 2009.

Aguilar, Luis, *Política pública*, México, Siglo XXI Editores, 2012.

Alfonso Aguilar Zuñiga, *Informe de exploración médica e higiene de El Bledal, Sanalona, distrito de Culiacán*, México, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México, prueba escrita que para su examen profesional de médico, 1945.

Alzate Echeverri, Adriana María, *Suciedad y orden. Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada, 1760-1810*, Bogotá, Editorial Universidad del Rosario, 2007.

Anchorena, Nazar, *La opinión pública*, Argentina, Biblioteca digital UCA, 2010.

Aréchiga Córdoba, Ernesto, “Educación, propaganda y dictadura sanitaria. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, 2007.

Armus, Diego, “¿Qué es la salud y la enfermedad?”, *Salud Colectiva*, 2010, núm. 6, pp. 5-10.

Arouca Sergio y Miguel Márquez, “La arqueología de la medicina”, *Educ méd salud*, vol. 8, núm. 4, 1974.

Ávila Ortiz, Raúl, Eduardo de Jesús Castellanos Hernández y María del Pilar Hernández, *Porfirio Díaz y el derecho. Balance crítico*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015.

Barrionuevo Sergio Javier y Yésica Rodríguez, “El concepto de espacio público en Habermas: algunas observaciones a partir del caso ateniense”, *Daimon. Revista internacional de filosofía*, núm. 77, 2019.

Bergés Saura, Laura, "Poder político, económico y comunicativo en la sociedad neoliberal", *Revista Latina de Comunicación social*, núm. 16. 2010.

Betrán Moya, José Luis, *Historia de las epidemias en España y sus colonias 1348-1919*, España, La Esfera de los Libros, 2006.

Bloch, Marc, *Los reyes taumaturgos. Estudio sobre el carácter sobrenatural atribuido al poder real, particularmente en Francia e Inglaterra*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006.

Bobbio, Norberto, *El filósofo y la política*, México, Fondo de Cultura Económica, 1997.

_____, *Et. Al., Diccionario de Política*, México, Siglo XXI Editores, 2015.

Bourdieu, Pierre, *La opinión pública no existe*, "Debates en Sociología", núm. 17, 1992.

Brena Sesma, Ingrid, "Atención a la salud en la época porfiriana" en Raúl Ávila Ortiz Et. Al., *Porfirio Díaz y el derecho. Balance crítico*, México, UNAM-IIJ, 2015.

Brito Rodríguez, Félix, *La política en Sinaloa durante el porfiriato*, Sinaloa, DIFOCUR, 1998.

_____, *Estado, salud y sociedad en el Sinaloa posrevolucionario 1920-1950*, material inédito.

Calderón Sánchez, Dulfary, Gina Enciso Granados y Claudia Marcela Arias Mejía (coops.), *Manual de Marketing político*, Colombia, Universidad de Santo Tomás, 2017.

Camacho, Cesar, *El poder legislativo mexicano*, tomo I, México, gmespejo-Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018.

Carvajal Morales, Ricardo, *Vivienda de interés social y planeación urbana en Culiacán 1972-1980*, tesis de maestría en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2019.

Cano-Sánchez BL. "La influenza española en México: el caso de los estados fronterizos (1918-1919)" en: Molina del Villar A, Márquez-Morfin L, Pardo-Hernández CP, ed. *El miedo a morir. Endemias, epidemias y pandemias en*

México: análisis de larga duración. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Instituto Mora, 2013.

Carbajal, Martiniano, *La Peste en Sinaloa. Informe que la junta de caridad rinde a la nación sobre la epidemia y sus trabajos para combatirla*, Mazatlán, Imprenta y encuadernación de Valadez y Cía., 1903.

Carrillo, Ana María, “¿Estado de Peste o estado de sitio?, Sinaloa y Baja California, 1902-1903”, *H-Mex*, vol. LIV, núm. 4, 2005.

Carrillo, Ana María, “Los modernos minotauro y Teseo: la lucha contra la tuberculosis en México”, *Estudios*, número especial, mayo 2012.

_____, “Salud pública y poder en México durante el cardenismo 1934-1940”, *Dynamis*, núm. 25, 2005.

Casabona, R. Santos y M. Lillo, *Historia y evolución de la ventilación mecánica, Manual de ventilación mecánica para enfermería*, México, Editorial Médica Panamericana, 2017.

Cases, Víctor, “El nacimiento de la opinión pública: problemas, debates y perspectivas”, *Res Pública*, núm. 21, 2009.

Castro Moreno, Julio Alejandro, “Eugenesia, genética y bioética. Conexiones históricas y vínculos actuales”, *Observatori de Bioetica i Dret. Revista de Bioética y Derecho*, núm. 30, enero 2014.

Cázares Aboytes Pedro y Samuel Octavio Ojeda Gastélum, “Enfermedades en Mazatlán durante el siglo XIX”, *Ra Ximhai*, vol. 13. núm. 2, julio-diciembre, 2017.

Cerda Jaime y Gonzalo Valdivia, “John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna”, *Revista Chilena de Infectología*, vol. 2, núm. 4, 2007.

Cerutti, Mario, (compilador), *México en los años 20. Procesos políticos y reconstrucción económica*, México, Universidad Autónoma de Nuevo León, 1993.

Cházaro, Laura, *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán-Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2002.

Corbin, Alain, *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social siglos XVIII-XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.

Córdoba Flores, Consuelo, "Instituciones y políticas de salud pública en la ciudad de México de la colonia al porfiriato", *Historelo*, vol. 12, núm. 21, mayo-agosto, 2020.

Córdova Santos, José Rafael, "Educación e ideologías en el México posrevolucionario 1921-19469, la formación del ciudadano en los proyectos de nación", *Antrópica*, año 7, vol. 7, núm. 13, enero-junio, 2021.

Covarrubias Herrera, Elizabeth, *El movimiento antichino en Sonora y sus expresiones racista en Cananea, 1920-1931*, Sinaloa, tesis de maestría en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2021.

Cueto, Marcos, *La salud internacional y la guerra fría. Erradicación de la malaria en México, 1956-1971*, México, UNAM-IIH, 2013

Darnton, Robert, *Los best sellers prohibidos en Francia antes de la revolución*, México, Fondo de Cultura Económica, 2014.

Daza, Humberto, "La sociedad moderna", *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, vol. 16, núm., 2, mayo-agosto, 2010.

Del Palacio, Celia, "Una mirada a la historia de la prensa en México desde las regiones. Un estudio comparativo 1792-1950", *HIB. Revista de Historia Iberoamericana*, vol. 2, núm. 1, 2009.

Delumeau, Jean, *El miedo en occidente*, México, Taurus, 2012.

Di Pardo Menéndez, Nadia, "Los médicos como cronistas del alcoholismo, de la mortalidad y de la criminalidad 1870-1910", *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, núm. 71, 2018.

Donovan, Anthony, "Algunos adelantos de la medicina durante la Segunda Guerra Mundial y sus aplicaciones en tiempo de paz," *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 26, 1947.

Echeverría, Bolívar, *¿Qué es la modernidad?*, México, cuaderno uno del seminario modernidad y dimensiones-Universidad Nacional Autónoma de México, 2009.

Escobar Villegas, Juan Camilo, *Lo imaginario. Entre las ciencias sociales y la historia*, Colombia, Fondo Editorial Universidad EAFIT-Cielos y Arena, 2000.

Escobedo de la Pela Jorge y César Athié Gutiérrez, *Enfermedades por le nuevo coronavirus sars-cov-2*, tomo I, México, Editorial Alfis, 2022.

Feliciano García García, *Exploración sanitaria de la Comisaría municipal de El Potrero sindicatura de Sataya, municipio de Culiacán, Sinaloa*, México, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México, tesis para examen profesional de médico cirujano, 1944.

Feo, Carlos, "Impacto de los medios de comunicación en la salud pública", *Saúde em Debate*, vol. 37, núm. 96, enero-marzo, 2013.

Fiquepron, Maximiliano, *Morir en las grandes pestes: las epidemias de cólera y fiebre amarilla en Buenos Aires. Siglo XIX, Siglo XXI Editores*, 2020.

Foucault, Michel, "Historia de la medicalización", *Educación médica y salud*, vol. 11, núm. 1, 1977.

_____, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Argentina, Siglo XX Editores, 2004.

_____, *El orden del discurso*, Buenos Aires, Fabula Tusquets, 1999.

_____, *Historia de la locura en la época clásico*, tomo I, México, Fondo de Cultura Económica, 2015.

_____, *La arqueología del saber*, Argentina, Siglo XIX Editores, 2002.

_____, *Medicina e historia. El pensamiento de Michel Foucault*, Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1978.

Frías Sarmiento, Eduardo, *Del queroseno al mundo de la electricidad. Empresas y empresarios de la industria eléctrica en Culiacán: 1895-1940*, Sinaloa, UAS, 2014.

- Gaceta Médica. Órgano de la academia nacional de medicina*, Ciudad de México, tomo LXX, núm. 2, 30 de abril de 1940.
- Galeana, Patricia, (coord.), *Historia comparada de las migraciones en las américas*, México, UNAMIPGE-IIJ, 2014.
- García Sánchez, José Elías, *Et. Al.*, “La polio, el largo camino hacia el final de la partida”, *Enferm Infecc Microbiol Clin*, núm. 33, 2015.
- Garza, James Alex, *El lado oscuro del porfiriato. Sexo, crimen y vicios en la ciudad de México*, México, Aguilar, 2013.
- Gaxiola Valdovinos, Sandra Luz, *La cultura alimentaria en Sinaloa. La segunda mitad del siglo XIX a principios del siglo XIX*, Sinaloa, Tesis de Maestría en Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa-Facultad de Historia, 2014.
- Gayet, Cecilia, *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género*, CENSIDA-Secretaría de Salud, 2015.
- Glick, Thomas, Rosaura Ruíz y Miguel Ángel Puig-Samper (editores), *El darwinismo en España e Iberoamérica*, Madrid, Doce Calles, 1999.
- Godínez Reséndiz, Rogelio *Et. Al.*, “Introducción de los antibióticos en México: investigación científica y producción industrial 1944-1955”, *ILUIL*, vol. 39, núm. 83, 2016.
- _____, “La regulación del medicamento industrial en México 1926-1937”, *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, núm. 43-1, 2012.
- _____, “El surgimiento de la industria farmacéutica en México 1917-1940”, *Farmacéuticas*, núm. 45-2, 2014.
- Gómez de Lara José Luis y Carlos Agustín Rodríguez Paz, “Aspectos históricos, clínicos y epidemiológicos de la poliomielitis en México 1946-1960”, *Historia y filosofía de la medicina*, vol. 59, núm. 6, 2021.
- Gómez Villanueva, Beatriz, *La inserción del discurso nacionalista en la retórica del gobierno mexicano (1930-1948 y 1983-2002)*, Madrid, tesis doctoral-Facultad de Ciencias de la Información, Universidad Complutense de Madrid, 2018.

Gómez, José Luis, *Un nuevo Programa de lucha contra la tuberculosis*, Revista Médica ISSSTE, núm. 2, 2006.

Gómez, Octavio, "El trancazo, la pandemia de 1918 en México", *Salud Pública de México*, vol. 62, núm. 5 septiembre-octubre, 2020.

González Espinosa, Ruperto, *Exploración sanitaria el campamento de Sanalona, Distrito de Culiacán, México*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, informe general para obtener el título de médico cirujano, 1946.

Gutiérrez Domínguez, Fernando (coord.), *Secretaría de Salud: la salud en la constitución mexicana*, México, Secretaría de Cultura-INEHRM, 2017.

Habermas, Jünger, *El discurso filosófico de la modernidad*, España, Taurus, 1993.

Hernández Millán, Omar, *las bebidas embriagantes en Culiacán 1949-1954, una visión entre lo legal y lo prohibido*, tesis de licenciatura en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2010.

Hobsbawm, Eric, *Historia del siglo XX*, Argentina, Crítica, 1999.

_____, *La invención de la tradición*, España, Crítica, 1983.

Innerarity, Daniel, "Habermas y el discurso filosófico de la modernidad", *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, núm. 1, 1989.

Jori, Gerald, "Población, política sanitaria e higiene en la España del siglo XVIII", *Revista de Geografía NortGrande*, núm. 54, 2013.

Joseph Gilbert y Daniel Nugent (comps.), *Aspectos cotidianos de la formación del Estado*, México, Ediciones Era, 2002.

Kay Vaughan, Mary, *La política cultural en la revolución. Maestros, campesinos y escuelas en México 1920-1940*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001.

Knight, Alan, *La Revolución mexicana. Del Porfiriato al nuevo régimen constitucional*, México, Fondo de Cultura Económica, 2010.

Kuhn, Thomas, *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 2013.

Laguna Núñez, Carlos, *El testimonio como estrategia publicitaria en la prensa michoacana de principios del siglo XX*, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo-Facultad de Letras, [tesis de maestría en estudios del discurso], 2019.

Lamarque, Refugio, *50 años de Salud pública en Sinaloa 1943-1993*, Culiacán, Coordinación General de Salud del Estado de Sinaloa, 2011.

Lan, Juan Antonio, *Sida y temor. Prensa escrita y discurso médico en Lima ante una epidemia*, Perú, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 2021.

Landeros Morales, Mariana, *Transformación del espacio urbano de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, de 1877 a 1900*, Tesis de Maestría en Historia, Facultad de Historia-UAS, 2022.

Lara Caldera, Venecia Citlali, *Población, epidemias y gastos funerarios en la villa de Culiacán 1775-1814*, Sinaloa, tesis de doctorado en historia, Facultad de Historia-Universidad Autónoma de Sinaloa, 2020.

Larrateátegui David y Lizeth, “El árbol de quina, 400 años de su descubrimiento en el Ecuador”, *Revista Histórica Médica*, núm. 21-I, 2013.

León Velarde, Iván Francisco, *Espacios de venta y consumo de bebidas alcohólicas: regulaciones, prácticas y puntos de encuentro en la ciudad de Culiacán 1900-1920*, Sinaloa, tesis de maestría en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2022.

_____, *El consumo de bebidas embriagantes en Sinaloa: fiscalización, producción y moralización 1920-1932*, Sinaloa, tesis de licenciatura en historia-Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2018.

_____ y Jesús Rafael Chávez Rodríguez, “Regulación, vigilancia y descontrol en los espacios de venta y consumo de bebidas alcohólicas en Culiacán durante la Revolución mexicana 1911-1915”, *Letras Históricas*, núm. 26, primavera-verano, 2022.

Ley Chon, Francisco, *Informe general sobre la exploración sanitaria de Quila, municipio de Culiacán, estado de Sinaloa*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1943.

Lida, Clara, “¿Qué son las clases populares? Los modelos europeos frente al caso español en el siglo XIX”, *Historia Social*, núm. 27, 1997.

López Castro, Carlos Humberto, *Catastro sanitario de la comisaría ejidal de La Palma, sindicatura de Navolato, municipio de Culiacán, estado de Sinaloa*, México, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México, prueba escrita que para su examen profesional de médico, 1945.

López Fernández, José, *El concepto de legitimidad en perspectiva histórica*, Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho, núm. 18, 2009.

López, Oresta, Norma Ramos y Armando Espinoza, “La intervención del Estado, la desigualdad y el deseo en la invención de los espacios escolares rurales en tres regiones de México en el periodo posrevolucionario”, *Educación en Revista*, núm. 49, 2013.

Luna Lujano, Benjamín, *Entre papas y cebollas mercados del municipio de Culiacán*, Culiacán, Instituto la Crónica de Culiacán, 2006.

Lüthy Isabel Viviana Ritacco e Isabel Kantor, “A cien años de la gripe española”, *Medicina*, vol. 78, núm. 2, 2018.

Mackintosh, J. M. “¿Para qué sirve un hospital?”, *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*, sin número, 1952.

Magaña Mancillas, Mario Alberto (coord.), *Epidemias y rutas de propagación en la Nueva España y México, siglos XVIII-XIX*, Baja California, Universidad Autónoma de Baja California, 2013.

Manual espiritista por Bhima, México, Tipología Artística, 1911.

Maquiavelo, Nicolás, *El príncipe*, Venezuela, Fondo Editorial Hormiguero, 2010.

Martínez Martínez Pedro Javier, José Tuells y Gema Colmenar-Jarillo, “La tardía emergencia mediática de la vacuna contra la viruela, cobertura de noticia en prensa española 1999-2004”, *Rev Esp Quimioter*, núm. 28-3, 2015.

_____, *Noticias sobre vacunas en prensa española: cobertura y análisis de contenidos 1955-2015*, España, tesis de doctorado en ciencias de la salud, Universidad de Alicante-Facultad de Ciencias de la Salud, 2016.

Melchor Barrera, Zoraya, "Eugenesia y salud pública en México y Jalisco posrevolucionarios", *Letras Históricas*, núm. 18, 2018.

Menéndez, Eduardo Luis, "Violencias en México: las explicaciones y las ausencias", *Alteridades*, vol. 23, núm. 43, 2012.

Molina del Villar, América, "Remedios curativos y propaganda médica contra la influenza de 1918 en México: ideas y conocimientos". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 27, núm. 2, abril-junio, 2020.

Molina, Luis, *El mundo de molina*, Sinaloa, COBAES-DIFOCUR, 2003.

Moreno Moreno, Prudenciano, Manuel de Jesús Soto Acosta y Jesús Javier Castro Gómez (coords.), *El sistema educativo en Sinaloa. Políticas curriculares y temas emergentes*, tomo II, Sinaloa, Universidad Pedagógica del Estado de Sinaloa, 2016.

Nakayama, Antonio, *Culiacán*, 2ed., Sinaloa, UAS-IIES, 2006.

Navarro, Carmen, *El estudio de las políticas públicas*, RJUAM, núm. 17, 2008.

Novo, Salvador, "Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla. Nuestro siglo", *Salud Pública de México (suplemento)*, vol. 37, 1995.

Ojeda Gastélum Samuel Octavio y Matías Hiram Lazcano Armenta (coords.), *Historia de la Revolución en Sinaloa*, Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011.

_____ y Pedro Cázares Aboytes, *Auroras y crepúsculos de una perla del Pacífico. Sociedad y cultura en Mazatlán durante el siglo XIX*, México, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2017.

Olaiz Fernández, Gustavo *Et. Al.*, "Panorama histórico de la enfermedad diarreica aguda en México y el futuro de su prevención", *Salud Pública de México*, vol. 62, núm. 1, enero-febrero 2020.

Ortíz, Mariotte, Carlos Calderón y Ana Ornelas, "Situación del problema de la poliomiélitis en México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 35-4, octubre, 1953.

- Palti, José Elías, *La invención de una legitimidad. Razón y retórica en el pensamiento mexicano del siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Parra Zurita, Héctor Augusto, *Comercio y cultura material en Culiacán. Una historia antropológica del Porfiriato*, Tesis de Maestría en Historia, Facultad de Historia-UAS, 2019.
- Paz, Ireneo, *Algunas campañas: memorias escritas por Ireneo Paz*, México, Imprenta y Litografía de Ireneo Paz, tomo I, 1885.
- Perdigón Villaseñor Gerardo y Sonia Fernández Cantón, "Principales causas de muerte en la población general e infantil en México 1922-2005", *medigraphic*, vol. 65, mayo-junio, 2008.
- Perdigón Villaseñor Gerardo y Sonia Fernández Cantón, "Mortalidad infantil y preescolar en México 1921-2006", *medigraphic*, vol. 65, marzo-abril, 2008.
- Pérez Alba, Álvaro, *Sulfamidas: aspectos farmacológicos y químico farmacéuticos*, España, Tesis de Licenciatura-Universidad Complutense de Madrid, 2014.
- Ponce Alberca Julio y Jesús Ruíz (coords), *Historia y políticas públicas*, España, Editorial Comares, 2019.
- Price, Vicent, *La opinión pública*, Barcelona, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1994.
- Rabell Cecilia Andrea y Martha Mier y Terán Rocha, "El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980", *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 1, 1986.
- Ramos Gorostiza, José Luis, "Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español", *Revista de Historia Industrial*, año XXIII, núm. 55, 2014.
- Reproducida en Boletín Extraordinario del Consejo Superior de Salubridad (peste)*, 2 (ene.-feb. 1903).
- Reyes García, María de la Luz, *Las Instituciones de asistencia médico-social en Sinaloa durante los gobiernos posrevolucionarios (1920-1940)*, Tesis de Maestría en Historia, Facultad de Historia-UAS, 1998.

- Reyes Valladolid, Karina Ivonne, *Educación y salud en el periodo cardenista: la semana nacional de higiene en 1937*, Ciudad de México, tesis de licenciatura en pedagogía, Unidad Pedagógica Nacional-Unidad Ajusto, 2017.
- Rivera Tapia, José Antonio, “La situación de salud pública en México, 1870-1960”, *Revista del hospital general doctor Manuel Gea González*, vol. 6, núm. 1, enero-abril 2006.
- Rodríguez Ibáñez, José, *La perspectiva sociológica. Historia, teoría y método*, España, Taurus, 1984.
- Rodríguez Ortiz, Imelda Ana, *Contexto socioeconómico y salud en México 1940-2010*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012.
- Rodríguez, Martha Eugenia y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, “Asistencia médica e higiene ambiental en la ciudad de México. Siglos XVI-XVIII”, *Gac Méd Méx*, vol. 135, núm. 2, 1999.
- Rodríguez, Martha Eugenia, “El tifo en la ciudad de México en 1915”, *Gaceta Médica Mexicana*, núm. 152, 2016.
- Rodríguez, Martha Eugenia, *La salud pública durante el Cardenismo 1934-1940*, Gaceta Médica de México, núm. 153, 2017.
- Roldán Tonioni, Andrés, “Procesos de subjetivación (Foucault): el caso de Don Quijote de la Mancha”, *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 26, núm. 92.
- Román Alarcón, Rigoberto Arturo, *Mazatlán en el siglo XIX*, Sinaloa, Universidad Autónoma de Sinaloa-Juan Pablos Editores, 2009.
- Rúa Delgado, Carlos, “La legitimidad en el ejercicio del poder político en el Estado Social de Derecho. Una revisión desde el caso colombiano”, *Revista Ius et Praxis*, año 19, núm. 2, 2013.
- Rubio, José, “Opinión pública y medios de comunicación. Teoría de la Agenda Setting”, *Gazeta de Antropología*, núm. 25-1, 2009.
- Rueda Morales, Ana Julieta, *El mercado de caricias y placeres: prostitución y prostitutas en Culiacán y Mazatlán. Del porfiriato a los años posrevolucionarios*, Sinaloa, tesis de maestría en historia- Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011.

- Ruíz Rosaura Arturo Argueta y Graciela Zamudio (coords.), *Otras armas para la independencia y la Revolución. Ciencias y humanidades en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 2010.
- Russell, Bertrand, *Power. A new social analysis*, Inglaterra, George Allen & Unwin, 2004.
- Ryan M. Alexander, "The Spanish flu and the sanitary dictatorship: México's response to the 1918 influenza pandemic", *The Americas. A quarterly review of inter-american cultural history*, vol. 76, núm. 3, 2019.
- Sánchez Castañeda, Alfredo, *La seguridad y la protección social en México: su necesaria reorganización*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2012.
- Sánchez Parra Sergio Arturo y Félix Brito Rodríguez (coords.), *Historia de la sociabilidad en Sinaloa, siglo XIX y XX. Una aproximación*, Sinaloa, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2015.
- Sánchez Santiró, Ernest (coord.), *Cruda realidad. Producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto Mora, 2007.
- Sandoval Bojórquez, Martín, *Luis F. Molina y la arquitectura porfirista en Culiacán*, Sinaloa, UAS, 2018.
- Scharagrodsky, Pablo, *Gobernar es ejercitar. Fragmentos históricos de la educación física en Iberoamérica*, Buenos Aires, Prometeo, 2008.
- Schievenini Stefanoni, José Domingo, "La prohibición de las drogas en México 1912-1929", *Urvio*, núm. 13.
- Schifter Aceves, Liliana, *Medicina, minería e inquisición en la Nueva España: Esteban Morel, 1744-1795*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2002.
- Scott, James, *Los dominados y el arte de la resistencia*, México, Era, 2004.
- Serra, Alfredo de Micheli, "Contribuciones de la clase médica en la revolución mexicana", *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 136, núm. 1, 2000.

Sonsenski, Susana y Gabriela Pulido (coords.), *Hampones, prelados y pecatrices, sujetos peligrosos en la ciudad de México 1940-1960*, México, Fondo de Cultura Económica, 2019.

Sosa, Elizabeth, “La otredad: una visión del pensamiento latinoamericano contemporáneo”, *Letras*, vol. 51, núm. 80, 2005.

Tamez Leyva, Brianda Lizbeth, *Del oficio a la profesión: la formación de las enfermeras sinaloenses 1877-1977*, Sinaloa, tesis de maestría en historia- Facultad de Historia, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2016.

Tavares Quinhones Trajano Augustus y Sonia Fleury, “La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América en los años 90’s”, *Salud Colectiva*, núm. 1-2 mayo-agosto, 2005.

Torres Aguilar Morelos y Ruth Yolanda Atilano Villegas, “La educación de la mujer mexicana en la prensa femenina durante el Porfiriato”, *Rev.hist.educ.latioam*, vol. 17, núm. 24, enero-junio, 2015.

Valdez Aguilar, Rafael, “Pandemia de gripe Sinaloa, 1918-1919”, *Elementos: Ciencia y Cultura*, vol. 9, núm. 47, 2002.

_____, *Epidemias en Sinaloa. Una aproximación*, México, Andral Val Ediciones, 2021.

_____, *Historia del Hospital Civil de Culiacán*, Sinaloa, Instituto Municipal de Cultura de Culiacán, 2007.

Van Dijk, Teun A., *Discurso y poder*, España, Gedisa, 2009.

Velázquez Fernández, Juan, *El narcotráfico en los Altos de Sinaloa*, Veracruz, Biblioteca Digital de Humanidades-Universidad Veracruzana, 2018.

Verdú Berganza, Ignacio, “La ciencia en el final de la edad media”, *Pensamiento*, vol. 71, núm. 269, 2015.

Viesca Treviño, Carlos, “La medicina mexicana en 1910”, *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, núm. 48-6, 2010.

Villeda García, Flor Lizet, Nadia Rodríguez González y Miguel Ángel Córdova Ávila, *La práctica enfermera durante la Revolución mexicana 1910-1920*,

“Revista de Enfermería del Instituto Mexicana del Seguro Social”, núm. 18-3, 2010.

Weber, Marx, *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*, España, Fondo de Cultura Económica, 1964.

Informes de gobierno

General de división Pablo E. Macías Valenzuela, gobernador del estado de Sinaloa, a la XXXIV Legislatura, correspondiente al ejercicio constitucional 1947-1948, Culiacán, 1948.

Informe de gobierno correspondiente al año comprendido del 16 de septiembre de 1929 al 15 de septiembre de 1930 rendido por el ciudadano General Macario Gaxiola, Culiacán, 1930.

Informe de gobierno del día 16 de septiembre de 1940 al 15 de septiembre de 1941 rendido por el ciudadano coronel Rodolfo T. Loaiza, gobernador del estado de Sinaloa, Culiacán, 1941.

Informe de gobierno del Estado de Sinaloa por el ciudadano coronel Alfredo Delgado, gobernador constitucional de Sinaloa, Culiacán, 1937.

Informe de gobierno del gobernador del estado de Sinaloa general Macario Gaxiola, 15 de septiembre de 1932, Culiacán, 1932.

Informe de gobierno rendido ante la XXXVI legislatura por el ciudadano coronel Alfredo Delgado, gobernador del estado de Sinaloa, Culiacán, 1938.

Informe de gobierno rendido por el ciudadano General de división Pablo E. Macías Valenzuela, gobernador del estado de Sinaloa a la XXXIV legislatura, correspondiente al ejercicio constitucional 1948-1949, Culiacán, 1949.

Informe del ciudadano gobernador constitucional al substituto del estado libre y soberano de Sinaloa, doctor Rigoberto Aguilar Pico, 1952-1953, Culiacán, 1953.

Informe que rinde el ciudadano General de División Pablo E. Macías Valenzuela, gobernador constitucional del estado libre y soberano de Sinaloa ante la H. XXXVIII legislatura del mismo, Culiacán, 1945.

Informes de gobierno rendido por el ciudadano licenciado Teodoro Cruz R. Gobernador substituto del estado de Sinaloa, Culiacán, 1944.

Rodolfo T. Loaiza, *Tercer informe de gobierno del coronel Rodolfo T. Loaiza gobernador constitucional del estado de Sinaloa*, 1943.

Segundo informe de gobierno. Coronel Rodolfo T. Loaiza, estado de Sinaloa, Culiacán, 1942.

Tercer informe de gobierno del Sr. Rigoberto Aguilar Pico, gobernador sustituto constitucional del estado de Sinaloa, Culiacán, 1955.

Tercer informe de gobierno que de su gestión administrativa durante el periodo comprendido de septiembre de 1946 a septiembre de 1947, rinde el C. Gral. De Div. Pablo E. Macías Valenzuela, gobernador constitucional del estado de Sinaloa, ante la XXXIX Legislatura del H. Congreso Local, Culiacán, 1947.

Censos

Censo General de la República Mexicana verificado el 20 de octubre de 1895, Estado de Sinaloa, México, Dirección General de Estadística-Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1897.

Quinto censo de población. Resumen general, México, Secretaría de la Economía Nacional-Dirección General de Estadística, 1930.

Séptimo censo general de la población. Resumen general, México, Secretaría de Economía-Dirección General de Estadística, 1950.

Séptimo censo general de población. 6 de junio de 1950, estado de Sinaloa, México, Secretaría de Economía-Dirección General de Estadística, 1952.

Sexto censo general de población de los Estados Unidos Mexicanos. Población municipal, México, Secretaría de Economía Nacional-Dirección General de Estadística, 1942.

En línea

Anna Cecilia Rodríguez de Romo y Martha Eugenia Rodríguez Pérez, *Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX*, <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/?lang=es#.Consultado> el 3 de marzo de 2023.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México, Departamento de Salubridad Pública, 27 de mayo de 1926, pp. 367-391. Versión Online:

<http://cdam.unsis.edu.mx/files/Servicios%20publicos%20municipales/4%20Mercados/Codigo%20Sanitario%20de%20los%20Estados%20Unidos%20Mexicanos.pdf>. Consultado el 19 de diciembre de 2022.

Dayana Lucía Lizcano Herrera, *Lepra, lazareto y leprosos: memorias de una enfermedad olvidada*, file:///C:/Users/Ivan_/Downloads/Dialnet-LepraLazaretoYLeptosos-5894338.pdf. Consultado el 20 de noviembre de 2022.

Diccionario de la lengua española, España, Real Academia Española, 2017, p. 6952. Puede consultarse también en sitio en línea: <https://dle.rae.es/poder>. Consultado el 10 de noviembre de 2022.

Farge Collazos, "El estado de bienestar", p. 45, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25913121005> (Consultado el 15 septiembre de 2022). Arturo Fierros Hernández, "Concepto e historia de la salud pública en México siglo XVIII a XX", *Gaceta Médica de México*, 2014, p.197. Versión online: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf. Consultado el 12 de noviembre de 2022.

file:///C:/Users/Ivan_/Downloads/13127641.pdf. Consultado el 12 de junio de 2023.

file:///C:/Users/Ivan_/Downloads/355670603-Tacos-Joven.pdf. Consultado el 10 de noviembre de 2022.

https://books.google.com.mx/books/about/Mi_lucha.html?id=68vGCwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=hp_read_button&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Consultado el 20 de marzo de 2023.

<https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/fotografia%3A17719>. Consultado el 23 de junio de 2023.

https://www.cenapred.unam.mx/es/documentosWeb/Tertulias/Presentacion_Ing_Maria_Ydirin.pdf. Consultado el 28 de noviembre de 2022.

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13033516>. Consultado el 2 de diciembre de 2022.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bviniegi/productos/historicos/1329/702825411756/702825411756_1.pdf, consultado el 20 de noviembre del 2022.

https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/TUBERCULOSIS_DOC/Materiales_educativos_TB/rotafolio_TB.pdf. Consultado el 1 de diciembre de 2022.

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/hfzR3gPFzFGwNN5Xfk39g5w/#:~:text=Durante%20el%20porfiriato%2C%20la%20poblaci%C3%B3n,las%20del%20golfo%2C%20pero%20en>. Consultado el 28 de noviembre de 2022.

https://www.seipweb.es/wpcontent/uploads/2019/01/La_Peste_Leticia_Martinez.pdf. Consultado el 26 de noviembre de 2022.

Marcelo González Tachiquín, *El estudio de las políticas públicas: un acercamiento a la disciplina*, p. 109. Versión online: <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/qdiuris/cont/2/cnt/cnt6.pdf>. Consultado el 16 de diciembre de 2022.

Miguel Rodríguez Arrastia, Carolina Moreno Castro y Carmen Roper Padilla, *Estudio de las noticias publicadas en la prensa del éxodo de enfermedades españolas al Reino Unido*, <https://www.scielosp.org/pdf/gS/2019.v33n5/450-454/es>. Consultado el 3 de diciembre de 2022.

Plan sexenal del gobierno de Lázaro Cárdenas, <https://www.memoriapoliticademexico.org/Textos/6Revolucion/1933PSE.html>. Consultado el 4 de julio de 2022.

<http://web.mit.edu/allanmc/www/foucault1.pdf>. Consultado el 19 de octubre de 2022.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality#:~:text=Las%20muertes%20en%20los%20primeros,los%20primeros%20d%C3%ADas%20de%20vida>. Consultado el 25 de noviembre de 2023.

<https://aureocalico.bidinside.com/es/cat/196/0/ciudad-real/4/>. Consultado el 12 de octubre de 2023

