

LA ATENCIÓN MÉDICA INFANTIL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Discursos, imaginarios e instituciones

1861-1943

Mercedes Alanís



**LA ATENCIÓN MÉDICA INFANTIL EN LA
CIUDAD DE MÉXICO**

Discursos, imaginarios e instituciones 1861-1943



Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Medicina



CONSEJO
EDITORIAL

Este libro fue impreso con recursos del Fondo PRODEP 2015

LA ATENCIÓN MÉDICA INFANTIL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Discursos, imaginarios e instituciones 1861-1943



Mercedes Alanís



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Pachuca de Soto, Hidalgo, México

2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Octavio Castillo Acosta
Rector

Julio César Leines Medécigo
Secretario General

Marco Antonio Alfaro Morales
Coordinador de la División de Extensión de la Cultura

Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
Directora del Instituto de Ciencias de la Salud

Fondo Editorial

Asael Ortiz Lazcano
Director de Ediciones y Publicaciones

Joselito Medina Marín
Subdirector de Ediciones y Publicaciones

Primera edición electrónica: 2022

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Abasolo 600, Col. Centro, Pachuca de Soto, Hidalgo, México, C.P. 42000
Dirección electrónica: editor@uaeh.edu.mx

El contenido y el tratamiento de los trabajos que componen este libro son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ISBN: 978-607-482-737-8

Esta obra está autorizada bajo la licencia internacional Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada (by-nc-nd) No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas. Para ver una copia de la licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.



Hecho en México/Printed in México

Índice

| | |
|--|-----------|
| Prólogo | 9 |
| Introducción | 15 |
| ACERCA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN MÉDICA INFANTIL EN EL MÉXICO POSREVOLUCIONARIO | |
| ACERCA DEL “SIGLO DE LA INFANCIA” | 17 |
| LA ATENCIÓN MÉDICA INFANTIL EN MÉXICO | 20 |
| ESTADO DE LA CUESTIÓN | 26 |
| La historiografía y la salud materna e infantil | 30 |
| FUENTES DOCUMENTALES | 35 |
| ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN | 37 |
| | |
| Capítulo I. Los primeros pasos | 41 |
| EL CRECIENTE INTERÉS POR LA NIÑEZ EN EL MUNDO ILUSTRADO | 42 |
| LOS MÉDICOS Y LA ATENCIÓN MATERNA E INFANTIL EN EL SIGLO XIX | 47 |
| La medicina científica y la higiene infantil | 53 |
| Los inicios de la puericultura y la pediatría | 55 |
| La atención materna e infantil en México en el siglo XIX | 58 |
| LOS MÉDICOS Y LA ATENCIÓN MATERNA E INFANTIL EN EL SIGLO XX | 64 |
| LA ATENCIÓN MATERNA E INFANTIL EN MÉXICO EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX | 67 |
| Cambios en las directrices de salud | 68 |
| Los gobiernos posrevolucionarios y la atención infantil | 73 |
| | |
| Capítulo II. “Servir al niño es hacer patria”. Médicos y enfermeras, los guías de la salud infantil | 83 |
| LOS FOROS DE DISCUSIÓN | 84 |
| Los foros mexicanos 1920-1923 | 87 |
| Los foros en México en la década de 1930 | 102 |

| | |
|--|------------|
| LOS MÉDICOS | 104 |
| Los personajes | 107 |
| Los espacios donde confluyeron los médicos | 114 |
| LAS ENFERMERAS VISITADORAS | 116 |
| Capítulo III. La atención médica infantil. | |
| Discursos e imaginarios médicos en torno a la infancia | 131 |
| EL DISCURSO EUGENÉSICO | 132 |
| LOS DISCURSOS MÉDICOS EN TORNO A LA INFANCIA | 140 |
| Bajo la tutela médica | 141 |
| “La ignorancia de las madres” | 143 |
| LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN | 145 |
| Las imágenes del niño sano | 146 |
| Los escritos dirigidos a las madres | 155 |
| DE LA ESCUELA AL HOGAR | 164 |
| El Servicio de Higiene Escolar | 167 |
| Capítulo IV. La institucionalización de la atención médica infantil | 175 |
| LOS CENTROS DE HIGIENE INFANTIL | 176 |
| El problema de la sífilis | 188 |
| Diversas actividades en los Centros de Higiene Infantil | 191 |
| ESTADÍSTICAS SOBRE LA MORTALIDAD EN MÉXICO | 195 |
| La mortalidad infantil | 200 |
| LA JUNTA FEDERAL DE PROTECCIÓN DE LA INFANCIA | 213 |
| LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA | 215 |
| Las funciones de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia | 225 |
| LAS ESPECIALIZACIONES MÉDICAS: EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO | 231 |
| Consideraciones finales | 241 |
| Bibliografía | 246 |

Índice de imágenes, gráficas y mapas

Imágenes

- Imagen 1 “Dr. Gabriel Malda e invitados de honor en un Lunch-Champagne...”
- Imagen 2 “El C. Presidente del Departamento, Dr. Gabriel Malda leyendo su discurso...”
- Imagen 3 “Pabellón dedicado al Registro Civil en la exposición...”
- Imagen 4 “Aspecto de la procesión infantil”
- Imagen 5 “Niños asistentes”
- Imagen 6 “Damas y niños en la exposición”
- Imagen 7 “Enfermera visitadora, Veracruz, Veracruz”
- Imagen 8 “Cartel”
- Imagen 9 “El nuevo tipo de propaganda”
- Imagen 10 “Se hizo un cartel mural”
- Imagen 11 “Nutrex”
- Imagen 12 “Pabulum/Pabena”
- Imagen 13 “Vigantol”
- Imagen 14 “Los consejos del médico”
- Imagen 15 “El registro del niño”
- Imagen 16 “Nunca se dará a los niños”
- Imagen 17 “El paseo diario de los niños”
- Imagen 18 “En el niño está el porvenir de la patria”
- Imagen 19 “Centro de Higiene Infantil”
- Imagen 20 “Clínica de Higiene Infantil”
- Imagen 21 “El Director de la Revista Mexicana de Puericultura”

Gráficas

- Gráfica 1 “Población total de México”
- Gráfica 2 “Tasa de crecimiento poblacional”
- Gráfica 3 “Población total por rango de edad”
- Gráfica 4 “Población por quinquenios de edad”
- Gráfica 5 “Nacimiento y defunciones”
- Gráfica 6 “Tasa de natalidad y mortalidad infantil”
- Gráfica 7 “Evolución de enfermedades causantes de muerte”
- Gráfica 8 “Tasa de mortalidad infantil”
- Gráfica 9 “Tasa de mortalidad infantil”
- Gráfica 10 “Defunciones de menores de un año”
- Gráfica 11 “Defunciones de menores de un año”

Mapas

- Mapa 1 “Mapa del Distrito Federal en 1930”

Prólogo



La salud de los niños es un tema que ha adquirido una dimensión especial a partir del siglo XIX a raíz de que la propia persona del niño toma una presencia histórica que antes nunca había tenido. El niño se hace sujeto de la historia y por ende de atención dirigida a él ex profeso en lo tocante al cuidado de su salud. La atención médica infantil en la Ciudad de México. Discursos, imaginarios e instituciones 1861 – 1943, que nos ofrece Mercedes Alanís, narra y analiza precisamente las preocupaciones y modalidades que ha tenido la atención de la salud de los niños en México en esta época de nacimiento y florecimiento de la atención materno infantil, la puericultura y la pediatría.

Puede sonar extraña la afirmación de que el niño, o mejor dicho la niñez, no fuera sujeto de la historia antes del siglo XIX, ya que es obvio que siempre han existido niños y que siempre han sido objeto de cuidados por parte de sus familias, nucleares o extensas según el caso. Sin embargo, esta aseveración solo toma cuerpo al considerarse que la atención médica de los niños enfermos, la vigilancia y prescripción de normas higiénicas y dietéticas para los niños sanos y la posibilidad de prevenir algunas de sus enfermedades mediante actos médicos, como es el caso de la vacunación, trajeron como consecuencia una disminución significativa de la mortalidad infantil y la apertura de un nuevo espacio social y de expectativas a corto, mediano y largo plazo de esa niñez que dejaba de ser objeto de llanto y esperanza para una familia que le perdía en este mundo y se aferraba a creer que en un más allá le recuperaría. Medicalización del cuidado del niño es el concepto que engloba a toda esta gama de posibilidades y acciones.

Una transformación radical del concepto de enfermedad y sus mecanismos de presentación, evolución y desenlace está en la base de los cambios que modifican sustancialmente la atención médica a lo largo del siglo XIX. La lesión orgánica es lo que se debe detectar y tratar, en tanto paulatinamente toma cuerpo la representación de la enfermedad también como

alteración funcional y la necesidad lógica de extirpar lesiones o reconstruir órganos y tejidos lesionados. Encontrar medicamentos con acciones explicables sobre situaciones fisiológicas que antes no se conocían también da lugar a una nueva farmacología y a una medicina derivada del estudio experimental. La aparición de los microbios en el panorama científico y la explicación que se da a las enfermedades infecciosas es otro de los factores fundamentales que incidieron en la estructura misma del saber médico. Por otra parte, el giro que se da al manejo de enfermedades epidémicas y de los males endémicos que diezaban poblaciones conduce paso a paso al desarrollo y establecimiento de la higiene privada y pública, la cual dará pie a los criterios de salud pública, nacidos a fines del siglo XIX y dotados de una evolución que les hace vigentes en la actualidad.

Esta realidad del progreso del pensamiento médico y del increíble aumento de sus posibilidades terapéuticas se encuentra en el meollo de los discursos que analiza la autora en su libro. ¿Qué es lo que constituye el fondo y la esencia de lo que dicen los médicos y las autoridades sanitarias en sus textos y declaraciones públicas? ¿En qué sustentan su autoridad para diagnosticar e imponer tratamientos o prácticas higiénicas? El recorrido que presenta, conduciéndonos a través de ocho décadas, en las que destaca los elementos formales que han caracterizado el pensamiento y el discurso médico, con sus cambios muchas veces radicales, permite darse cuenta de una realidad que habitualmente se da por sobrentendida. El niño, que antes era objeto de la caridad y de una atención médica dotada de pocos recursos, es sujeto de cuidado beneficente, con una responsabilidad sustentada por el Estado y llevada a cabo por un médico que, disponiendo cada vez de más recursos profesionales, traduce el beneficio que ofrece no limitándolo a su presencia y a tratar de actuar en bien del enfermo sino acrecentándolo mediante la eficacia de sus acciones. Éstas fueron décadas cruciales para el nacimiento y consolidación de una especialidad médica: la pediatría. En 1861 nace, en parto difícil, el Hospital de Maternidad e Infancia; en 1943 es fundado bajo los mejores augurios y auspicios el Hospital Infantil que ahora lleva el nombre de Federico Gómez, su fundador. El discurso oficial varía del reconocimiento de una necesidad imperativa y de un primer intento para atenderla, a la afirmación radical de que se inaugura un hospital de especialidad y dotado de todo lo que la ciencia médica del momento podía ofrecer. Común denominador de este discurso medicalizante es el reconocimiento de el único medio de lograr abatir la mortalidad infantil y garantizar razonablemente el desarrollo de

niños saludables es recurrir a todos y cada uno de los saberes de la ciencia médica. Fe en la ciencia. El discurso entraña la construcción y expresión de un imaginario, pero, tampoco se detiene allí, sino explora el paso a la acción, siempre benéfica y siempre con el ser humano y su desarrollo biológico y social como centro de su interés.

La contraparte fundamental de esta vertiente biomédica es la dimensión social del discurso. El niño saludable se convierte en un indicador relevante de salud social. Si se considera que al momento de la Revolución Francesa la mortalidad de los niños, en particular durante el primer año de vida y en casi igual medida hasta los seis o siete años, se medía en porcentajes que sobrepasaban, a veces con mucho, la mitad de las criaturas nacidas vivas y que hoy en día es escandalizante que haya lugares en este planeta en que esa misma mortalidad ascienda a más de treinta por mil, se puede entender al abismo existente entre las expectativas sociales de entonces y las de ahora. Socialmente el niño se convierte en imagen de esperanza, factible, de llegar a ser un adulto sano y productivo. El Estado, autodefinido como socialmente comprometido durante el período estudiado, responde estructurando un discurso en el que asume su responsabilidad de promover acciones en salud conducentes al desarrollo social, como es esta de fomentar el desarrollo de niños sanos, así como la obligación de proveer de fondos suficientes para su funcionamiento a las instituciones destinadas a la atención de la salud, las cuales son priorizadas a lo largo del período.

Medicalización versus administración, es uno de los rubros cubiertos. Otro es el del desplazamiento de otros profesionales de la atención de la salud, como son las parteras, por el médico que se apropia de la atención del parto distócico primero, de todos después, bajo el argumento de que se podría evitar problemas en el desarrollo de los niños a raíz de una atención técnicamente más calificada. Quedando los médicos y las enfermeras como los guías de la salud.

No quiero dejar de insistir en la atención prestada por la autora a la descripción del imaginario que a lo largo del período en el cual estudia al niño y la atención de la salud construyen los diversos actores sociales. ¿Qué expectativas se hacían? ¿Entendían lo mismo unos y otros? ¿Cuáles eran sus diferentes miradas? Se pasa del terreno del análisis del discurso al de la interpretación a la hermenéutica, lo que otorga una riqueza especial a la obra. La historia, tal y como se construye en la actualidad, debe reunir el rescate de hechos y materiales, en este caso documentos e interpretaciones

escritas, debe analizarlos en el contexto en el cual fueron generados y en el de su impacto posterior, pero además, en este caso, se suma el enriquecimiento proveniente de una visión interpretativa de una historia que se teje en una evolución de casi un siglo, en la que sus actores impulsan ideas y propuestas, construyen instituciones, crean conocimiento y enmarcan en la realidad social a este nuevo sujeto, el niño mexicano, que se ha visto grandemente beneficiado por lo que aquí se narra.

Esta obra llena un hueco en la historiografía médica mexicana, al llevar a cabo la vinculación entre lo que se hizo en dos épocas aparentemente distantes en sus afanes y criterios y desarrollar un análisis profundo de la realidad social, de lo que se pensó, se dijo, se creyó e imaginó y se llevó al acto en el terreno de la atención del niño mexicano durante el período de 1861 a 1943, crucial para entender los cambios del concepto social que entraña la niñez en el marco de la atención de su salud.

Carlos Viesca Treviño

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina

Facultad de Medicina

Universidad Nacional Autónoma de México

Conocer la historia de los niños es una de esas deudas que el historiador actual tiene ante los sectores sociales marginales del pasado, los que no han sido protagonistas o han permanecido a la sombra de los grandes acontecimientos.

Fe Bajo y José Luis Betrán

Introducción



ACERCA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN MÉDICA INFANTIL EN EL MÉXICO POSREVOLUCIONARIO

En el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se señala que “en los años treinta del siglo pasado, uno de cada cinco niños mexicanos moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de las mujeres adultas fallecía antes de los 35 años de edad. Hoy 97% de los recién nacidos alcanza su primer año de vida y la mayoría de las mujeres puede llegar a vivir casi 80 años”.¹ Líneas más adelante se resalta que:

Hoy la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad en México es más de seis veces menor que la probabilidad que había en 1950. Sólo en la última década la mortalidad infantil disminuyó más de 30%, para alcanzar cifras de 18.8 por 1,000 menores de 1 año en 2005. Entre los factores asociados a la reducción en la mortalidad infantil destacan la mejor educación de las madres, la creciente disponibilidad intra-domiciliaria de aguas, las altas tasas de vacunación, una mejor nutrición, un mejor control de vectores y un mejor acceso a atención médica oportuna y de calidad, sobre todo a servicios que modifican el curso de las infecciones respiratorias y las diarreas.²

Finalmente, el *Programa* asegura que a diferencia de las afecciones que padecían los menores de un año décadas atrás, en los últimos años “la concentración de más de la mitad de las muertes infantiles en el primer mes de vida [...] se deben a enfermedades congénitas y perinatales. Estos padecimientos le están generando un nuevo reto a nuestro sistema de salud porque requieren de una atención del embarazo y el parto con mayor

¹ Secretaría, *Programa*, 2007, p. 23.

² *Ibid.*, p. 25.

tecnología y del fortalecimiento de las estrategias de prevención de defectos al nacimiento”.³

Una primera lectura al citado *Programa Nacional de Salud 2007-2012* pareciera que tuviera poco que aportar a un historiador interesado en indagar en épocas pasadas. Sin embargo, si releemos su contenido nos podremos percatar de que ofrece un amplio abanico de posibilidades para formular preguntas acerca de nuestra sociedad actual y los problemas y los retos en materia de salud. Y es precisamente a partir de esas inquietudes que podemos mirar hacia el pasado en búsqueda —si no de respuestas absolutas— por lo menos de huellas que nos permitan conocer con cierto detenimiento cuáles fueron los caminos que se recorrieron para que hoy en día se pueda afirmar que en México se ha dado una considerable disminución en la mortalidad y morbilidad infantiles.

Si bien estadísticamente un recién nacido en el Distrito Federal tiene en la actualidad mayores posibilidades de sobrevivir durante el primer año de vida que uno de hace 80 años, el ideal de que todos los recién nacidos tengan acceso a un “sistema de salud integrado y universal” está aún lejos de cumplirse, ya que sigue existiendo una gran desigualdad económica y social entre la población, aunado a que el sistema de salud aún no tiene la capacidad de atender por igual a toda la población, sobre todo en las áreas rurales. De hecho, a pesar de que la atención médica materna e infantil forma parte de un discurso ampliamente propagado y en años recientes se han impulsado programas de acción como “Arranque Parejo en la Vida”, para la Secretaría de Salud es “deseable” que esa meta se pueda alcanzar hacia el año 2030.⁴

Este escenario que plantea la Secretaría de Salud conlleva la existencia de un proceso histórico que marchó por un rumbo determinado y nos lleva en un primer momento a formularnos cuestiones como ¿por qué

³ *Ibid.*, pp. 25-26.

⁴ *Ibid.*, p. 77. *El Programa Nacional de Salud 2001-2006* respondió en buena medida a las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud. Para implementar acciones tendientes a mejorar la equidad en la salud estableció “como una de sus estrategias sustantivas, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, cuyo propósito es lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad, contribuyendo así a una auténtica igualdad de oportunidades”. Secretaría, *Programa*, 2002, p. 14.

en 1930 moría uno de cada cinco niños antes de cumplir un año de vida?, ¿por qué se subraya la educación de las madres como un factor importante en la disminución de la mortalidad infantil?, ¿por qué la Secretaría de Salud considera que sus retos ya no son los problemas “del siglo pasado,” sino la atención médica con mayor tecnología y la prevención de defectos relacionados con problemas del nacimiento? Sin duda porque el impulso del quehacer médico no es estático, sino que responde a las particularidades propias de cada época y lo que en otro tiempo fue un obstáculo por vencer no lo es más hoy en día.

Entonces resta preguntar ¿cuáles fueron las particularidades de ese “siglo pasado” que a primera vista pareciera tan distante de nuestra realidad? Y a pesar de parecer tan distante hay cuestiones que permanecen vigentes, como el interés de las autoridades de salud en reducir el número de muertes en menores de dos años. En el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* siguen considerándose como factores para reducir la mortalidad infantil: la educación de las madres, la vacunación y la alimentación de los niños, además de la atención médica y el tratamiento hacia las infecciones respiratorias y estomacales. La atención médica infantil sigue enfocando parte de sus esfuerzos en las mujeres embarazadas y en los niños desde antes de su nacimiento y en sus primeros dos años de vida, como evidencia el programa “Arranque parejo en la vida”, pues se consideran grupos sumamente vulnerables a la enfermedad que los puede llevar incluso hasta la muerte. Subrayamos esta idea pues, si bien la atención médica infantil abarca hoy en día a la población de cero a catorce años,⁵ una parte significativa de los programas asistenciales se ha enfocado en las mujeres embarazadas y los niños menores de dos años, tal como sucedió en buena parte del siglo xx, según se desarrollará a lo largo del presente escrito.

ACERCA DEL “SIGLO DE LA INFANCIA”

Coincidimos con la idea de Fe Bajo y José Luis Betrán, quienes han señalado que “conocer la historia de los niños es una de esas deudas que el historiador actual tiene ante los sectores sociales marginales del pasado, los que no han sido protagonistas o han permanecido a la sombra de los

⁵ En el *Programa Nacional de Salud* se señalan los grupos de edad, de los cuales los dos primeros corresponden a la población infantil, siendo el primero de cero a cuatro años y el segundo de cinco a catorce años. Ver Secretaría, *Programa*, 2007, pp. 24-26.

grandes acontecimientos”.⁶ Y es que, efectivamente, aunque al volver la mirada al pasado se pueden encontrar casos en que los niños aparecen como sujetos, como actores de su realidad,⁷ también encontramos la otra cara de la moneda, en la que “los niños, seres concretos y diferentes entre sí, han sido marcados por las circunstancias de su entorno y por los valores de su época”.⁸ Lo cual no quiere decir que una visión deba prevalecer sobre la otra; más bien se trata de distintos enfoques con los que se puede estudiar a la niñez.

Así, la presente investigación es una historia que se suma a aquellas que abordan el siglo xx, “el siglo de la infancia” o “el siglo del niño”,⁹ aquel en que se conformó un cambio de mentalidad respecto al niño como fruto de la aportación de diversas corrientes científicas, como la pedagogía, la higiene, la medicina, la psicología, la biología, la eugenesia, la psiquiatría y la sociología. Disciplinas que, con diversos enfoques, se acercaron a los niños como sujetos con características propias y que por lo tanto necesitaban un trato específico. Corrientes que impulsaron que gobiernos de distintos países europeos y del continente americano incrementaran su interés en proteger a la infancia en diversos ámbitos, por lo que formaron comisiones de estudio científico, propusieron reformas legislativas y promovieron la creación de nuevos establecimientos, a la vez que se mejoraron aquellos que atendían a los infantes o que los normaban.

⁶ Bajo y Betrán, *Breve*, 1998, p. 12.

⁷ Sosenski, “Diversiones”, 2006; Sánchez y Salazar, *Niños*, 2006; Salazar y Sánchez, *Niños*, 2008; Sosenski, “Remedio”, 2008; Sosenski, *Niños*, 2010.

⁸ Bajo y Betrán, *Breve*, 1998, p. 12.

⁹ Véase Borrás, *Historia*, 1996, Bajo y Betrán, *Breve*, 1998 y Delgado, *Historia*, 2000.

Cabe mencionar que la escritora sueca Ellen Key (1849-1926), publicó en 1900 su obra *El siglo de los niños*. Key fue una mujer que destacó en su tiempo por sus ideas, seminarios y escritos acerca de la educación, la libertad personal y el desarrollo personal del individuo. Fue influenciada por las ideas de Goethe y Rousseau sobre la educación y dio gran importancia a la vida del niño, quien debía gozar de libertad en la educación para que llegara a ser libre e independiente. Temas que desarrolló en varios de sus escritos, pero el que destacó más fue precisamente *El siglo de los niños*. El título acuñado por la autora fue inspirado en un diálogo de la novela *Los derechos maternos* de Helene Böhlau escrito en las postrimerías del siglo xix: “...el siglo futuro será el siglo de los niños, así como el nuestro fue el de la mujer. Cuando los hijos hayan obtenido todos sus derechos, la moralidad será perfecta...” Citado en Key, *Siglo*, 1906, t. II, pp. 46-47.

En suma, se trató de un siglo en el que cristalizaron numerosas campañas a favor de la niñez, acciones educativas y congresos abanderados por sociedades protectoras del niño, que lograron poner en el centro de amplias y diversas discusiones el tema de la infancia.¹⁰ Fue el siglo en que aumentó tanto el clamor a favor de los derechos de la infancia como la condena de los daños que se le ocasionaban. Aunque no se debe dejar de lado, como señala Delgado, que “la creciente atención a la historia del niño es el resultado de un largo proceso, paralelo al interés por la historia de la familia y sus relaciones con el recién nacido, los cuidados que se le han dispensado, el modo de criarlo, de educarlo, de vestirlo, de curarlo”.¹¹

Este proceso se vivió en diversos países, por lo que se puede afirmar que el caso mexicano se situó dentro de las tendencias europeas y latinoamericanas en las que se pueden ubicar durante las primeras décadas del siglo xx afinidades en las políticas de atención a la niñez, interesadas en mejorar sus condiciones de vida.

Durante las primeras décadas del siglo xx, los debates internacionales introducían una incipiente noción sobre los niños como sujetos de derecho; en un comienzo ese derecho era el de recibir la protección de instituciones públicas y privadas, contra la explotación laboral y para la obtención de mejores condiciones de salud [...] la legislación latinoamericana [...] insistía en la necesidad de proteger a los niños que se encontraban en situación irregular y de adoptar medidas de bienestar social —evidentemente de corte proteccionista—, como la formación de instituciones de salud, donde se atendiera la infancia enferma y vulnerable y además, las madres fueran educadas sobre la manera adecuada de cuidar a sus hijos [...]

Ese era tal vez el sentido de congresos internacionales como los de 1905 y 1912 de Bruselas sobre los problemas de la alimentación de la niñez y de protección a la infancia, las convenciones sobre la edad mínima para trabajar de la OIT, la creación del Comité de Protección a la Infancia en 1919 y, particularmente, la Primera Declaración de los Derechos del Niño de 1924 de las Naciones Unidas.¹²

¹⁰ Delgado, *Historia*, 2000.

¹¹ *Ibid.*, p. 10.

¹² Romero, “Siglo”, 2007, pp. 617-618. Véase también Hecht, *Minor*, 2002 y Rodríguez Jiménez, “Pediatria”, 2007.

De los diferentes aspectos de la protección a la infancia nos interesa adentrarnos en el que se refiere a la mejora en las condiciones de salud infantil que —como señala Susana Romero— involucraron a las madres y a sus hijos. Esto implicó dos cuestiones que se abordarán con detalle a lo largo de estas páginas. La primera fue la formación y consolidación de instituciones que atendieran a la niñez “enferma” y “vulnerable”, y la segunda fue la “educación” de las madres para atender adecuadamente a sus hijos, cuestión que implicó la elaboración de un discurso complejo al respecto y la puesta en marcha de diversas acciones para intentar llevar este discurso a la realidad. Así, el caso de la atención médica infantil en el México posrevolucionario se inserta en el “proceso de construcción de un «Estado de bienestar» en América Latina” como señala Romero, pues la preocupación de las autoridades por las altas tasas de mortalidad infantil en los distintos países latinoamericanos, aunada a

[...] la participación mayoritaria de médicos en los foros y encuentros sobre los problemas de la infancia, incidió en que las primeras disposiciones legales sobre protección a la infancia, adoptadas durante las décadas de los años 30 y 40, establecieran la creación de instituciones cuyo objetivo formal era la protección a la infancia, en asuntos como salud, alimentación y custodia de los menores.¹³

En este sentido las acciones que conformaron los primeros pasos de la institucionalización en la atención médica infantil en el México posrevolucionario respondieron en gran medida a la tendencia de protección a la infancia de la época y los médicos se volvieron un grupo de profesionistas vital para el impulso y consolidación de esta institucionalización.

LA ATENCIÓN MÉDICA INFANTIL EN MÉXICO

Con el triunfo de Álvaro Obregón en 1920 y su arribo a la presidencia, se puede decir que “el régimen que surgió de la Revolución Mexicana comenzaba a fortalecerse, a buscar una nueva hegemonía revolucionaria [...] el lema de ese entonces era «la reconstrucción». Por un lado, esto implicaba la reconstrucción y el desarrollo económico, por otro lado, la re-

¹³ Romero, “Siglo”, 2007, p. 618.

construcción de un régimen político viable, centralizado y estable”.¹⁴ Parte de esta reconstrucción, como señala Alan Knight, se caracterizó porque constituyó en sí

La construcción de un nuevo régimen, un gobierno popular, populista [...] Durante casi una generación, entre 1920 y 1940, el estado —y su acérrimo enemigo, la iglesia católica— pugnaron para establecer su hegemonía sobre las bases populares y, al mismo tiempo para reformar el pueblo y la cultura popular. El régimen revolucionario que asumió esta tarea [...] quería “racionalizar y nacionalizar” un pueblo aldeano y ocioso, levantisco y supersticioso.¹⁵

Es precisamente en ese contexto de reconstrucción nacional en el que ubicamos el impulso en la atención médica infantil como parte de los esfuerzos gubernamentales por mejorar las condiciones de vida de su población y “racionalizar” a una población que se guiaba en buena medida por la superstición y una cultura popular. En este sentido es que Knight apunta que —por citar un caso— “el proyecto educacional intentaba fomentar el nacionalismo, la alfabetización, la ciudadanía, la sobriedad, la industria personal, la higiene, la productividad”. A lo que nosotros añadimos que si bien el sistema educativo fue uno de los pilares a partir del cual se impulsaron los ideales arriba citados, el sistema de salubridad constituyó otro de los pilares que promovió los mismos ideales. Así, coincidimos con el autor en que “la educación, la retórica, el arte, el periodismo y, pronto, la radio, se usarían para crear un «nuevo hombre»; y no menos importante, una «nueva mujer», un «nuevo niño», porque la «patria serán en lo futuro lo que la escuela haya podido hacer con los niños»”.¹⁶ Así, las instituciones de educación y salud fueron claves para moldear a ese “nuevo hombre” y en el caso de la presente investigación se verá que llegaron a unir sus esfuerzos y trabajaron en conjunto en la construcción de ese “nuevo niño”.

¹⁴ Knight, “Estado”, 1996, p. 297. Entendiendo por etapa de reconstrucción o reconstrucción nacional el periodo que empezó en 1920 con el inicio del régimen de Álvaro Obregón en el que se sentaron definitivamente las bases del sistema político mexicano actual. Ver Meyer, *México*, 1968, p. 151.

¹⁵ *Ibid.*, p. 298.

¹⁶ *Ibid.*, p. 299.

De acuerdo con Knight, procesos como la urbanización y la recuperación económica de los años treinta incidieron en la formación de los nuevos ciudadanos, aunque no se completaron las metas que las autoridades se plantearon; pues se trató de un proceso complejo que duró más allá de una o dos décadas. Concordamos con la afirmación de que “crear un nuevo hombre, una nueva familia, un nuevo México” no se alcanzó ni en la década los años veinte ni en la de los años treinta, pero en el caso de la atención médica infantil fue una época que sí marcó el inicio de una tendencia de mayor interés, que sin duda influyó sustancialmente en el devenir de diversos sectores de la sociedad, o en palabras de Knight “dejó otro hilo importante en el rico tapiz de la historia de México”.¹⁷

Se trató de una época en que se difundieron ampliamente hábitos higiénicos en buena parte de la población y se puso especial atención en las condiciones de los infantes, etapa clave para moldear a los futuros ciudadanos. Se consideró que si no se mejoraban las condiciones de salud desde la niñez, la población en la edad adulta reflejaría los problemas no atendidos y menguarían el ideal que las autoridades gubernamentales estaban conformando acerca de una población vigorosa, productiva y longeva. Durante las décadas de 1920 y 1940 se articularon diversas acciones para moldear a los nuevos ciudadanos desde distintas trincheras; fue una época en que se llevó a cabo “una verdadera cruzada de conversión”, gracias a las diversas brigadas que se desplegaron —ya fueran sanitarias o de acción social— y las campañas antialcohólica, contra la vagancia, la mendicidad, los juegos de azar, antivenérea, higiénica, de la madre o del niño, por mencionar algunas.¹⁸ En este contexto, el imaginario del niño ideal —aquel en que la buena salud era un elemento vital— pareciera a simple vista que repercutió por igual en toda la población, pero como se verá a lo largo de estas páginas, se trató más bien de una serie de discursos y prácticas de salud infantil cuya aceptación se diferenció entre dos amplios sectores de la sociedad: las clases medias y altas y los sectores populares.

Discursos que moldearon la imagen de un niño ideal que necesitaba de cuidados y protección de los adultos, un niño sano, robusto y feliz al

¹⁷ *Ibid.*, p. 323.

¹⁸ Ver Knight, “Estado”, 1996, pp. 304-305. Claudia Agostoni se ha vuelto una referencia indispensable en este tema al estudiar el funcionamiento y alcances de varias campañas de salud que se llevaron a cabo en esta época en diversas regiones del país. Ver Agostoni, “Mensajeras”, 2007; Agostoni, “Historia”, 2008; Agostoni, “Entre”, 2009.

que aspiraban las clases medias y acomodadas, pero que contrastaba con los niños de los amplios sectores populares que más bien vivían en un entorno de carencias. Y fueron precisamente esos niños los que se colocaron en la mira de amplios sectores de la sociedad, en el centro de álgidas discusiones, sirvieron sin saberlo como bandera de propuestas, de políticas, de cambios y fueron receptores de distintas políticas de salud. En suma fueron sin saberlo ni proponérselo, protagonistas de la reconstrucción de una sociedad y el punto de anclaje para lograr futuros trabajadores sanos y por lo tanto convertirse en padres de nuevas generaciones sanas.

Subrayamos esta idea, ya que en el caso de la atención médica —ya sea de niños o de adultos— tanto en tiempos lejanos o cercanos, poco se sabe acerca de esos “seres concretos y diferentes entre sí”, de sus propias voces, en comparación con las ideas, valores y acciones que diversas autoridades entretujan alrededor de las personas y que por supuesto inciden en su realidad. Más aún en el caso de los niños que durante los primeros años de sus vidas aún no han articulado un lenguaje verbal. Por lo tanto, en estas páginas se seguirá el estudio de algunos de los discursos e imaginarios que las autoridades y médicos elaboraron alrededor de la figura del niño, “un ser a la vez real e imaginado”,¹⁹ con miras a que en el futuro reflejara los logros que se habían conseguido al ser un individuo sano y productivo.

Es así que consideramos que el estudio de los discursos y acciones médicas que cristalizaron en la institucionalización y generalización de normas, reglas y preceptos a favor de la infancia mexicana —respaldados en todo momento por las autoridades sanitarias y en última instancia impulsadas por los diversos gobiernos emanados de la Revolución mexicana— permitirá comprender un poco más acerca de la sociedad de aquella época. Es decir, posibilitará conocer qué se entendía por niñez en esa etapa de reconstrucción nacional, por qué se destinó presupuesto, recursos materiales y humanos que guiaron una serie de ideas que se materializaron en propaganda, campañas, reglamentos, legislaciones, edificios y servicios de salud orientados a favorecer la salud de los menores.

Así, la presente investigación tiene como objeto dar cuenta de una parte del amplio y complejo proceso de institucionalización de la atención médica infantil en nuestro país, específicamente en la ciudad de México entre los años de 1920 y 1943, aunque se tomarán en cuenta la confor-

¹⁹ Bajo y Betrán, *Breve*, 1998, p. 14.

mación de diversos discursos médicos desde las últimas décadas del siglo XIX. Consideramos que en este periodo se pueden reconstruir cuáles fueron las acciones que las autoridades gubernamentales implementaron para establecer, consolidar y ampliar acciones a favor de la infancia. Estas acciones fueron numerosas y se pueden apreciar desde distintas ópticas,²⁰ pero en este caso se acotará el estudio a las acciones que se implementaron principalmente por el Departamento de Salubridad Pública y la posterior Secretaría de Asistencia Pública desde 1920 hasta los primeros años de la década de 1940 con los gobiernos instaurados una vez que se dio por concluida la lucha armada revolucionaria y comenzó el periodo de reconstrucción nacional.

Partimos del supuesto de que las acciones que se comenzaron a implementar durante el gobierno de Álvaro Obregón, pasando por los de Plutarco Elías Calles, Emilio Portes Gil, Pascual Ortiz Rubio, Abelardo Rodríguez, Lázaro Cárdenas y Manuel Ávila Camacho, dieron forma a una etapa particular de la atención médica infantil en el país. Ésta comenzó en 1920 con propuestas elaboradas desde distintos foros para ampliar los servicios médicos que se brindaban a madres y niños pequeños en los dispensarios médicos y culminó en 1943, cuando la Secretaría de Asistencia Pública inauguró el Hospital Infantil de México. Institución que respondió a un nuevo impulso en el quehacer médico que se vivió en la década de 1940 con el que se enfatizó la especialización médica y el alcance nacional en los servicios de salud por medio de un amplio proyecto hospitalario. Se trató de una nueva etapa para la pediatría y la atención médica infantil en el ámbito federal.

Cabe aquí la mención que se trató de un periodo en que hemos ubicado tres momentos claves en la atención médica infantil. El primero en 1922 con la puesta en marcha de los primeros Centros de Higiene Infantil, el segundo en 1929 con la creación de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y el tercero con la apertura del Hospital Infantil de México en 1943. Por lo tanto, nos centraremos en las características y repercusiones

²⁰ En los últimos años se han llevado a cabo diversas investigaciones que se han interesado por distintas facetas de la infancia en esta época. Algunos ejemplos son, para el caso de los Tribunales de Menores, las tesis de Sánchez Calleja, “Prostitutas”, 1996; Sánchez Calleja, “Prostitución”, 2002; Sánchez Calleja, Niños, 2014; Santiago, “Menores”, 2009. Para el caso del trabajo infantil están los trabajos de Sosenski, “Diversiones”, 2006; Sosenski, “Trabajo”, 2008; Sosenski, *Niños*, 2010.

que tuvieron estos tres momentos en el proceso de institucionalización de la atención médica infantil del México de la primera mitad del siglo xx, tomando como eje las labores del Departamento de Salubridad Pública. Esto, en vez de realizar un recuento exhaustivo de las numerosas instituciones que brindaron atención médica infantil en esta época. Instituciones que dependieron de tres instancias: la Secretaría de Educación Pública, el Departamento de Salubridad Pública y la Beneficencia Pública, estas dos fusionadas en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y que sin duda también contribuyeron en el proceso de institucionalización médica infantil. Queda pendiente un análisis profundo de la complejidad de los vínculos entre estas diversas instituciones por medio de las bastas fuentes que dan cuenta de su devenir, además de la recepción por parte de los diversos sectores de la población de las acciones que allí se desarrollaron y que ameritan el desarrollo no de una, sino de varias investigaciones.

Si bien sabemos que cualquier corte cronológico puede resultar arbitrario, consideramos que la periodización propuesta, 1920-1943, acota con claridad un periodo que, como se desarrollará a lo largo de la investigación, tuvo características propias que merecen la pena ser analizadas. Cabe también la aclaración que el hecho de haber colocado estos linderos cronológicos no quiere decir que no se hará referencia a procesos que tuvieron lugar en años previos o posteriores y que tuvieron repercusión en el periodo de estudio.

Se estudiará de forma particular la ciudad de México por una razón que consideramos fundamental, a saber, que las políticas de salud de la época estaban centralizadas y las decisiones e implementaciones en los servicios médicos se tomaban en la ciudad de México y desde allí se aplicaban al resto del país, y visto desde la perspectiva actual, el impacto de las políticas de salud de la época respondieron en parte a esa centralización. Además, la implementación de estas políticas en los diversos estados de la República obedeció a un ritmo distinto y la búsqueda y estudio de las fuentes que dan cuenta de tal proceso rebasan los límites de la presente investigación. Esto, sin dejar de lado que fue una época en que tuvo lugar una parte importante del proceso de crecimiento urbano. Crecimiento que “demandó nuevas áreas jurisdiccionales” y conllevó una serie de problemas como la falta de servicios que, junto con disputas de orden administrativo, económico y de poder sirvieron al “gobierno federal para justificar la centralización, el

control político-económico y la intervención del Estado en sus intentos por imponerse en el área territorial más importante del país”.²¹

Por lo tanto se precisarán los elementos que permitan responder las siguientes interrogantes que guían la investigación: ¿Cuál fue el impacto de los discursos médicos en la construcción de un modelo de infancia? ¿Cuál fue el alcance de las acciones a favor de la salud infantil en la época? Con esto se intenta probar dos cuestiones. La primera, que los discursos y las acciones médicas sobre la infancia que tuvieron lugar entre 1920 y 1943 repercutieron ampliamente en las decisiones de los gobiernos pos-revolucionarios, a la vez que los médicos también se vieron influidos por los discursos gubernamentales. Lo cual se tradujo en la implementación, consolidación y ampliación de políticas en favor de la infancia, entre las que prevaleció la institucionalización de la atención médica infantil. La segunda, que los discursos y acciones médicas tuvieron un impacto en la sociedad. Aunque fue limitado este impacto contribuyó, aunque no de inmediato, en el aumento cuantitativo de la población a lo largo del siglo xx como dan cuenta los registros estadísticos.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Cada sociedad y cada época ha delineado su propia visión acerca de los niños. Los discursos escritos y las imágenes que se han preservado conforman testimonios que dan cuenta de cómo los adultos de otro tiempo han dotado de significados a los infantes y cómo los han incorporado a su dinámica social. Esta afirmación ha cobrado relevancia en gran medida porque en las últimas cuatro décadas del siglo xx tuvo lugar un cambio significativo en la historiografía. Lo que historiadores como Peter Burke han denominado “la nueva historia” se ha caracterizado por abordar “asuntos que anteriormente se consideraban carentes de historia, por ejemplo la niñez, la muerte, la locura, el clima, los gustos, la suciedad y la limpieza, la gesticulación, el cuerpo, la feminidad, la lectura, el habla y hasta el silencio”.²²

Este enfoque de la historiografía no ha sido casual, pues el quehacer de los historiadores se ha centrado precisamente en que “aquello que antes se consideraba inmutable, se ve ahora como una «construcción cultural»

²¹ Hernández, *Distrito*, 2008, p. 178.

²² Burke, “Obertura”, 1993, p. 14.

sometida a variaciones en el tiempo y el espacio”.²³ En parte porque los historiadores no han permanecido ajenos a las transformaciones políticas, económicas y sociales producidas a lo ancho del mundo en los últimos tiempos, que han repercutido, entre otros rubros, en acciones que involucran y tratan de dar voz a grupos sociales que estaban relegados o que se veían como débiles, desvalidos o marginados, como es el caso de las mujeres y los niños. A quienes se les puede estudiar a partir de las particularidades de las construcciones culturales propias de cada época.

De esta forma, al acercarnos al siglo xx —“el siglo de la infancia”— podemos encontrar diversos cambios que se vieron reflejados en buena medida en el mayor impulso del sistema escolar y de la práctica médica. Ellen Key pensaba en 1900 que los años venideros estarían llenos de cambios que favorecerían el desarrollo de los niños, de allí que pensara que el xx sería el siglo de la infancia. En las postrimerías de ese siglo algunos estudiosos como Delgado y Borrás y Llop miraron al pasado y también consideraron que el xx había sido el siglo de los niños, en virtud de que estuvo marcado por cambios tendientes a proteger a la niñez. Parte de estos cambios se dieron en el ámbito escolar y en los establecimientos médicos, que se convirtieron en espacios privilegiados desde los cuáles se fue moldeando una concepción sobre la niñez.

Esta renovación en la historiografía ha impactado en los estudios sobre la niñez y aquellos que abordan los aspectos de la salud y la asistencia infantil —que se está convirtiendo rápidamente en una rama de la historia de la medicina y la salud como han señalado respectivamente Esteban Rodríguez y Anne-Emanuelle Birn—, la línea en la que inscribe la presente investigación.²⁴ Los estudios sociales de historia de la salud y de la medicina que cobraron relevancia a lo largo del siglo xx, han sido objeto de renovación en los últimos años.²⁵ En esta tendencia podemos ubicar

²³ *Ibid.*, p. 14.

²⁴ Rodríguez Ocaña, “Salud”, 2003, p. 27; Birn, “Child”, 2007, p. 678.

²⁵ José María López Piñero ha señalado que “el estudio histórico de la medicina no consiste en la exposición de biografías y las obras de las «grandes figuras» médicas del pasado, ni se limita a la evolución de la ciencia y la práctica médicas. Desde su profunda renovación a mediados del siglo xx, se ocupa de la medicina en toda su complejidad: las enfermedades como estados de la vida humana en cualquier tiempo y lugar y las actividades destinadas a combatirlas y a promover la salud. Analiza, por una parte, su integración en las cambiantes condiciones socioeconómicas, políticas y culturales y, por otra, sus fundamentos”. López

a diversos autores que se han adentrado en el estudio de diversos países latinoamericanos como Marcos Cueto, Diego Armus o Anne-Emanuelle Birn, quienes han insistido en sus escritos en cuestionar los supuestos de la historia tradicional de la medicina que han predominado en los países latinoamericanos para no seguir mirando el pasado de forma heroica sólo para celebrarlo.²⁶ En el caso de México Claudia Agostoni se ha sumado a este interés porque las investigaciones históricas sobre la enfermedad y la salud pública estén animadas por preguntas novedosas que contribuyan “a vigorizar la historia social de la salud pública en México”.²⁷

Estas investigaciones recientes han resaltado lo amplio y complejo que ha sido el desarrollo de la medicina en cuanto a su impacto en las distintas sociedades latinoamericanas y que medicina y sociedad no se pueden ver como cuestiones separadas, sino que están estrechamente relacionadas y que por lo tanto las múltiples aristas de la medicina se vuelven un elemento clave para abordar la historia social. Ya no se trata de exaltar a las grandes figuras de la medicina, o de mostrar los grandiosos avances en los sistemas de salud, sino de ver el impacto que tuvieron las instituciones oficiales de salud en diversos grupos de la población. Es decir, de

Piñero, *Breve*, 2008, p. 9.

²⁶ “Durante mucho tiempo el registro dominante que discutía esas relaciones [entre salud, enfermedad y procesos históricos] no fue más que el aportado por una tradicional historia de la medicina estrechamente orientada a reconstruir biografías de médicos famosos y sus contribuciones a inevitables progresos científicos”. Armus, *Avatares*, 2005, p. 9.

“Según esta historiografía la emergencia de organismos estatales de salud fue el resultado de un proceso racional de expansión del poder central, un correlato de procesos sociales paralelos como la secularización de la sociedad y la urbanización, y tuvo una continuidad con las autoridades médicas que existían desde el período colonial. Se suponía, además, que la medicina y la salud se desarrollaron con atraso debido a los rezagos históricos, culturales y escolásticos y a la supuesta barrera que representaba la superstición de la medicina tradicional indígena y formas populares de atención a los problemas de salud. Asimismo, se consideraba que gracias al liderazgo de grandes médicos, la salud y la medicina habrían logrado alcanzar parcialmente los ideales de progreso, civilización y modernización. Finalmente, otra idea que subyacía a estos estudios era que inevitablemente la intensificación de la medicina y la salud pública, inspirada en modelos occidentales, llegaría a los niveles de los países europeos”. Cueto, *Rastr*, Lossio y Pasco 2009, pp. 11-12.

²⁷ Agostoni, *Curar*, 2008, p. 5. En esta obra se reúnen trabajos que “desde diferentes enfoques teóricos y metodológicos examinan la multiplicidad de actores, acciones y motivaciones mediante las que se buscó promover, consolidar y resguardar la salud física, mental y moral de la población de manera constante y permanente”. *Ibid.*, p. 6.

“recrear cómo se van tejiendo las historias políticas con la participación de una diversidad de actores sociales, los procesos de negociación entre instituciones diferentes, y las alianzas y tensiones entre el poder y el saber popular”.²⁸ O como afirmó el médico Henry Sigerist:

La medicina es ciencia social, porque sus fines tienen este carácter, al adaptar al hombre a su medio, como un miembro útil a la sociedad. Participan en ella médico y paciente, cuerpo médico y sociedad, por tanto las interacciones entre los dos grupos son el fin de la historia de la medicina; no tan sólo la ciencia, las instituciones y caracteres de la medicina, también la historia de los pacientes en sociedad, la de los médicos y sus relaciones.²⁹

La historiografía sobre la salud y la asistencia infantil es reciente y se ha insertado, como han señalado Piñero y Cueto, en la línea de renovación de los estudios sociales de la medicina. Ahora bien, en este punto es necesario precisar desde cual perspectiva abordamos el estudio de la infancia. Consideramos certera la división que ha propuesto Susana Sosenski. “En la escasa historiografía sobre la infancia en el siglo xx mexicano se pueden advertir al menos dos tendencias generales: los estudios que se han concentrado en el ámbito de las representaciones y los imaginarios sobre la infancia y aquéllos que han puesto en el centro de la escena la acción y participación infantil”.³⁰

Si bien sus investigaciones se inscriben en el campo de los niños como sujetos activos, “como agentes de cambio, como actores y protagonistas”, es decir, “la infancia a partir de su papel transformador”; nosotros nos inclinamos por la tendencia que “plantea la historia de la infancia como una categoría simbólica construida desde el mundo adulto a partir de una serie de dispositivos institucionales, opiniones de los grupos de la elite o producciones culturales”.³¹ Efectivamente, mirar “las características y los atributos de la niñez [que] fueron definidos «desde arriba», desde las instituciones, los especialistas, las políticas estatales, las producciones artísticas o culturales [...] resta protagonismo a las prácticas y a las experiencias infantiles así como a su interacción con los conceptos que se construyeron

²⁸ Cueto, Lossio y Pasco, *Rastro*, 2009, p. 17.

²⁹ Citado en Peset, “*Dynamis*”, 2005, pp. 32-33.

³⁰ Sosenski, “Trabajo”, 2008, p. 13.

³¹ *Ibid.*, pp. 13-14.

sobre ellos”.³² Lo ideal sería poder entrelazar ambas vías de análisis y no quedarse sólo con una única vía, pues no se pueden entender las acciones de los menores sin las representaciones hechas sobre ellos, y tampoco es posible quedarse sólo en el plano de las ideas.

Sin embargo, aunque esta propuesta es deseable, no siempre es posible. Sobre todo, cuando —como en nuestro caso— la infancia a la que nos referimos abarca en buena medida a unos seres que aún no se han concebido, a los que aún se encuentran en el vientre materno y los pequeños que aún no articulan un lenguaje verbal y por lo tanto no han dejado huellas con las cuáles se pudiera reconstruir sus propias experiencias. Consideramos que abordar las representaciones que las autoridades gubernamentales y sanitarias elaboraron sobre la infancia en las primeras décadas del siglo xx ofrece la posibilidad de entender cómo la niñez cobró relevancia en el plano discursivo y de allí pasó a ser centro de políticas de protección. Por lo que la infancia que abordaremos se convirtió, sin proponérselo, en protagonista y motivo de cambios.

La historiografía y la salud materna e infantil

Estos cambios en la historia de la salud de la infancia han comenzado a ser estudiados en los últimos años por diversos especialistas. La historiadora estadounidense Rima D. Apple ha incursionado con diversas publicaciones en el estudio de la compleja relación salud-médico-madre-Estado. *A Social History of Infant Feeding 1890-1950* publicado en 1987 se adentra en el cambio cultural en las tendencias en la alimentación de bebés, que pasó del amamantamiento a la alimentación artificial. Cambio que fue propiciado en gran medida por los médicos.³³ En *Perfect Motherhood. Science and Childrearing in America* publicado en 2006, Apple señala que desde mediados del siglo xix se fue construyendo la “maternidad científica”, aquella en que las madres fueron guiadas por los preceptos científicos y médicos, en lugar de las tradiciones y sus instintos; lo cual reconfiguró la función materna.³⁴ Coincidimos con los planteamientos generales de la autora que muestran que la redefinición de las funciones y prácticas maternas en la atención de los hijos que tuvieron lugar principalmente entre las décadas de 1920 y

³² *Ibid.*, p. 14.

³³ Apple, *Social*, 1987.

³⁴ Apple, *Perfect*, 2006.

1950, guardaron una estrecha relación con las prácticas que fueron impulsadas en buena medida por los médicos de finales del siglo XIX.

En el caso de la historiografía española, en 2002 Rosa Ballester afirmó que “en estos momentos la historia de la infancia no sólo está generando un buen número de estudios tras un periodo de relativo estancamiento, sino que también está replanteándose muchos de los esquemas heredados y abriéndose a nuevos horizontes”.³⁵ Y es en esos nuevos horizontes donde podemos incluir el tema de la salud infantil, pues en palabras de Esteban Rodríguez Ocaña:

La historia de la salud/enfermedad/asistencia de la infancia constituye un caso ejemplar en la empresa historiográfica contemporánea. En efecto, la historia de la infancia nos revela el carácter estratégico que adquirió la salud en el mundo industrial contemporáneo y el relevante papel de agente cultural desempeñado por la medicina, hasta el punto que el interés médico por la infancia es uno de los rasgos identificadores del estatus infantil en nuestro mundo.³⁶

Uno de los foros que motivó las palabras de Rodríguez, pues dio cuenta de la relevancia que está adquiriendo en la historiografía el tema de la salud y la asistencia infantil, tuvo lugar en septiembre de 2001 en Ginebra y su eje de discusión giró en torno a la historia de la salud de la infancia. Se trató del V Congreso de la Sociedad Europea de Historia de la Medicina y de la Salud, cuyo tema fue “Health and the Child: Care and Culture in History”. Por alguna razón no se publicaron las memorias del Congreso, lo que ha limitado la difusión y discusión de lo allí expuesto. Pero dos años después la revista *Dynamis* publicó el *dossier* “Child Health, a paradigmatic issue in Modern History”, coordinado por Esteban Rodríguez, en el que conjuntó una pequeña selección de trabajos presentados en el encuentro como una muestra de lo que se expuso. De estos, el sugerente trabajo de la historiadora francesa Catherine Rollet analiza cómo en Francia durante el siglo XIX los médicos cobraron un papel relevante en la atención infantil al instruir a las madres acerca de cómo debían cuidar a sus hijos. Pero sobre todo muestra, al igual que Apple, cómo estas prácticas se vincularon con

³⁵ Ballester, “Reseña”, 2002, p. 573.

³⁶ Rodríguez Ocaña, “Salud”, 2003, p. 27.

un control estatal sobre la población y el impacto de esta relación médico-madre-Estado que se generalizó en varios países europeos y americanos en el siglo xx.³⁷

Junto con Rodríguez Ocaña, los trabajos de Rosa Ballester y Enrique Perdiguero Gil han sido fundamentales para entender cómo se conformó la atención a la salud infantil en España durante los siglos xix y xx. En sus trabajos han apuntado que la infancia cobró un papel relevante en el quehacer médico a partir de las tres últimas décadas del siglo xix y que su impacto se hizo sentir de manera notable en los años de 1920.³⁸ Precisamente esta es la idea que subyace en las investigaciones recientes tanto para los países latinoamericanos como para los europeos.³⁹

En el caso de la historiografía mexicana también se han producido en poco más de diez años más de una veintena de escritos que han abordado diferentes aspectos de la asistencia y del cuidado de la salud de los niños entre mediados del siglo xix y las primeras décadas del xx.⁴⁰ De estos nos interesa resaltar tres, porque consideramos que son los que han abordado la temática de la atención médica infantil con una periodización estrechamente ligada a la que aquí se propone, y porque al ser los resultados de investigaciones de tesis, son propuestas que presentan en extenso su desarrollo. Los tres escritos se inscriben en la línea de los conceptos, discursos e imaginarios sobre la infancia, como se puede apreciar desde los propios títulos.

³⁷ Rollet, “History”, 2003.

³⁸ Ballester, “Infancia”, 1995; Perdiguero, *Salvad*, 2004; Ballester y Perdiguero, “Ciencia”, 2003. Otra referencia para el caso español es Borrás, *Historia*, 1996.

³⁹ Las referencias para los casos latinoamericanos se pueden ver en Birn, “Child” 2007; para el caso francés están las investigaciones de Catherine Rollet. Ver Rollet, “History”, 2003; Ballester, “Reseña”, 2002. Para el caso británico ver Cooter, *Name*, 1992; Gijswijt, *Cultures*, 2003. Para el caso estadounidense ver Apple, *Social*, 1987; Apple, *Perfect*, 2006 y Hecht, *Minor*, 2002.

⁴⁰ Agostoni, “Mensajeras”, 2007; Agostoni, “Historia”, 2008; Agostoni, “Entre”, 2008; Carrillo, “Vigilancia”, 2005; Carrillo, “Alimentación”, 2008; Cuenya, “Mortalidad”, 2007; Del Castillo, “Médicos”, 2005; Del Castillo, *Conceptos*, 2006; Del Castillo, “Inención”, 2006; Del Castillo, “Infancia”, 2007; Herrera Fera, “Cuerpo”, 2005; Herrera Fera, “Infancia”, 2007; López Ferman, “Leche”, 2007; Román, *Instituciones*, 2010; Sosa, *Concepto*, 2005; Staples, “Primeros”, 2008; Stern, “Madres”, 2002; Viesca y Kuri, *Hospital*, 2001; Viesca, “Gota”, 2008 y Villalbaz, “Hospital”, 1993.

El texto que se ha convertido en referencia indispensable en esta temática es la tesis doctoral de Alberto Del Castillo Troncoso, *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México 1880-1920*, realizada en 2001 y publicada cinco años después. Su objetivo fue explicar “la argumentación de las diversas disciplinas científicas, la elaboración de sus referencias y aportaciones conceptuales relativas al periodo de la infancia [...] que contribuyeron a delimitar las características y atributos de la niñez y [...] la puesta en escena de las imágenes fotográficas y su contribución a las nuevas ideas y representaciones”.⁴¹ A partir de las ideas, discursos y conceptualizaciones de especialistas como médicos y pedagogos abordó las distintas representaciones en discursos escritos y sobre todo visuales con los que se fue construyendo una noción de infancia en el cambio de siglos.

Idea que ha sido compartida en los textos de Agostoni, Carrillo y Chaoul.⁴² Compartimos la idea del autor cuando concluye que fue durante el porfiriato cuando se conformó una noción moderna de infancia que en cierta medida permeó los discursos que se elaboraron en torno a la infancia a partir de 1920. A lo que añadimos que fue precisamente en el México posrevolucionario cuando muchas de las propuestas plasmadas inicialmente durante el último tercio del siglo XIX se consolidaron y posicionaron a la niñez en el centro de distintas políticas de protección.

En 2005 Consuelo Rosa Sosa López presentó la tesis doctoral *El concepto de madre ideal en el discurso médico en México (1870-1933)*. El texto, como su título lo indica, “pretende ser un estudio histórico sobre el proceso de construcción del concepto ideal de la madre del discurso médico mexicano, en el periodo comprendido entre 1870 y 1933”.⁴³ Para ello aborda los testimonios escritos de diversos médicos enfatizando los temas de la mortalidad infantil, la degeneración de la raza y la higiene materno infantil. Sin

⁴¹ Del Castillo, *Conceptos*, 2006, pp. 27-28. En este sentido esta investigación ha mostrado la relevancia que el discurso de las imágenes cobró en la formación de representaciones de la niñez durante el porfiriato y hasta el momento es una veta que aún le queda seguir siendo explorada. Otra investigación que aborda el tema de la infancia por medio de las imágenes para el caso argentino es Szir, *Infancia*, 2007.

⁴² Del Castillo, *Conceptos*, 2006; Agostoni, “Arte”, 2001; Agostoni, “Salud”, 2001; Carrillo, “Servicio”, 1999, Carrillo, “Surgimiento”, 2002; Carrillo, “Vigilancia”, 2005; Carrillo, “Alimentación”, 2008; Chaoul, “Escuela”, 2005.

⁴³ Sosa, “Concepto”, 2005, p. 8.

embargo, diferimos de su criterio de periodización que intenta responder a “los procesos histórico-sociales particulares a la medicina científica” que se moderniza a partir de 1870 y termina en 1933, cuando “la discusión médica acerca del deber se materno alcanza niveles álgidos, en los cuales se revelan las tensiones profesionales y sociales, articuladas a este debate” que ella denomina “madre consciente”.

Consideramos que no queda suficientemente claro para el lector en qué consistieron esos niveles álgidos y sobre todo si marcaron una diferencia en los discursos médicos dirigidos a las madres que continuaron a lo largo de la década de 1930, como lo fue el *Libro para la madre mexicana*, publicado por lo menos en dos ocasiones en 1932 y 1933, del que no se hace referencia. Además de que los discursos y acciones dirigidos a la atención materno infantil cobraron fuerza en las décadas de 1940 y 1950; etapa que si bien no es objeto de estudio de la autora, creemos no debiera aparecer como tabla rasa “entre el México de 1930 y el del siglo xxi”.⁴⁴

Por otra parte, en 2010 Martha Román Villar presentó la tesis de maestría *Instituciones médicas, educación higiénica y puericultura en la ciudad de México, 1876-1930*. Su objetivo fue “examinar la importancia y el interés que para el Estado y diversos médicos diplomados tuvo resguardar la salud de las mujeres y de los niños de la ciudad de México” en el periodo señalado.⁴⁵ Para ello estudió la relación de los médicos con la higiene y la puericultura durante el porfiriato, la revolución mexicana y la década de 1920, enfatizando la acción de los Centros de Higiene Infantil y la creación de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y la Maternidad de las Lomas.

Coincidimos con la autora en que la década de 1920 marcó los inicios de la institucionalización médica infantil en el país, tema que la autora trata de analizar bajo la línea de los estudios críticos de la historia social de la salud y no sólo bajo los preceptos de la historia de la medicina tradicional, a la que se hizo referencia líneas atrás. Sin embargo, diferimos en cuanto al corte cronológico que propone, pues pareciera que los esfuerzos emprendidos para mejorar la atención materno infantil culminaron en 1929 con el inicio de los dos proyectos ya mencionados. Más bien partimos de la idea de fue un año clave, pero que los resultados en la coordinación de distintos esfuerzos tuvo lugar años después. En ese sentido creemos que un análisis

⁴⁴ *Ibid.*, pp. 363-369.

⁴⁵ Román, “Instituciones”, 2010, p. 6.

del quehacer de la Asociación y la Maternidad de las Lomas y sobre todo el impacto y la proyección que tuvieron en las siguientes décadas hubiera completado el periodo de estudio.

Partiendo de este panorama, consideramos que una aportación de la presente investigación es que además de tocar varios de los temas tratados en estos tres estudios, que, como señalamos líneas atrás abarca hasta 1943 con la apertura del Hospital Infantil de México, incorpora dos matices a los discursos que los médicos construyeron sobre la infancia. El primero es la incorporación de un grupo de datos estadísticos, que si bien no forman la parte medular del análisis, si resultan primordiales para comenzar a dimensionar cuantitativamente cuestiones como la mortalidad infantil y relacionarla, contrastarla —y en algunos casos corroborarla— con el discurso médico. Esto permitirá ver el uso discursivo médico y su impacto ante problemas específicos que fueron una bandera constante a lo largo de las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, como “la terrible mortalidad infantil” y sus estragos en el crecimiento poblacional.

Otro elemento que consideramos esencial para profundizar en los discursos médicos es la parte visual. Aunque el presente escrito no pretende ser una investigación sobre la imagen, sí retoma algunos ejemplos de imágenes como parte de los discursos médicos. Pues se trató de una época en que el discurso escrito y el discurso visual —conformado por imágenes, grabados y anuncios— se entretujieron, y formaron no una, sino varias representaciones de la infancia. Las imágenes fueron consideradas por un lado como un medio de legitimación del quehacer médico y además como una herramienta para difundir los preceptos higiénicos en las amplias capas de la población, en gran parte no alfabetizada. Así, esperamos mostrar el discurso médico en un sentido más amplio y contextualizado con los cambios demográficos.

FUENTES DOCUMENTALES

Parte fundamental de la investigación se basa en el análisis de diversas fuentes primarias, en este caso diversas publicaciones periódicas de la época y documentación administrativa que se consultaron en diferentes archivos y bibliotecas. El *Boletín de Salubridad Pública* en sus diferentes épocas —entre 1920 y 1943— se convirtió en la fuente principal de exploración, pues al ser la publicación oficial e ininterrumpida del Departamento de Salubridad Pública y posteriormente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, da cuenta de las numerosas acciones con que fueron atendidos

los problemas de salud de la población y en particular los de las madres y sus hijos.⁴⁶ De aquí es donde se retomaron la mayoría de los ejemplos del discurso médico institucional tanto escrito como visual, pues ambos elementos contribuyeron en la conformación del ideal de atención a la niñez.

Los distintos informes y memorias emanados desde la esfera de las autoridades de salubridad complementaron este cuerpo documental. Además de la riqueza de información contenida en este tipo de documentación, nos enfrentamos a la limitante de que se trata de fuentes que brindan sólo la dimensión administrativa de los gobiernos posrevolucionarios que destinaron un presupuesto a las labores en torno a la infancia. Esta mirada administrativa se complementó con la documentación localizada en los fondos del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), que se refieren a la puesta en marcha de establecimientos como los Centros de Higiene Infantil o el proyecto de construcción del Hospital Infantil.

Se trata de una visión parcial y por lo tanto limitada que sólo permite reconstruir la conceptualización que las autoridades gubernamentales y sanitarias elaboraron sobre la infancia. Aún así, es posible percibir, algunas de las reacciones y resistencias de la población respecto a la aplicación —y en algunos casos imposición— de políticas de salud, con lo que se puede inferir que el proceso de institucionalización médica infantil no fue lineal, ni su recepción por la población fue tan fácil, ni inmediata como se pudiera creer en principio.

La otra vertiente que consideramos esencial fueron los discursos que los médicos construyeron sobre las figuras de la madre y el niño y que encontramos plasmados en congresos, memorias institucionales y de congresos, junto con revistas médicas de la época. En la *Revista Mexicana de Puericultura* encontramos a partir de 1931 uno de los discursos visuales sobre la infancia, el del ideal del niño sano y su contraparte con el niño enfermo, que nos permite ver que la construcción y las representaciones sobre la niñez tomaron diversos matices.

La información fue consultada en repositorios como el fondo histórico de la bibliohemeroteca del Instituto Nacional de Salud Pública, la biblioteca de la Academia Nacional de medicina (ANM), la biblioteca del AHSSA, la biblioteca Nicolás León y el Archivo Histórico de la Facultad de

⁴⁶ Una descripción de las diferentes etapas del *Boletín* se encuentra en Gudiño, “Campañas”, 2009, pp. 35-36.

Medicina de la UNAM (AHFM-UNAM), la biblioteca del Hospital Infantil Dr. Federico Gómez, la biblioteca de la Sociedad Mexicana de Pediatría y los fondos de las bibliotecas del Instituto Mora, de la UNAM, del INAH, El Colegio de México y la Biblioteca México.

Efectivamente, estas fuentes construidas “desde el mundo adulto”⁴⁷ —como ha señalado Sosenski— no nos permiten acercarnos a la voz de los niños. Pero creemos que con sus alcances y limitaciones posibilitan el aproximamiento a una de las distintas rutas de exploración en esta temática, y en ocasiones son las únicas con las que contamos, sobre todo al tratar la salud de los niños en sus primeros años de vida.

ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación está estructurada en cuatro capítulos. El capítulo I, “Los primeros pasos”, tiene como objeto brindar un panorama general acerca del creciente interés por la niñez que se dio principalmente desde el siglo XIX y que cobró auge en las primeras décadas del siglo XX en diversos países europeos y del continente americano. Esto permite contextualizar el caso particular de México durante los últimos años del porfiriato, la revolución mexicana y los gobiernos posrevolucionarios. Se reflexiona sobre la importancia que las autoridades dieron a la preservación y mejoramiento de la salud de los niños en el contexto del crecimiento y urbanización de la ciudad de México. De allí que una de las principales preocupaciones de las autoridades gubernamentales fuera el aumento demográfico y por lo tanto la disminución los altos índices de mortalidad en la población y de forma específica de la población infantil.

En el capítulo II, “«Servir al niño es hacer patria». Médicos y enfermeras, los guías de la salud infantil”, se analizan los distintos foros nacionales e internacionales que tuvieron lugar entre las décadas de 1920 y 1940 en los que participaron varios especialistas —entre ellos los médicos— que se interesaron en proteger a la infancia y mejorar sus condiciones de vida, por lo que la atención en la salud cobró relevancia. Congresos y reuniones de sociedades médicas permitieron conformar lo que ahora vemos como un grupo de médicos que tuvieron una presencia significativa en la institucionalización en la atención médica infantil. De allí la importancia de contextualizar en qué momentos y en qué espacios los médicos co-

⁴⁷ Sosenski, *Trabajo*, 2008, pp. 20-21.

braron relevancia, además de señalar las diferentes generaciones que en determinados momentos lograron confluir. Del mismo modo se estudia el impacto que tuvo la labor de las enfermeras visitadoras como vínculo entre el espacio público escolar y de los consultorios médicos y el espacio privado del hogar.

El capítulo III, “La atención médica infantil en la década de 1920. Discursos e imaginarios en torno a la infancia”, aborda los discursos que las autoridades sanitarias elaboraron sobre una imagen de “niño ideal” que se contrastó con un “niño no ideal”. Estos discursos dan la pauta para resaltar varios ejemplos que quedaron plasmados tanto en palabras como en imágenes fotográficas y grabados, que fueron empleados en algunos casos para legitimar la labor de las autoridades de salubridad, y en otros como un medio de difusión entre amplios sectores de la población. Sin embargo, este proceso no estuvo exento de fricciones, por lo que se analizan algunos casos en los que la población manifestó su inconformidad hacia las medidas que las autoridades sanitarias, respaldadas por las autoridades gubernamentales, intentaban imponer. De allí se retoman algunos elementos que cobraron relevancia desde las últimas décadas del siglo XIX como la inserción de los médicos en el ámbito escolar y en los dispensarios de salud, espacios desde los cuales se posibilitó su paso al espacio privado del hogar.

El capítulo IV, “La institucionalización de la atención médica infantil”, aborda cómo en el contexto del México posrevolucionario comenzaron a institucionalizarse diversos aspectos de la vida política del país, entre ellos la asistencia médica y en concreto la asistencia médica infantil. Se puntualizará el establecimiento y funcionamiento de los diversos establecimientos que conformaron el Servicio de Higiene Infantil y las acciones que a lo largo de una década comenzaron a configurar un proceso de institucionalización de la atención médica infantil, como lo fueron concretamente la labor de los Centros de Higiene Infantil. También retoma la labor que realizaron en conjunto diversos actores como funcionarios públicos, autoridades médicas, establecimientos asistenciales y grupos de particulares que intervinieron para mejorar la asistencia infantil.

Se aborda de forma particular la amplia labor de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia a partir de 1929 y su impacto en la ampliación de la atención médica infantil en diversos estados de la República. Se analiza el proceso que permitió el paso de modelo de Beneficencia Pública hacia Asistencia Pública. Un proceso que posibilitó que se aglutinaran las funciones de lo que fuera la Beneficencia Pública y el Departamento de

Salubridad Pública y como esto favoreció la ampliación de los servicios de salud, el auge de las especializaciones médicas y la apertura de hospitales de alcance nacional dentro del proyecto hospitalario de la década de 1940, en el que se insertó el Hospital Infantil de México. Para acercarnos el alcance de la labor de estas instituciones en la población se muestran algunos datos estadísticos que nos permitan dimensionar cuantitativamente la cuestión de la mortalidad infantil y relacionarla con los discursos elaborados al respecto y acciones las acciones que tuvieron lugar en esta época.

Finalmente se presenta un balance del periodo de estudio y se reflexiona acerca de sus alcances y limitaciones en el contexto del devenir de México en el siglo xx y sobre todo el impacto que representó para las décadas de 1950 en adelante. Sin embargo, se subraya que a pesar de las distintas políticas que se pusieron en marcha tanto en México como en otros países para mejorar las condiciones de vida de la infancia, hoy en día, los índices de mortalidad materna e infantil siguen siendo altos y motivo de preocupación para las autoridades tanto de nuestro país como en otras partes del mundo.

Capítulo I



LOS PRIMEROS PASOS

La civilización y la cultura de un pueblo, están en razón directa de la protección que imparta a su niñez; un país que no protege al niño, — futuro hombre del mañana— es un pueblo que perece por ignorancia. Este ha sido un objetivo de todos los pueblos cultos y una necesidad nacida de la realidad misma, ante el gran número de defunciones de niños, motivadas en gran parte por falta de cuidados; a una mala alimentación y a las condiciones paupérrimas de la gente humilde, de escasos recursos económicos; es decir, que el gran binomio que engendra esta mortalidad infantil es la miseria y la ignorancia.

FELICIANO SÁNCHEZ RÍOS⁴⁸

A primera vista pareciera que la cita anterior nos plasmara algunas de las preocupaciones del México decimonónico. Sin embargo, la labor del médico puericultor Feliciano Sánchez Ríos tuvo lugar entre las décadas de 1930 y 1960. Uno podría adelantar conclusiones y pensar entonces que los problemas de salud infantil estaban en las mismas condiciones en una y otra época. Consideramos que no fue así, por lo que el propósito del presente capítulo es mostrar cuáles fueron los caminos que se recorrieron desde los tiempos ilustrados del siglo XVIII hasta el siglo XX que llevaron al niño al centro de numerosas discusiones y propuestas para mejorar sus condiciones de vida en varios países occidentales y tuvieron repercusiones en el caso mexicano.

Más allá de presentar una serie de “antecedentes” sobre la atención médica infantil, nos interesa destacar que las acciones que se realizaron a

⁴⁸ Sánchez Ríos, *Puericultura*, 1952, p. 668.

favor de la infancia en nuestro país entre 1920 y 1943 fueron, por una parte, la continuación de distintos proyectos por mejorar la salud infantil y más específicamente los destinados a disminuir los altos índices de mortalidad infantil. Por otra parte, las acciones que se llevaron a cabo en el periodo de estudio tampoco lograron sus objetivos a cabalidad. En este sentido es necesario tomar distancia y enmarcar estos veintitrés años en un periodo más amplio para ubicar cuáles fueron los alcances y las limitaciones de la atención médica infantil de estos años del México posrevolucionario.

De allí que señalemos algunos momentos claves que nos permiten contextualizar cómo los niños cobraron un interés especial en distintos grupos de la sociedad y fueron motivo de distintas políticas que buscaron su protección y mejorar aspectos de su vida, como la salud. En este proceso los médicos fueron cobrando un papel importante al atender una preocupación de las autoridades gubernamentales: abatir las altas tasas de mortalidad y morbilidad infantiles. De allí que lo que comenzó como una cuestión de higiene, posibilitó el surgimiento de la puericultura y la pediatría, como ramas de la medicina dedicadas a la infancia.

EL CRECIENTE INTERÉS POR LA NIÑEZ EN EL MUNDO ILUSTRADO

El siglo XVIII, el Siglo de las Luces, trajo consigo diversos cambios, entre los que podemos ubicar una mayor importancia en la función de la mujer en cuanto a la etapa de la maternidad y a la crianza de los niños. Esto en función de que “la mortalidad infantil, aceptada hasta ese momento con resignación, comenzó a verse como un gasto escandaloso. Los economistas afirmaban que la riqueza de las naciones se construía gracias a la cantidad y calidad de sus habitantes”.⁴⁹ En este sentido la figura de la madre se volvió clave en la consolidación de las naciones occidentales, pues además de dar a luz, se convirtió en la responsable del cuidado de los infantes, incluyendo aspectos como la salud y la educación para que llegara a la edad adulta. Fue la época en que el gremio médico comenzó a enfatizar la idea de que los cuidados que recibía el niño —sobre todo en sus primeros años de vida— repercutirían en la salud física y moral del adulto que sería luego.

⁴⁹ Knibiehler, *Historia*, 2001, p. 56.

De allí que la historiadora francesa Yvonne Knibiehler afirme que “los médicos de las Luces impusieron el dogma de que todo niño concebido debía poder nacer y vivir en las mejores condiciones posibles”.⁵⁰

En este contexto, cobra sentido el argumento de la obra pionera del historiador francés Philippe Ariès, *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*, que consideró que fue a finales del siglo XVIII cuando se situó un cambio en el desenvolvimiento de la familia, pasando del espacio público al espacio privado. Precisamente en una sociedad en la que la vida del individuo interesó a las autoridades gubernamentales desde la concepción y durante sus primeros años de vida y por lo tanto puso a la madre y al hijo en un lugar privilegiado. Esto propició un reposicionamiento al interior de las familias y como señaló Ariès, “es normal que en un espacio que se ha vuelto tan privado, se desarrolle un sentimiento nuevo entre los miembros de la familia, y especialmente entre la madre y el hijo” y que por lo tanto comenzara a acentuarse en el ámbito público y privado una cultura “centrada en las mujeres y los niños”.⁵¹

Ariès aclara que esto no significa que en las sociedades anteriores — como la medieval para el caso europeo — los sentimientos hacia la infancia no existieran, o que los niños estuvieran descuidados, abandonados o fueran despreciados.⁵² Pero es en el siglo XVIII cuando se pueden distinguir varios elementos claves en torno a la figura de los niños. El primero es que se generó un “sentimiento moderno de la familia”⁵³ en el que el niño se volvió una figura central. Otro fue el interés por la higiene y la salud física de los infantes y uno más fue que el niño además de interesar por

⁵⁰ *Ibid.*, p. 56. Jacques Donzelot también afirma que fue a mediados del siglo XVIII cuando cobró relevancia el tema de la conservación de los hijos, asunto que involucró principalmente a los médicos. Ver Donzelot, *Policía*, 1990, p. 13.

⁵¹ Ariès, *Niño*, 1991, p. 27.

⁵² No desconocemos que existen diversas obras que han señalado la importancia de la figura del niño en sociedades anteriores del siglo XVIII, y no sólo para el caso europeo, mismas que han mostrado que los argumentos de Ariès son rebatibles. Sin embargo, para los fines de la presente investigación consideramos que los tiempos ilustrados sí marcaron el inicio, tanto en Europa como en América, de un cambio en la concepción del papel del niño en la sociedad y que una faceta de ese cambio se puede percibir por medio de las propuestas médicas en torno a la higiene y el cuidado de los niños.

⁵³ Ariès, *Niño*, 1991, p. 541.

sí mismo, también interesó por su porvenir, por su futuro en la sociedad cuando llegara a ser adulto.⁵⁴

Estas ideas se entretrejieron en la Europa del Siglo de las Luces con la introducción de un cambio en la concepción de la pobreza, que comenzó a ser vista ya no sólo como designio divino y motivo de compasión, sino como un signo de atraso. Por lo tanto, se consideró necesario integrar a los pobres o desvalidos⁵⁵ en las dinámicas económicas, políticas y sociales propias de los nuevos tiempos. Fue entonces cuando los gobiernos buscaron quedar al frente de la atención de estos grupos, entre los que se encontraba un sector de la población infantil, comenzando a desplazar con ello las funciones caritativas que por varios siglos había ejercido la Iglesia. Los altos índices de enfermedad y mortalidad en la población que conllevaban pérdidas económicas, llevaron a las autoridades a organizar la asistencia médica de forma que ésta pudiera llegar a un mayor número de la población. Como señala López Piñero, una constante a partir de esta época es que los gobiernos van a considerar que “la enfermedad y la muerte son una pérdida de recursos humanos, de forma que la salud de la población ha de ser considerada como un factor tan importante para la colectividad que no puede abandonarse a la incertidumbre de la iniciativa particular”.⁵⁶

España no fue ajena a este proceso y por ende la Nueva España se insertó en esta dinámica que se puede identificar con la puesta en marcha de las Reformas Borbónicas. Así, en las posesiones españolas en América como Perú o la Nueva España, los niños comenzaron a cobrar mayor importancia, tanto en el ámbito familiar como para las autoridades. Por lo

⁵⁴ *Ibid.*, 1991 pp. 186-187. Ideas que se retomaran constantemente a lo largo de estos capítulos.

⁵⁵ El término “desvalido” se usó con frecuencia desde los tiempos virreinales, el siglo xix y las primeras décadas del xx. Aunque puede resultar ambiguo, una persona desvalida era aquella que ante los ojos de las jerarquías gubernamentales, eclesiásticas o asistenciales estaba desamparada y no contaba con los recursos propios —ya fueran económicos, morales o físicos— para valerse por sí mismo dentro de la sociedad. Por eso un niño, mujer, joven o anciano “desvalido” podía hacerse merecedor de alguno de los beneficios que las autoridades mencionadas les otorgaba por medio de diversos establecimientos, generalmente asistenciales, para que pudiera mejorar su situación. El adjetivo “desvalido” fue utilizado con frecuencia en las fuentes de nuestro estudio y ha sido utilizado también por investigadores contemporáneos al referirse a esa época. Por citar un ejemplo ver Galván, “Niñez”, 2008.

⁵⁶ López Piñero, *Breve*, 2008, p. 134.

que su cuidado y buena salud cobraron mayor relevancia, pues más allá de la etapa de la niñez, serían características que les permitirían en un futuro llegar a ser adultos aptos para el progreso de su gobierno.

La ilustración ofrece un contexto interesante para rastrear las imágenes y representaciones de la infancia, pues es un momento en el que se sentaron las bases de una nueva sociedad, en la que el papel de la familia fue importante. Los niños, *futuros vasallos de la Corona española primero y ciudadanos del Estado después*, debían crecer sanos, fuertes, con las cualidades morales y físicas que requerían la sociedad y el Estado para su progreso.⁵⁷

Si bien es cierto que los preceptos caritativos estuvieron presentes en el territorio novohispano desde la llegada de los españoles y que se fundaron numerosos hospitales para ayudar a los necesitados guiados por el precepto cristiano de la caridad, que el primer hospital se fundó en 1524 y que pronto se fueron extendiendo en buena parte del territorio, se puede decir que la atención específica a los niños comenzó precisamente con las Reformas Borbónicas.⁵⁸ En este punto consideramos que la realidad novohispana coincide con las ideas centrales que sostiene la obra de Ariès en cuanto a que la infancia es una preocupación del siglo XVIII y más puntualmente del mundo ilustrado.

Entre 1768 y 1792 el gobierno virreinal fundó, motivado por los preceptos ilustrados, instituciones seculares, entre las que se encontraron la

⁵⁷ Rosas, “Derecho”, 2007, p. 215. Las cursivas son nuestras.

⁵⁸ Esto no quiere decir que los hospitales de los siglos XVI, XVII y de principios del XVIII no atendieran a los niños que se les presentaron, pero no lo hicieron como un grupo con particularidades que los diferenciaron de los adultos. Recordemos que las únicas divisiones existentes eran las salas de hombres y las de mujeres y las de enfermedades específicas, como la demencia, las bubas o la lepra. Para profundizar en la fundación y principales actividades de los hospitales novohispanos. Ver Ricard, *Conquista*, 1994 y Muriel, *Hospitales*, 1990. La excepción fue la siguiente: “En el lugar en que se encuentra el hospital de San Juan de Dios, había en 1582 un pequeño hospital destinado a los mulatos y mestizos, fundado por el Dr. Pedro López, que se llamaba de la Epifanía. Poco tiempo después se estableció allí mismo cuna de niños expósitos y una cofradía de personas influyentes, destinada a recoger y alimentar a los niños, entonces tomó el nombre de Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados y así era conocido a fines del siglo XVI”. Abadiano, *Establecimientos*, 1878, p. 15.

Casa Real de Expósitos y el Hospicio de Pobres, que se fundaron con el fin de proteger y cuidar a los niños abandonados. “Un problema social que involucraba no sólo a niños y niñas, sino también a las propias mujeres y a la sociedad en su conjunto” y que hasta el momento había sido atendido por la Iglesia, que había tenido un papel fundamental “al hacerse cargo de estos niños y tratar de reinsertarlos a la sociedad”.⁵⁹

Se trató de una época que reflejó la preocupación de las autoridades virreinales porque sus ciudadanos fueran productivos y por lo tanto aumentó su interés hacia las madres y los infantes, pues “los niños resultaban vitales para la construcción de un futuro ideal y prometedor. En este sentido, cualquier niño abandonado voluntariamente o dejado en la orfandad debido al infortunio de la vida, resultaba ser un lastre en el constante progreso de la sociedad [porque] había que ocuparse de él”.⁶⁰

Dicho interés muestra que la sociedad virreinal de finales del siglo XVIII no fue ajena al hecho de que había menores que eran abandonados y llegaban a representar una carga económica y social para las autoridades. De la misma forma, la atención hacia la figura de las madres se acrecentó. En la sociedad novohispana la madre tenía como responsabilidades guardar la moral de la familia, atender al marido, la crianza y educación de los hijos y el cuidado del hogar.⁶¹ De estas obligaciones, cobró mayor relevancia la crianza de los niños, por lo que

Los reformadores ilustrados creían que el desarrollo económico y político exigía una transformación de los valores: la razón y el conocimiento debían sustituir a la superstición: hábitos de trabajo, ahorro e iniciativa debían suplantar al ocio aristocrático. Debido al papel central de la mujer en la instalación de esas ideas en los futuros ciudadanos, la maternidad adquirió una función cívica, cada vez más exaltada.⁶²

Desde entonces y a lo largo de los siglos XIX y las primeras décadas del XX aparecerá recurrentemente la idea de que las madres debían ser guiadas por los preceptos científicos y no por la superstición en la crianza y educación de los hijos, idea que fue abanderada en gran medida por los médicos.

⁵⁹ Rosas, “Derecho”, 2007, pp. 223-224.

⁶⁰ Valero, *Caridad*, 2002, pp. 88-89.

⁶¹ Muriel, “Transmisión”, 1991, pp. 109-122.

⁶² Arrom, *Mujeres*, 1988, p. 30.

LOS MÉDICOS Y LA ATENCIÓN MATERNA E INFANTIL EN EL SIGLO XIX

La atención en la figura de la maternidad y por lo tanto la mirada de las autoridades centrada en la madre y sus hijos continuó presente a lo largo del siglo XIX. Fue precisamente en Francia a mediados de ese siglo cuando hubo “contrastes marcados entre la ruralización y la industrialización y en plena transición demográfica” tuvo lugar, de acuerdo con Catherine Rollet, una serie de transformaciones en diversos aspectos de la vida del niño, tanto de la clase burguesa, como de las clases populares.⁶³

En esta época de reconfiguración de la conceptualización de la infancia, donde los médicos comenzaron a tener una marcada influencia en la crianza de los niños, en la década de 1860, Jean-Baptiste Fonssagrives (1823-1884) —médico y profesor de higiene y de clínica de niños de la Universidad de Montpellier— comenzó a escribir diversas recomendaciones a las madres para que observaran atentamente la salud de sus niños. En este punto retomamos el modelo médico francés, pues fue el que sin duda predominó en la medicina mexicana decimonónica e influyó aún en las primeras décadas del siglo XX y por lo tanto buena parte de sus postulados se pusieron en práctica. Nos centramos en la figura de Fonssagrives ya que fue uno de los autores sobre enfermedades infantiles que más consultaron los estudiantes de la carrera de medicina de la Escuela Nacional de Medicina de aquella época. De hecho, como se comentará más adelante, algunos de sus textos fueron traducidos al español, lo que debió permitir que aumentara el número de lectores.

Jean Baptiste Fonssagrives se encuentra entre los expertos franceses en higiene alimenticia que más influyeron en el pensamiento de los médicos mexicanos [...] era uno de los autores más referidos y consultados por los estudiantes de la Escuela Nacional de Medicina, quienes comentaban sus ideas en las tesis recepcionales en relación a los temas de alimentación de los niños pequeños.⁶⁴

⁶³ El niño se convirtió en una especie de “cliente” de los médicos o de los fabricantes de juguetes y, en el otro extremo del arco social, el niño como mano de obra barata y sumisa. La importancia creciente de la escuela como el lugar “natural” donde deben estar los niños entre los seis y los trece años o la corriente que comienza a surgir en el mundo de los juristas sobre la idea de que los niños son poseedores de derechos y que la sociedad tiene el deber de protegerlos”. Rollet, citado en Ballester, “Reseña”, 2002, p. 573.

⁶⁴ Del Castillo y Aceves, Carlos, “Roque”, 2010, pp-274-277.

El interés del facultativo francés surgió, como él mismo señaló, como una particularidad dentro de sus estudios de higiene. “Ninguna parte de la higiene es tan interesante ni tan útil como la que se ocupa de los niños, puesto que obra sobre ellos como blanda cera, susceptible de todas las formas y dócil a todas direcciones, y los resultados que obtiene, ofrecen para el porvenir un carácter decisivo”.⁶⁵

La obra de Fonsagrives revela su interés por propagar los principios de la higiene y de impactar de forma particular el ámbito familiar al aconsejar a los padres acerca de los cuidados que debían tener con ellos mismos y sobre todo con sus hijos. De alguna manera consideraba que las familias no sabían realmente cómo debía ser el cuidado físico de los niños. Esto en virtud de que a pesar de las buenas intenciones, no contaban con una preparación suficiente, sino que se dejaban guiar por consejos populares y costumbres que muchas veces propiciaban la muerte de los niños en sus primeros años de vida o desencadenaban enfermedades que con el tiempo los convertirían en hombres débiles.⁶⁶

De hecho, en 1868 publicó *El papel de las madres en las enfermedades de los niños o lo que ellas deben saber para apoyar al médico*.⁶⁷ La obra brindaba instrucciones precisas para que las madres recabaran puntualmente en una especie de crónica o memoria, datos relevantes de los niños desde que llegaban al mundo, como la fecha de nacimiento, forma de alimentación, salida de los dientes, evacuaciones, vacunas, fiebres y enfermedades ocasionales. Estos datos debían estar recabados en una libreta, pues la memoria de la madre podía fallar y olvidar datos que podrían resultar de importancia para el médico que visitaba al menor cuando enfermaba y que era necesario que se pudieran revisar, ya que le podrían proporcionar información relevante para llegar a un diagnóstico correcto.

Con esto se ponía en relieve que para médicos como Fonsagrives, las madres eran las responsables del cuidado de sus hijos, función que debían llevar a cabo no sólo con amor y paciencia, sino con inteligencia, a la vez que se reforzaban los lazos familiares por medio de los cuidados devotos de la madre por sus hijos. A la vez que quedaba establecido que

⁶⁵ Fonsagrives, *Tratado*, 1885, p. 6.

⁶⁶ Fonsagrives, *Dictionnaire*, 1876, p. vi.

⁶⁷ El título original de su publicación es: *Le rôle des mères dans les maladies des enfants, ou ce qu'elles doivent savoir pour seconder la médecine*, Paris, Victor Masson, 1868, 332 pp. Citado en Rollet, “History”, 2003, p. 145.

los cuidados maternos estaban siendo guiados por el médico y servían precisamente para apoyar su labor. En este sentido, Rima D. Apple afirma que para el caso estadounidense fue también en el siglo XIX cuando se colocó a la mujer en el centro de la familia, como la responsable de mantener un hogar y brindar cuidados a los hijos y se exaltó el papel de la maternidad, lo que denomina como el “culto de la domesticidad” o el “culto de la verdadera womanhood”.⁶⁸

Un año después, en 1869, Fonssagrives publicó en dos volúmenes, uno para niños y otro para niñas, *La libreta maternal para tomar notas sobre la salud de los niños*.⁶⁹ La cual permitiría a las madres llevar un registro pormenorizado de la salud de sus hijos, a la vez que subrayaba que las madres eran las encargadas de registrar y el médico de interpretar. Esto inclinaba la balanza totalmente hacia la figura médica, que se fue legitimado y por lo tanto tenía la autoridad de instruir a la madre, quien debía seguir con puntualidad sus indicaciones y sólo sus indicaciones, pues desde su posición fue desacreditando las intervenciones de aquellos que no compartían la profesión médica. Un argumento central que se extendió en la segunda mitad del siglo XIX y que contribuyó para esta legitimación fue que la Medicina se consideró una ciencia y por lo tanto sus explicaciones estaban en el terreno de lo científico, es decir, aquello que se había probado una vez que había sido experimentado. Por lo tanto, aquello que venía más bien del terreno empírico, de la costumbre, lo popular, calificado incluso como “supersticioso” fue abiertamente rechazado por los médicos.⁷⁰

Los consejos de Fonssagrives, como señala Rollet, se dirigieron a un sector específico de la sociedad francesa, el de las madres de las clases acomodadas, aquellas que contaban con los recursos económicos e intelectuales para contar con la asistencia particular del médico y el tiempo llevar con puntualidad los registros de la libreta. En este punto concordamos con Knibiehler cuando afirma que fue sobre todo el médico como profesional de la salud, quien

[...] se tomó como tarea convertir y disciplinar a las madres, reacias a sus consejos. Los médicos empezaron a evaluar el “instinto materno” que hasta

⁶⁸ Apple, *Social*, 1987, p. 5.

⁶⁹ El título original: *Libret maternel pour prendre des notes sur la santé des enfants*, 2 vols., Paris, L. Hachette et Victor Masson, 1869. Citado en Rollet, “History”, 2003, p. 147.

⁷⁰ Para abordar este tema ver Martínez Cortés, *Medicina*, 2003.

ese momento había sido el fundamento de la separación entre el mundo de las mujeres, empírico, afectivo, de costumbres, y el mundo de los hombres, innovador, racional, científico. Sostenían que la maternidad, inclusive en sus aspectos más carnales, exigía una cultura de origen científico.⁷¹

Las libretas maternales formuladas por Fonssagrives, como se acaba de señalar, se dirigieron a las mujeres de las clases acomodadas, pero estas ideas en torno a los cuidados maternos también permearon, aunque fuera en menor medida, en sectores más amplios de la población que no podían pagar los servicios de un médico a domicilio, y que en muchos casos no sabían leer ni escribir para llevar ningún tipo de registro. Si bien para las mujeres de clases medias y altas los médicos elaboraron y publicaron diversos libros, folletos, consejos, guías y catecismos con principios de higiene; con aquellas mujeres de los sectores más vulnerables, los médicos dieron “prescripciones [que] eran imperativas: cantidad y número de comidas, esterilización de biberones y tetinas, ritos de limpieza y de baños, tiempos de sueño, uso del termómetro”.⁷²

Es aquí donde las mujeres que realizaban labores sociales comenzaron a cobrar un papel relevante. Se convirtieron en una especie de auxiliares de los médicos y su labor se volvió vital, pues difundieron los preceptos científicos a una población femenina más amplia, que incluyó a mujeres de los estratos sociales bajos que no tenían acceso a los servicios médicos y en muchas ocasiones no sabían leer. Las damas que pertenecían a distintos grupos de caridad al visitar a la población desamparada, se dedicaron, entre otras cosas, a recabar diversos datos acerca de su vida, con los que:

Pudieron ofrecer sus servicios a los médicos cuando, después de la revolución pasteuriana, iniciaron una lucha sistemática contra la mortalidad infantil: en las consultas, en los dispensarios, explicaban a las mujeres del pueblo las consignas del médico y, luego, las visitaban en sus casas para ver si habían sido bien comprendidas y aplicadas. De estas actividades surgieron varios oficios femeninos: enfermeras, visitadoras sociales, asistentes sociales de fábricas.⁷³

⁷¹ Knibiehler, *Historia*, 2001, p. 76.

⁷² *Ibid.*, p. 76.

⁷³ *Ibid.*, p. 71.

La historiadora canadiense Anne-Emanuelle Birn reafirma esta idea cuando asevera que en Europa y el continente americano los movimientos maternalistas-feministas tuvieron mayor influencia en el espacio urbano, “donde las mujeres de clase media hicieron de los trabajos sociales parte de una labor pública y se movilizaron para mejorar y regular las condiciones sociales de las madres y niños de los sectores pobres de la población”.⁷⁴ Esto nos lleva a encontrar a las mujeres participando con dos papeles en el cuidado de los niños. El primero es el de la madre en el espacio privado del hogar como la responsable directa del cuidado de los hijos. El segundo es el de la mujer en el espacio público como auxiliar del médico, que cobró la función de portavoz e intermediaria para que el saber médico fuera puesto en práctica por las madres.⁷⁵

Resulta interesante acercarse a este proceso complejo y ver que en gran medida fue desde la esfera masculina —ya fuera desde la mirada científica de la profesión médica o de las autoridades gubernamentales— donde se comenzó a construir un modelo de maternidad que las mujeres se fueron apropiando paulatinamente, sin dejar de lado que sin duda también lo debieron rechazar. Un modelo que ponía a la mujer como la responsable directa de la correcta crianza de los hijos, pero supervisada y dirigida por el hombre, ya fuera por el padre de los hijos en el ámbito privado, o por las autoridades sanitarias y gubernamentales en el ámbito público. Este proceso fue adentrándose en la sociedad y se puede apreciar con mayor claridad para las primeras décadas del siglo xx, lo que Apple ha denominado la “maternidad científica”, cuestión que se abordará a partir del capítulo II, así como el papel de las enfermeras visitadoras.

⁷⁴ Birn, “Child”, 2007, p. 683.

⁷⁵ Para algunas mujeres la función materna también justificó el acceso a las mujeres a la profesión médica [...] las pioneras se dedicaban al cuidado de las mujeres y de los niños, en palabras de Knibielher. Lo que permitió que las mujeres se adentraran desde esta disciplina científica de la época en el proceso biológico del embarazo, el parto y en el cuidado de los hijos. Aunque no se debe perder de vista que la Medicina en sus especialidades de Obstetricia, Ginecología y Pediatría sería aún por muchos años más una profesión masculina. La primer mujer estadounidense que estudió Medicina fue Elisabeth Blackwell en 1845. En París la emperatriz Eugenia logró que en 1865 Madeleine Brés ingresara a los estudios en Medicina. Knibieher, *Historia*, 2001, p. 70. En México, Matilde Montoya fue la primer mujer que estudió Medicina y recibió su título en 1887. Rodríguez, Castañeda y Robles, *Protagonistas*, 2008, p. 320.

La importancia de estas ideas respecto a la difusión y registro de preceptos higiénicos infantiles es que en poco tiempo se propagaron con diversos matices y motivaciones no sólo por los países europeos, sino también por el continente americano, por lo menos, hasta la década de 1930.⁷⁶ Resulta aún más significativo que instrumentos como *La libreta maternal* dieran un giro y se convirtieran —al menos en el caso de Francia— en instrumentos de salud pública para las autoridades de finales del siglo XIX, particularmente a partir de la expedición el 23 de diciembre de 1874 de la “Ley relativa a la protección de los niños y en particular de niños de pecho conocida como la «Ley Roussel»”.⁷⁷

En este contexto tuvo lugar en París la transformación de salas de asilo para infantes en jardines de infantes “con la intención de educar tanto a las madres como a los niños respecto del servicio a la III República”.⁷⁸ Con lo que se afianzó la idea de que el niño debía recibir cuidados para llegar a ser un ciudadano útil en la edad adulta. Otro factor que cambió la concepción acerca de la maternidad, en especial del momento del nacimiento fue el hecho de parir en el hospital. Durante las tres últimas décadas del siglo XIX, prácticamente todos los hospitales europeos y del continente americano habían incorporado los principios de la asepsia. En 1900 la mortalidad de las mujeres en el momento del parto o durante el puerperio en los hospitales europeos disminuyó, en palabras de Knibiehler, en 2%. Lentamente, gracias al uso de la anestesia, la asepsia y las nacientes técnicas de sutura y cirugía las mujeres —sobre todo en el ámbito urbano— comenzaron a acudir al hospital para tener allí a sus hijos, en vez de ser asistidas en el ámbito privado por parteras.

De esta forma el ciclo biológico del embarazo, parto y puerperio se *medicalizó*. Entendiendo la *medicalización* como parte del proceso de secularización promovido por el Estado que desplazó las ideas religiosas y de caridad para dar mayor importancia a las médicas y al hospital; cuya pre-

⁷⁶ Algunos textos de higiene infantil de Fonssagrives, incluyendo *La libreta maternal* se publicaron en inglés en Nueva York en 1872, unos años después, en 1875 se publicó en los Países Bajos y en 1885 se comenzaron a traducir al español en España. Para ver algunas de las publicaciones que tuvieron lugar en estas décadas a partir de *La libreta maternal* ver Rollet, “History”, 2003, pp. 150-153.

⁷⁷ El texto de la Ley Roussel se puede consultar en Sánchez-Valverde, *Junta*, 2006, pp. 16-34.

⁷⁸ Rollet, “History”, 2003, p. 148.

sencia fue permeando diversos aspectos de la vida, entre los que se incluyó el embarazo y el nacimiento. El contexto en que se ubicó este proceso fue el de las reformas liberales del siglo XIX, periodo en el que la atención a las enfermedades dejó de ser vista como parte de las obligaciones de la Iglesia y los creyentes para con el prójimo y se convirtió en una función del Estado. Éste asumió como una de sus responsabilidades la atención a los enfermos; razón por la cual el hospital pasó a ser la institución privilegiada en la que se desarrollaron los conocimientos médicos para preservar la salud de la población.⁷⁹

La medicina científica y la higiene infantil

En este punto es necesario apuntar que estos cambios tuvieron lugar en las últimas décadas del siglo XIX, cuando la medicina tuvo grandes avances en Europa, pues fue una disciplina que no permaneció ajena al mundo de lo científico. López Piñero señala que esta época representó para la medicina la culminación de una etapa que dejó atrás los preceptos de la medicina galénica tradicional y se basó en cambio en conceptos y métodos científicos, es decir aquellos que se sometían a un proceso de observación, elaboración de hipótesis, experimentación y se podían comprobar. Se trató de la constitución de la medicina científica contemporánea, que “no se derrumbó en el curso de unas pocas décadas, sino que sus elementos fundamentales han mantenido su vigencia hasta la actualidad, como uno de los factores que han hecho posible su continuidad histórica”.⁸⁰

Los elementos a los que se refiere López Piñero son el estudio de la anatomía por medio de los tejidos —impulsado en gran medida por médicos como el francés Xavier Bichat (1771-1802) y el alemán Rudolf Virchow (1821-1902)—. Y sobre todo la medicina experimental impulsada por el médico francés Claude Bernard (1813-1878), cuyas aportaciones significaron una verdadera revolución en el desarrollo de la medicina. Pues al emplear el método científico para entender las enfermedades, permitió mayor precisión tanto en el diagnóstico como los tratamientos con el modelo anatomopatológico que resaltó la importancia de relacionar los cuadros clínicos con las evidencias que se encontraban al realizar autopsias,

⁷⁹ Para ahondar en el concepto de *medicalización* ver Foucault, *Nacimiento*, 2006; Foucault, *Saber*, 1991 y Foucault, *Vigilar*, 1984.

⁸⁰ López Piñero, *Breve*, 2008, p. 136.

pues la exploración de los cadáveres permitía encontrar las claves de las causas reales de muerte de los enfermos.

Estas innovaciones repercutieron en el estudio de los niños, pues al recoger evidencias directas de los cuerpos inertes se pudo conocer con mayor profundidad su fisiología y la patología de sus órganos y tejidos. La medicina exploró no sólo el cuerpo de los niños vivos enfermos, sino los cuerpos sin vida. Este fue precisamente el modelo que se difundió ampliamente por diversos países europeos y del continente americano, entre los que se incluyó México, en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX.⁸¹ De hecho, por citar un ejemplo, en el programa de estudios de 1911 diseñado para los alumnos de la Escuela Nacional de Medicina por el médico Roque Macouzet “insistía en la práctica de operaciones importantes como la traqueotomía y la intubación de la laringe en «cadáver de niño», ya que todo médico debería estar preparado para practicarlas en cualquier momento y salvar la vida de los infantes”.⁸²

En cuanto a la importancia que revistió la noción de higiene infantil, el profesor francés de clínica de niños Jean Baptiste Fonssagrives afirmó en la lección primera de su *Tratado de Higiene de la Infancia* que “una hora de acción de la higiene sobre el niño, vale un día de los esfuerzos que intentaría más tarde *para la conservación del adulto*”. El catedrático francés veía al niño como una tabla lisa en la que la higiene podía labrar “con entera libertad, su programa de educación”. De hecho, la higiene tenía la virtud de moldear un ser semejante a “una estatua viva, hermosa de formas, armoniosa de proporciones, en la que todo estará colocado y *dispuesto para el vigor y la longevidad*”. Pero si no se seguían sus preceptos se conseguiría lo opuesto, “una obra disforme, defectuosa, sin belleza, *sin porvenir y sin duración*”.⁸³

Consideramos que las palabras plasmadas por Fonssagrives resultan sumamente sugerentes, pues colocó a la higiene en un lugar vital para la vida de los seres humanos, idea que fue ampliamente difundida por los médicos, tanto en el viejo continente como del otro lado del Atlántico. En segundo lugar dejó ver que la higiene tenía diversas ramas y una de ellas —

⁸¹ López Piñero, *Breve*, 2008, pp. 145-150. Para ver con mayor detalle las particularidades de la medicina decimonónica ver Laín, *Historia*, 1972. Para ver la influencia de la medicina científica en el México del siglo XIX ver Martínez Cortés, *Medicina*, 2003. Para el caso de la mirada médica hacia la infancia en el porfiriato ver Del Castillo, *Conceptos*, 2006, pp. 59-84.

⁸² Del Castillo y Aceves, “Roque”, 2010, p. 275.

⁸³ Fonssagrives, *Tratado*, 1885, p. 6.

de gran importancia— era precisamente la higiene infantil; tan poderosa que podía “conjurar” en el niño los efectos de una herencia “sospechosa o mala”.⁸⁴ En tercer lugar señaló su utilidad: la higiene infantil possibilitaba que el niño llegara hasta la edad adulta y gozara de vigor y longevidad. En nuestra opinión estas son precisamente las características esenciales del “futuro ciudadano” dentro de la mirada médica. Características deseables por los individuos y por sus gobernantes, pues una persona sana y vigorosa tiene un mejor desempeño físico al trabajar y por lo tanto contribuye con el desarrollo de su pueblo.

Otra cuestión clave que señaló el médico fue que resultaba indispensable el estudio de “las condiciones fisiológicas que son propias de la infancia”.⁸⁵ Su experiencia en la práctica médica lo había llevado a entender que la higiene y patología infantiles se debían estudiar de forma particular, pues eran diferentes a la de los adultos. Las diferencias radicaban en que “un niño es un ser que se forma; es decir, que construye y perfecciona sus órganos” no se trataba de un diminutivo de un adulto de “un *homunculus*” pues su fisiología era especial, pues “desempeña una función más que el adulto, el crecimiento, y una función menos, la generación”.⁸⁶

Al señalar que los niños tienen características que los diferencian de los adultos, esto también implicaba que niños y adultos no enfermaban de la misma forma, ni en la misma proporción, pues los niños por su constitución resultaban más vulnerables. “Nadie puede negar la fragilidad de la salud en los niños, y los médicos saben muy bien que ella les exige más solicitud y los sujeta a más cuidados que la salud de las personas mayores; esta fragilidad es tanto mayor, cuanto más pequeños son los niños, y buena prueba es de ello la gran mortalidad de la infancia”.⁸⁷ La importancia del texto Fonsagrives es que logró sistematizar un conocimiento médico que ya no era ajeno hacia la salud de los niños.

Los inicios de la puericultura y la pediatría

En medio de este ambiente de renovación que experimentaba la medicina europea, el estudio de las particularidades de los niños fue cobrando mayor relevancia y fue así como surgió la puericultura, entendida como

⁸⁴ *Ibid.*, 1885, p. 6.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 7.

⁸⁶ *Ibid.*, pp. 8 y 16.

⁸⁷ *Ibid.*, pp. 16-17.

los preceptos higiénicos que se deben tener con los niños, o simplemente la crianza de los niños. Disciplina que se fue popularizando entre los médicos a la par que también se desarrollaba la pediatría, el arte de curar al niño.⁸⁸ En opinión de Luc Boltanski el desarrollo de la puericultura, a la vez que se constituyó “como saber autónomo y se organiza en torno a algunos principios fundamentales para formar un cuerpo coherente de conocimientos teóricos y de reglas prácticas” fue:

El resultado de una empresa sistemática que, empezada a finales del siglo pasado [xix] prosigue todavía en la actualidad [1969], y no constituye más que un elemento de un proyecto más amplio, más ambicioso: regular la vida, particularmente la de los miembros de las clases bajas, regular todos los actos de la vida, incluidos los más íntimos y los más privados, los que se realizan en el hogar.⁸⁹

El argumento de Boltanski nos parece sugerente, pues señala que tuvo lugar un proceso para regular desde el espacio público distintos aspectos de la vida del espacio privado, como fue el cuidado de los hijos. Esto lleva a pensar en un tipo de control, de control social. Entendido como un conjunto de procedimientos (reglas e instituciones) utilizados por la sociedad con el fin de que sus miembros observen determinadas normas de conducta para conseguir un orden aceptado. Este orden es posible gracias a la prevención de comportamientos desviados, reforzando lo que se considera socialmente correcto y sancionando lo que no lo es.⁹⁰

Sin embargo, consideramos que este control que se puede percibir en las sociedades no es una fuerza absoluta que se impone implacablemente sobre los individuos. Nos sentimos más identificados con la argumentación de Anthony Giddens, quien ha señalado que los Estados-nación están

⁸⁸ Un artículo que resume quienes fueron los actores principales del desarrollo de la pediatría y la puericultura en el siglo XIX es Genta, “Anotaciones”, 2006. Para el caso de los estudios en México que han tratado en sus investigaciones el desarrollo de estas disciplinas y su influencia en nuestro país, ver Del Castillo, *Conceptos*, 2006 y Román, “Instituciones”, 2010.

⁸⁹ Boltanski, *Puericultura*, 1974, p. 7.

⁹⁰ Ver Foucault, *Vigilar*, 1996. Donzelot retoma estos postulados y sostiene que en las sociedades occidentales se pueden percibir políticas que controlan o actúan sobre el cuerpo, la salud, las formas de alimentarse y de alojarse, las condiciones de vida, sobre todo el espacio cotidiano a partir del siglo XVIII. Donzelot, *Política*, 1990, p. 10.

estructurados y por lo tanto articulan reglas, entendidas como elementos normativos y códigos de significación, que expresan formas de dominación y de poder, y por una parte implican interacción social y por otra parte constituyen la sanción de modos de conducta social. Pero esto no quiere decir que los individuos quedan inmersos como “seres dóciles” en instituciones que pareciera que detentaran el poder por sí mismas, aunque generalmente dependen de la jerarquía burocrática de los Estados-nación, tales como prisiones, hospitales, establecimientos asistenciales o escuelas.⁹¹ Por lo tanto, veremos cómo las nociones de puericultura y pediatría penetraron en las estructuras de las sociedades occidentales e influyeron en la conducta social de parte de la población; pero que a la vez se dio un proceso de dialéctica de control, como lo denomina Giddens, donde esta población también se llegó a manifestar y por lo tanto también influyó en cierta forma en la conformación de estructuras sociales.

La palabra puericultura se dice que fue acuñada en 1865 por el médico francés Alfred Pierre Caron, pero fueron los médicos franceses de la Escuela de París como Adolphe Pinard (1844-1934), quienes gracias a sus escritos basados en sus observaciones durante los partos y en los primeros hospitales infantiles de la década de 1860, dieron vida tanto a la puericultura como a la pediatría. Estos hospitales sirvieron de alguna forma, como señala Laín Entralgo, para ilustrar a la sociedad acerca de cómo tener un “cuidado racional de los niños”. Además sentaron lo que los médicos señalaron como las bases científicas de la puericultura, a la vez que permitieron el avance científico de la pediatría al profundizar en las causas de las enfermedades de la infancia. En suma, disciplinas que posibilitarían una mejoría para la familia y la raza como plasmara Fonssagrives.⁹²

Así, el cuidado científico del niño conjuntaba dos esferas, la pediatría y la puericultura, ligando así la parte médica con la de orientación social, como señala Birn. La autora señala que en esta época tanto en Europa como en Estados Unidos y Latinoamérica la salud infantil fue un área de creciente interés en la medicina. Prueba de ello es que a finales de la década de 1890 se crearon docenas de nuevos puestos y departamentos de medicina infantil en distintos países. La pediatría fue aceptada por los

⁹¹ Giddens, *Constitución*, 2006, pp. 32-60.

⁹² Fonssagrives, *Tratado*, 1885, p. 706. Para ver los nombres de algunos de estos médicos franceses cuyos textos llegaron a la Escuela de Medicina en México a finales del siglo XIX ver Del Castillo, *Conceptos*, pp. 60-61.

círculos médicos alrededor de 1900, y desde entonces esta incipiente especialidad continuó en ascenso con programas nacionales de entrenamiento, un nuevo grupo de pediatras profesionales, que plasmaron las nociones de su ejercicio médico en foros como asociaciones nacionales pediátricas y congresos, junto con revistas nacionales de pediatría.⁹³

La atención materna e infantil en México en el siglo XIX México no fue ajeno a estos procesos y para la década de 1860 uno de los intereses del gobierno liberal de Benito Juárez fue favorecer y brindar atención médica a las mujeres próximas al momento del parto, a los recién nacidos y a los niños. Interés que iba acorde con lo que se vivía en países como Francia, Inglaterra, Alemania o Estados Unidos, donde la madre era vista como la responsable de administrar el hogar, transmitir los valores y moral a los hijos a la par de educarlos. Retomamos la atención médica materna e infantil en esta década en vista de que durante las primeras cuatro décadas de México independiente la atención hospitalaria pasó por momentos de crisis, y la atención infantil siguió a cargo principalmente del Hospicio de Pobres y la Casa de Cuna. “No hay referencia a la atención u hospitalización de niños enfermos durante las primeras décadas de la vida independiente de México, hasta 1861, en que se le quita al clero el manejo de la Beneficencia Pública, y queda al amparo del gobierno republicano”.⁹⁴

A pesar de que durante el gobierno de Juárez la atención a los niños y a sus madres había tomado mayor importancia a los ojos de la jerarquía gubernamental, los establecimientos destinados para su atención seguían siendo limitados. De allí que las autoridades civiles se interesaron por establecer una Maternidad en la que los médicos atendieran a las mujeres encinta, principalmente durante el proceso del parto, con lo que se esperaba una reducción en la elevada mortalidad que resultaba tanto para las madres como para los recién nacidos. Para 1861 sólo se contaba con el Departamento de Partos Ocultos del Hospicio de Pobres, por lo que la creación de la Beneficencia Pública y la puesta en marcha de un Hospital de Maternidad e Infancia constituyeron un paso importante en la atención

⁹³ Birn, “Child”, 2007, p. 688.

⁹⁴ Gómez, “Atención”, 1997, p. 311. Otras referencias que dan cuenta de esta situación son el informe que elaboró Joaquín García Icazbalceta en 1863, que fue publicado años después, García Icazbalceta, *Informe*, 1907; Abadiano, *Establecimientos*, 1878; Peza, *Beneficencia*, 1881 y Velasco, *Niño*, 1935.

de madres y niños. No se sabe si el proyecto juarista se puso en marcha o no, pues sólo se conservan los decretos de apertura y extinción del Hospital, con prácticamente dos meses de diferencia.⁹⁵

De hecho Joaquín García Icazbalceta señaló en 1863 en su *Informe sobre los establecimientos de beneficencia* que fue entregado a Maximiliano y Carlota, que no eran pocas las mujeres sin recursos que necesitaban atención médica al momento del parto. Atención que se debía ministrar en tiempo y de forma adecuada para preservar la vida de la madre y su hijo:

Muy considerable es el número de mujeres y niños que perecen por falta de auxilios en esa hora, y sería un gran bien proporcionarles cuánto antes un asilo del que hoy carecen y en donde hallasen una asistencia esmerada. Llamo muy especialmente la atención de vuestra señoría [Maximiliano] acerca de este punto, que en mi opinión debe ser uno de los primeros que se arreglasen.⁹⁶

Esta afirmación era relevante, pues era un hecho, no sólo en nuestro país, que el parto era una situación de riesgo natural y temida por muchas mujeres, como ha señalado para el caso europeo Michela de Giorgio.⁹⁷ Así, el establecimiento y funcionamiento ininterrumpido del Hospital de Maternidad e Infancia a partir de 1866 permitió que la enseñanza médica a la cabecera de las parturientas y los recién nacidos comenzara a tomar

⁹⁵ El Hospital de Maternidad e Infancia fue establecido por el gobierno de Benito Juárez en 1861, aunque se cerró dos meses después. Fue retomado por Maximiliano y Carlota, quienes lo mantuvieron en funcionamiento a partir de 1866, guiados en buena medida por los preceptos europeos acerca de la atención a la maternidad. Desde ese momento funcionó como una institución de caridad y un hospital para la clínica de partos de la Escuela de Medicina. Asistía a las mujeres que estaban en los últimos meses de embarazo y a las que por algún motivo especial, a juicio del director, debían permanecer allí en alguno de los dos departamentos separados en los que estaba dividida la también conocida como Casa de Maternidad: el de partos ocultos y el de partos públicos. Posteriormente, el 9 de febrero de 1869 se decretó que la sección de niños enfermos que se encontraba en el Hospital de San Andrés, pasara como un departamento a la Maternidad, por lo que en lo sucesivo se le denominó Hospital de Maternidad e Infancia. Así, a partir de este momento, en el Hospital se sumó a la atención a las madres, la atención de los niños, hasta 1905, cuando ambos departamentos se trasladaron al recién inaugurado Hospital General. Ver Alanís, “Hospital”, 2007.

⁹⁶ García Icazbalceta, *Informe*, 1907, pp. 150-151.

⁹⁷ Giorgio, “Modelo”, 1994, p. 211.

mayor relevancia; lo cual junto con los avances de la medicina, posicionaron a los médicos en un lugar privilegiado auspiciado por las autoridades gubernamentales.

Además si las autoridades estaban interesadas en tener ciudadanos sanos, se debía comenzar por procurar que las madres y sus hijos estuvieran saludables. Asunto que no resultó trivial, pues el Estado se involucró de forma más directa con la figura materna. De hecho, en la Ley Orgánica de Instrucción Pública en el Distrito Federal de 1867 se señaló que en la instrucción secundaria para personas del sexo femenino, entre otros menesteres, se debía enseñar: “higiene y economía domésticas, deberes de las mujeres en sociedad, deberes de la madre con relación a la familia y al Estado”.⁹⁸ Durante las décadas que siguieron a la apertura del Hospital de Maternidad e Infancia, hasta los albores del siglo xx, las autoridades porfirianas continuaron destinando atención a la salud de las mujeres parterizas y a sus hijos. Sin duda la labor de este Hospital representa los primeros pasos del proceso de medicalización del embarazo y parto, pero fue a lo largo del siglo xx cuando este proceso logró realmente extenderse, principalmente en los espacios urbanos.

La Beneficencia Pública fue desde 1861 la instancia encargada de administrar los diferentes establecimientos asistenciales y hospitalarios. A partir de 1877, poco después de que Porfirio Díaz asumió la presidencia, se implementaron cambios administrativos en la organización de la Beneficencia Pública, que permitieron que las labores asistenciales y hospitalarias cobraran un lugar relevante a finales del siglo xix. La presencia de los médicos se acrecentó en los hospitales y dispensarios médicos, pero también estuvieron presentes en los diversos establecimientos asistenciales, tanto los que atendían a la población adulta, como a la infantil.⁹⁹

⁹⁸ “Ministerio”, 1867.

⁹⁹ Un ejemplo es el Tecpam de Santiago, uno de los establecimientos responsables de brindar asistencia a la población infantil menesterosa en las últimas décadas del siglo xix. Los médicos que atendían a la población asilada en condiciones de higiene que encontraban, y las enfermedades que aquejaban a los internos. Ver Lorenzo, “Tecpam”, 2007, pp. 258-259. Algunas de las fuentes en que se puede ubicar los establecimientos asistenciales y hospitalarios que asistieron a los niños desamparados a lo largo del siglo xix y ubicar los cambios por los que atravesaron con el paso del tiempo y con el establecimiento de la Beneficencia Pública; a la vez que se pueden encontrar pistas sobre la participación de los médicos en dichos establecimientos son: García Icazbalceta, *Informe*, 1907; Abadiano, *Establecimientos*, 1878; Peza, *Beneficencia*, 1881 y Velasco, *Niño*, 1935.

Fue en este afán de construir una nación a finales del siglo diecinueve cuando, como ha señalado Claudia Agostoni “la salud pública, la higiene y la salubridad figuraron entre los principales programas de la empresa gubernamental. Una suma de individuos sanos, trabajadores e higiénicos era considerada como un requisito esencial para el orden social y para la estabilidad interna de la nación”.¹⁰⁰ La buena salud y la posibilidad de una larga vida se volvieron requisitos para los miembros de la sociedad. En busca de ese ideal las autoridades porfiristas articularon diversas prácticas para difundir mejores hábitos higiénicos entre los diversos sectores de la población y se enfatizó la idea de ciudadano; por lo que se debía poner atención en las condiciones que se tenían desde la infancia. Pues si no se mejoraban las condiciones de sus ciudadanos desde la niñez, la población en la edad adulta reflejaría los problemas de salud no atendidos y menguarían ese ideal. De no lograr una mejoría en los hábitos de salud de la población “lo que estaba en peligro era el desarrollo y la fortaleza de los futuros ciudadanos: los niños”.¹⁰¹

Así, la higiene fue una práctica concreta en la que se concentraron los médicos y las autoridades sanitarias porfiristas. Para ello se articularon diversas acciones para difundir mejores hábitos higiénicos en buena parte de la población, sobre todo entre los amplios sectores para moldear a los futuros ciudadanos. “El Estado y los profesionales de la Medicina buscaron afanosamente transformar al país —y de manera muy particular a la ciudad de México— en un espacio sano, cómodo y limpio, y a sus habitantes en individuos saludables, trabajadores y de utilidad para el Estado”. Y como han señalado en sus respectivos estudios Claudia Agostoni y Mario Barbosa esta dinámica particular en la ciudad de México obedeció a que durante el porfiriato la ciudad creció a un ritmo acelerado, tanto en extensión como en habitantes, “lo cual provocó que sus condiciones sanitarias e higiénicas empeoraran y que las desigualdades entre ricos y pobres se acentuaran”.¹⁰²

¹⁰⁰ Agostoni, “Salud”, 2001, p. 73.

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 89. Para la década de 1920 Susana Sosenski también ha señalado que las autoridades seguían sosteniendo que si se quería una población sana “la higiene debía ser una práctica cotidiana”. Sosenski, “Diversiones”, 2006, p. 46. Este discurso será recurrente aún en las décadas de 1930 y 1940, como se verá en los capítulos siguientes.

¹⁰² Agostoni, “Salud”, 2001, p. 76. Ver también Agostoni, *Monuments*, 2003 y Barbosa, *Trabajo*, 2008, pp. 40-42.

Luis E. Ruiz, uno de los médicos higienistas más importantes en la época, escribió diversas obras sobre “el arte de conservar la salud”, es decir, la higiene, entendida como “el conjunto de reglas cuya observancia nos hace permanecer sanos”. Cuestión que cobró relevancia, pues como se ha señalado, las autoridades de la época consideraron que la salud era “el primero de los bienes” y era necesario para “la prolongación de la vida”. De lo que resultó que conservar la salud era indispensable para que los individuos pudieran “consagrarse a trabajar”, a la vez que aumentaba su “vigor físico y mental”. No era fortuito el énfasis que se le dio a la higiene, pues los índices de mortalidad —sobre todo la infantil— eran preocupantes. De allí que Ruiz escribiera en 1898 *Nociones elementales de higiene* y dedicara sus páginas “a la niñez y a la juventud” de su “amada Patria” pues estaba seguro de que al seguir “las sencillas nociones y los elementales preceptos” de higiene se garantizaría la salud de todos, especialmente de los grupos desposeídos.¹⁰³

Con esta motivación de fondo, los médicos comenzaron a intervenir en diversos escenarios para atender a la infancia, y a la vez que buscaron los mecanismos para conservar y mejorar su salud, contribuyeron a delinear un modelo de niñez. Un modelo más “ideal” que sirvió como parámetro para ver hasta qué punto los niños se acercaban o no a dicho ideal. De allí las constantes referencias que se encuentran en los escritos de la época referentes a la articulación de mecanismos que les permitieran actuar para corregir lo “anormal”, lo “degenerado”.¹⁰⁴

¹⁰³ Ruiz, *Nociones*, 1898, pp. 3-4, 89. Otro de los escritos de Ruiz dedicado a la niñez fue “Cartilla de higiene acerca de las enfermedades transmisibles, destinada a la enseñanza primaria”. Ruiz, “Cartilla”, 1903.

¹⁰⁴ La idea de “degeneración racial” tuvo auge en el último tercio del siglo XIX. La preocupación por combatir los altos índices de criminalidad llevó a abogados, médicos, antropólogos, biólogos y sociólogos a buscar en los individuos las causas que los llevaban a cometer actos criminales. Influidos por las ideas que derivaron del determinismo biológico, la antropometría e ideas eugenésicas, las autoridades fueron conformando la idea de que había razas que se degeneraban y por lo tanto había que introducir medidas de higiene y educación para combatir elementos nocivos como el alcoholismo y la sífilis. Se llegó incluso a sostener que había individuos que no eran aptos para reproducirse porque podían heredar características degenerativas. En este contexto los niños desde su nacimiento cobraron relevancia, pues eran a quienes se podía “regenerar” durante la infancia. Ver Speckman, *Crimen*, 2002; Del Castillo, “Médicos”, 2005; Del Castillo, *Conceptos*, 2006 y Urías, *Historias*, 2007.

Tres ejemplos del quehacer de algunos médicos que se preocuparon en distintas temporalidades por la salud de los niños porque consideraban que los malos cuidados podían desencadenar una secuencia de eventos que los llevaría finalmente a la delincuencia y por lo tanto era su deber contribuir para evitarlo, dejaban ver que de los problemas respiratorios a la delincuencia, prácticamente sólo había un paso. En el año de 1906 un médico del reformatorio señaló:

Podemos hacer hombres normales de futuros delincuentes, sólo con extirpar los adenoides, esas excrecencias peligrosas que se presentan en la boca o en los conductos nasales del niño. Los adenoides hacen difícil el respirar, y, por consecuencia, se vicia la sangre, enfermando el cerebro. Entonces el pequeño enfermo degenera, se hace malo y puede llegar a la delincuencia. ¡Cuántos criminales se habrían salvado del presidio o del patíbulo si de pequeños se les hubiese operado!¹⁰⁵

En 1921 el médico Pedro Paredo expresó un argumento semejante en la *Gaceta Médica de México* llegando a la conclusión de que de no atender los problemas respiratorios de los niños podía llevarlos a la “degeneración moral”.¹⁰⁶ Por otra parte, en el verano de 1947 el médico Santiago Ramírez, consultante en psiquiatría en el Hospital Infantil, plasmó en un artículo médico sus ideas acerca de aquellos a los que denominó como “niños perversos en período de latencia”.¹⁰⁷ Nuevamente se enfatizó que la intervención de los médicos era vital para contrarrestar los problemas de salud que aquejaban a los niños, que aunados a las condiciones sociales que los rodeaban los podían conducir hacia la delincuencia.

Aunado a la preocupación por los problemas que propiciaban la degeneración de la raza, los médicos positivistas establecieron la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas en 1892, pues temían a las consecuencias a largo plazo de los “venenos raciales”, tales como la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo. Motivo por el que tradujeron su preocupación en la organizaron de férreas campañas alrededor de las cuestiones de sexualidad y reproducción; pues defendían

¹⁰⁵ Citado en Del Castillo, *Conceptos*, 2006, p. 183.

¹⁰⁶ Paredo, “Obstrucción”, 1921, pp. 183-200.

¹⁰⁷ Ramírez, “Niños”, 1947, pp. 448-453.

la idea de que no todos los ciudadanos eran aptos para procrear.¹⁰⁸ Estas campañas junto con las destinadas a combatir la fiebre amarilla, o la malaria formaron parte, de lo que Ana María Carrillo ha ubicado a partir de 1902 como el nacimiento de la salud pública moderna.¹⁰⁹

LOS MÉDICOS Y LA ATENCIÓN MATERNA E INFANTIL EN EL SIGLO XX

Como ha señalado Massimo Salvadori hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX las modificaciones culturales de la industrialización y urbanización capitalistas comenzaron a generar una expansión y crecimiento de producción y consumo. El mundo occidental cambiaba rápidamente. El final del siglo XIX se caracterizó por varios cambios que aceleraron la dinámica de las sociedades, sobre todo del ámbito rural al urbano, como la industrialización, la expansión geográfica, la difusión de las instituciones liberales y de la lucha por la democracia de las organizaciones políticas y sindicales de las masas trabajadoras. Como señala el autor, en un ambiente de optimismo “se abrió paso la idea de que, gracias a la unión de las ciencias naturales y sociales con la tecnología y la industria, el hombre estaba en condiciones de aspirar a una mejora material que acabaría propagándose desde los Estados Unidos y Europa [...] al resto del mundo. En cambio, la primera mitad del siglo XX supuso una desgarradora pérdida de aquella convicción.”¹¹⁰ Para estos momentos los gobiernos de países occidentales estaban generando distintas políticas de bienestar social, no obstante los primeros esfuerzos habían tenido lugar en el siglo XIX.¹¹¹ Y en opinión de

¹⁰⁸ Stern, “Mestizofilia”, 2000, p. 63. Al respecto el texto sobre el médico Alfonso Rafael Ochoa Maldonado describe su actividad dentro de dichas campañas y señala algunos de los textos en que escribió sobre la infancia con ese enfoque. Guerrero, “Doctor”, 1976, pp. 51-63. En las décadas de 1920 y 1930 se llevaron a cabo intensas campañas contra el alcoholismo y la sífilis, como se verá en los capítulos II y III. Dos estudios que han abordado esta temática para las décadas mencionadas son Jiménez, “Lucha”, 2004 y Gudiño, “Campañas”, 2009.

¹⁰⁹ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, pp. 17-18.

¹¹⁰ Salvadori, *Breve*, 2002, pp. 77-78.

¹¹¹ En la Alemania de la década de 1880 Bismarck implementó un proyecto de legislación en que el Estado se ocuparía del bienestar social de las masas de trabajadores. Preludio de lo que más tarde sería el modelo de Estado asistencial, social, de bienestar o *Welfare State*, que introdujo los derechos sociales en la categoría de ciudadanía además de que el Estado debía proporcionar fuentes de empleo y recursos para sostener a los más desprotegidos y proporcionar servicios públicos en materia de vivienda y de salud por medio de un sistema

Knibielher fueron esas políticas de los estados de bienestar y el crecimiento de las ciencias biológicas los “dos fenómenos nuevos que influyen en la historia de las madres y la maternidad”.¹¹²

Las primeras décadas del siglo xx significaron una apertura y recepción a las nuevas corrientes científicas, higiénicas, eugenésicas y pedagógicas que estaban cobrando mayor presencia y buscaban mejorar las condiciones de vida de los infantes, tanto en diversos países europeos como del continente americano. Como señala la historiadora colombiana Susana Romero esto implicó que los debates internacionales introdujeran “una incipiente noción sobre los niños como sujetos de derecho; en un comienzo ese derecho era el de recibir la protección de instituciones públicas y privadas contra la explotación laboral y para la obtención de mejores condiciones de salud”.¹¹³

El cambio de siglo representó para algunos la posibilidad de mejora de lo que en ese momento veían como un mundo decadente y que esperaban que el nuevo siglo, “el siglo de los niños” tuviera una conciencia —como dijo Ellen Key— que haría de los hijos, de su nacimiento, cuidados y educación “el eje de todo deber social” en torno al cual se agruparan leyes, usos y costumbres.¹¹⁴

Sólo quien prevea en los niños los nuevos destinos de nuestra especie, sabrá mover con mano delicada los hilos sutilísimos del alma infantil, destinados a tejer algún día la historia del mundo. Y comprenderá que cada piedrecita que venga a turbar el límpido espejo de aquellas almas, producirá durante siglos las ondas concéntricas de su influencia [...] en nuestros descendientes podemos crear con cierta libertad el destino de las generaciones futuras. El siglo veinte será el siglo de los niños porque a la humanidad le será dado abrazar mejor todo esto, bajo la nueva luz de la teoría de la evolución, y lo será en un doble sentido: los adultos penetrarán en el alma infantil, y conservarán la sencillez de la infancia: en esto la vieja sociedad encontrará su renovación.¹¹⁵

de seguridad social para los ciudadanos que cubriera “desde la cuna hasta la tumba”. Salvadori, *Breve*, 2002, pp. 51-53.

¹¹² Knibiehler, *Historia*, 2000, p. 81.

¹¹³ Romero, “Siglo”, 2007, pp. 617-618.

¹¹⁴ Key, *Siglo*, 1906, t. 1 p. 16.

¹¹⁵ *Ibid.*, t. 1 p. 151.

Las palabras de la escritora sueca transmiten un entusiasmo por los tiempos venideros, junto con la confianza de que esos niños que habían cobrado nuevos significados para la sociedad europea de finales del siglo XIX serían respetados, comprendidos y guiados desde el mundo de los adultos. Lo que debería traer como resultado mejores individuos y por tanto una mejor sociedad. Sin embargo, el alentador pensamiento de un futuro mejor se vería empañado apenas unos cuantos años iniciado el siglo XX por la sombra de la guerra.

De hecho durante 1914 y 1918 con la Primera Guerra Mundial, los países involucrados en el conflicto bélico sufrieron un descenso en los nacimientos, aunado a la entrada emergente de las mujeres al mundo laboral y asalariado y un consiguiente cambio en su dedicación exclusiva a la maternidad. Ambas cuestiones se volvieron asuntos preocupantes para los gobiernos. A esto se sumó que el concepto de infancia se ligó estrechamente con el de su protección y por tanto se convirtió en un periodo de la vida que debía ser acogido y preservado por todos los medios posibles. Knibiehler sostiene que es en este periodo en el que la familia se volvió objeto de decisiones políticas, “donde el Estado se convirtió un superpadre [...] todos los estados fueron más o menos natalistas, todos buscaron medios para ayudar a las familias, todos se preocuparon por la atención médica del parto”.¹¹⁶ Creemos que la autora logra incluir con esta afirmación los cambios que se vivieron en distintos países.

También precisa que la búsqueda de mejores condiciones de salud de la población —y lo que ella denomina una política “natalista”— respondió a objetivos diferentes de acuerdo con los países y regímenes; pero que en el fondo tenían intereses comunes y por lo tanto utilizaron métodos que vistos con perspectiva se puede decir que fueron comunes. En este sentido uno de los factores de cambio que siguió siendo decisivo en el siglo XX fue la intervención médica; especialmente por los avances que generó en el periodo entre guerras.

Para la década de 1940 el desarrollo y desenlace de la Primera y Segunda Guerras Mundiales significaron una profunda transformación no sólo para Europa. Estados Unidos, el gran triunfador de la Segunda Guerra Mundial, afirmó “su primacía económica mundial, su hegemonía sobre

¹¹⁶ Knibiehler, *Historia*, 2000, pp. 81-82.

Iberoamérica y también su superioridad militar”.¹¹⁷ Parte de los costos de ambas guerras fue la pérdida de vidas y el creciente número de menores que quedaron en el abandono y en la miseria y en algunos casos incluso lisiados. Ese fue precisamente uno de los factores clave para que diversas instancias gubernamentales y particulares sumaran esfuerzos para impulsar políticas de protección a la infancia.

LA ATENCIÓN MATERNA E INFANTIL EN MÉXICO EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX

México no estuvo involucrado en la Primera Guerra Mundial, pero vivió un proceso revolucionario. Al final de esta la lucha armada, el Estado posrevolucionario también asumió un papel protector con la población, y encabezó acciones para mejorar la atención médica materna e infantil y por lo tanto pareciera asumirse también precisamente con el adjetivo de un “superpadre”. Los años de la lucha armada revolucionaria trajeron consigo “la pérdida de fuentes de trabajo, el abandono de las campañas de salud pública, el relajamiento de las medidas de higiene privada y el hambre, que se agregó a la desnutrición crónica de siglos del pueblo,” escenario que trajo como consecuencia el agravamiento de las endemias y epidemias.¹¹⁸ Las consecuencias no se hicieron esperar y se dio un aumento en los índices de mortalidad infantil y los problemas de higiene, a la par que el presupuesto destinado al sector de salud pública y al de beneficencia —como al educativo— se vio disminuido y los establecimientos donde la población vulnerable era atendida, se saturaron. Esto repercutió en que los establecimientos de la Beneficencia Pública como el Hospital General, el Hospital Morelos, la Escuela Industrial de Huérfanos, el Hospicio de Niños y la Casa de Cuna se saturaran y resultaran insuficientes para atender a la población.¹¹⁹

¹¹⁷ Salvadori, *Breve*, 2002, p. 17.

¹¹⁸ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 24.

¹¹⁹ David Guerrero estudia el devenir de los niños atendidos en los establecimientos de la Beneficencia Pública durante la revolución. Ver Guerrero Flores, “Niños”, 2008. De las diferentes acciones de caridad para auxiliar a la población, que tuvieron lugar durante la revolución, sobre todo durante el mandato de Venustiano Carranza como los asilos constitucionistas o los puestos de socorro ver Valero, *Caridad*, 2002; Aguirre Arvizu, “Beneficencia”, 2000, pp. 41-82.

Cambios en las directrices de la salud

Aunado a esta situación, durante la lucha armada se llevó a cabo un cambio en las directrices de las autoridades sanitarias. El médico Eduardo Liceaga (1839-1920), quien fuera uno de los médicos más prominentes durante las últimas décadas del siglo XIX, médico personal de Porfirio Díaz y dirigiera el Consejo Superior de Salubridad desde 1885, presentó su renuncia al cargo el 29 de septiembre de 1913. Liceaga tomó esta decisión para mostrar su desacuerdo con la inestabilidad política que se vivía en ese momento, justo cuando Victoriano Huerta había usurpado el poder. Aún así, permaneció en la dirección del Consejo hasta el 2 de marzo de 1914. En sustitución, el entonces presidente Venustiano Carranza designó al médico Ramón Macías (1856-1916) y unos meses después, el 29 de agosto de 1914 el general y médico José María Rodríguez (1870-1946), fue nombrado por Carranza presidente del Consejo Superior de Salubridad.

Rodríguez era el médico particular de Carranza y lo acompañó en diversas campañas militares por el norte del país, hasta la llegada de las tropas a la capital en 1914. Estos movimientos militares “pusieron a Rodríguez en contacto personal con generales, principales funcionarios y altos personajes de la contienda [tuvo] visitas y conversaciones con Álvaro Obregón, Felipe Ángeles, Pablo González y Francisco Villa”.¹²⁰ El médico sanitarista Miguel E. Bustamante (1898-1986) describe que en un encuentro que tuvo lugar en 1914 entre Villa y Rodríguez, este último arguyó que entre los revolucionarios no debería haber malos entendidos y fricciones, pues esto llevaba al derramamiento de sangre, y para evitarse de problemas “él prefería actuar como simple médico”. Ante esta aseveración Villa le aclaró “«que no era simple médico», pues lo había conocido como coronel, mandando fuerzas en encuentros con los orozquistas. Terminaron la conversación afirmando Rodríguez que no quería tomar parte activa en la lucha y ver correr más sangre, que lo que deseaba era la paz”.¹²¹ Esto permite ver que durante el movimiento revolucionario hubo varios médicos que participaron, y a la par de que ejercieron su profesión y lucharon en la contienda, fueron formando alianzas con los líderes revolucionarios. Tal fue el caso de Rodríguez, quien tuvo una relación estrecha con Carranza y

¹²⁰ Una semblanza de la vida de José María Rodríguez y su contribución en el área de la salud en México se encuentra en Bustamante, Cinco, 1986, pp. 63-96.

¹²¹ *Ibid.*, p. 75.

fue designado como presidente del Consejo Superior de Salubridad y además intervino activamente para mejorar las condiciones de salud pública.

Con este cambio en el Consejo Superior de Salubridad se esperaba que hubiera una disminución de los males que azotaban a la población. Se esperaba que el sucesor de Liceaga lograra “el saneamiento completo de la ciudad de México y de las municipalidades, la desaparición de la viruela, del tifo, de la escarlatina y de todas las otras enfermedades transmisibles, y por estos medios disminuir la mortalidad hasta donde la habían disminuido los pueblos más adelantados”.¹²² Uno de los puntos en los que se enfocaron las autoridades fue la higiene. Carranza había encargado al ingeniero Alberto J. Pani la realización de un estudio sobre la higiene en México.¹²³ Los resultados que presentó en 1916 no fueron muy halagadores, pues evidenciaba que el país pasaba por un atraso considerable en el que la pobreza y la falta de condiciones higiénicas se encontraban presentes en la minada salud de la mayoría de la población.

Pani no era el único que percibía tal situación, por el contrario, varios médicos, como José María Rodríguez se interesaron en conocer las vinculaciones de la enfermedad con la miseria y la ignorancia.¹²⁴ Como diputado por el estado de Coahuila, pronunció un discurso ante los constituyentes en las sesiones del Congreso Constituyente en 1917, en el que enfatizó que “en México, la falta de higiene salta a la vista de uno a otro confín de la República” y que por lo tanto era una necesidad nacional la unificación de la higiene en todo el país. Sus argumentos entretejen una serie de elementos que ya estaban presentes desde el siglo XIX, como la degeneración y el anhelo de que la población fuera sana y longeva, pero que en el marco de la reconstrucción nacional cobraron gran fuerza y en buena medida involucraron a la niñez.

La acción del gobierno sobre la unificación de la higiene, se impone, por la necesidad de la regeneración de nuestra raza enferma. Se impone porque el primero de todos los problemas en la vida es el problema de vivir el mayor tiempo posible y de la mejor manera posible. Este problema es también un

¹²² Martínez y Martínez, *Del Consejo*, 2000, p. 25.

¹²³ Alberto J. Pani fue primero estudiante de medicina, carrera que abandonó para inscribirse en ingeniería. Ya graduado, formó parte del gabinete de Francisco I. Madero y posteriormente del de Venustiano Carranza. Ver Martínez y Martínez, *Consejo*, 1997, p. 287.

¹²⁴ Bustamante, *Salud*, 1985, p. 8.

problema económico y social de una trascendental importancia para nosotros. La fuerza de nuestra nación estará en razón del número de habitantes y de su riqueza individual y colectiva; pero si los componentes de nuestra raza en inmensa mayoría están degenerados por el alcohol y son descendientes de alcohólicos o de degenerados por enfermedades y por añadidura pobres, miserables, que no pueden trabajar ni luchar por la vida con ventaja, por su inhabilidad física y naturalmente moral, tendréis entonces disminuida la fuerza nacional que el gobierno de hoy en adelante intervenga, aún despóticamente, sobre la higiene del individuo, particular y colectivamente.¹²⁵

Efectivamente, las autoridades sanitarias se habían preocupado por frenar la propagación de la sífilis desde el porfiriato. Preocupación que continuó vigente y durante las primeras décadas del siglo xx el Departamento de Salubridad desplegó importantes campañas con el fin de terminar con el que era considerado por algunos médicos como uno de los “venenos sociales”. Durante la administración de Rodríguez se elaboraron varios trabajos sobre la sífilis y la propuesta de una comisión especial que pretendía exigir como requisito a los varones que desearan celebrar el contrato del matrimonio un certificado que mostrara que no padecían sífilis. El certificado debía ser emitido por el Departamento de Salubridad o por los laboratorios bacteriológicos aceptados por dicho Departamento y debía especificar que se había practicado la reacción de Wasserman y que el resultado era negativo. Si los contrayentes no presentaban el certificado, las autoridades civiles no les podrían permitir celebrar el matrimonio.¹²⁶

En otro de sus discursos ante los constituyentes, Rodríguez señaló enérgicamente que la salubridad debía llegar a todos los confines de la República y que “todos los pueblos civilizados sin excepción, la autoridad sanitaria es la única tiranía que se soporta en la actualidad, porque es la única manera de librar al individuo de los contagios, a la familia, al Estado y a la nación; es la única manera de fortificar la raza y es la única manera de aumentar la vida media, tan indispensable ya en nuestro país”.¹²⁷

Por otra parte, los diversos brotes epidémicos que aquejaban a la población llevaron a Rodríguez a impulsar y participar en reuniones de edu-

¹²⁵ Citado en Martínez Cortés, *Consejo*, 1997, pp. 298-299.

¹²⁶ Bustamante, *et al.*, *Salud*, 1985, p. 16.

¹²⁷ Citado en Bustamante, *Cinco*, 1986, p. 88.

cación popular sobre higiene, pues insistió en que la ignorancia, la miseria y el alcoholismo ocasionaban atraso en los pueblos, como señaló Miguel Bustamante. Desde entonces una constante en los programas gubernamentales fue:

La acción sanitaria y en pro de la higiene, cuyos puntos principales consisten en la introducción de servicios fundamentales para la vida de las colectividades, como de agua, de atarjeas y demás relativos a la salubridad general, y en combatir las causas de las epidemias y de la mortalidad infantil, ya que mientras no desaparezcan las lamentables condiciones higiénicas que actualmente prevalecen, resulta infructuosa la lucha por medio de medicamentos, cuya acción, demasiado restringida, es sólo uno de los factores que pueden resolver el problema.¹²⁸

En opinión de Knight “esta lucha no salió a la luz por primera vez en este siglo”, refiriéndose al xx. Por lo que puntualiza que el proyecto revolucionario no fue el primer esfuerzo para moldear el carácter del pueblo mexicano “desde arriba”. Más bien retomó en parte características de las políticas liberales que lo precedieron. “Toda una gama de políticas con que pretendían moralizar, disciplinar, educar, y limpiar (tanto literal como metafóricamente) el errante pueblo Mexicano. Como dijo un constituyente de 1917, la nueva Carta Magna mexicana debió de escribirse no sobre tabletas de piedra, sino tabletas de jabón”.¹²⁹

Hasta finales de 1917 la máxima autoridad sanitaria del país seguía siendo el Consejo Superior de Salubridad. Pero la Constitución de 1917 trajo cambios al respecto. “La consolidación del nuevo Estado iba a permitir hacer realidad el deseo que durante más de tres décadas había tenido la burocracia sanitaria: la creación de un organismo sanitario con jurisdicción en todo el país” como ha apuntado Ana María Carrillo.¹³⁰ El artículo 73 constitucional en su fracción xvi precisó la responsabilidad gubernamental de defender la salubridad pública, encomendada a un nuevo Departamento dependiente del Poder Ejecutivo: el Departamento de Salubridad Pública, cuyas disposiciones tendrían que ser obedecidas por

¹²⁸ *Ibid.*, p. 18.

¹²⁹ Knight, “Estado”, 1996, pp. 299-300.

¹³⁰ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, pp. 24-25.

las autoridades administrativas del país y que además estaría dotado de facultades dictatoriales en caso de epidemias graves y catástrofes públicas.

En opinión de Luis Mario Fuentes con la Constitución de 1917 “se inició una legislación diferente en materia de salubridad y de beneficencia”, pues se incluyeron “puntos específicos que contribuían al fomento y la construcción de un aparato administrativo capaz de regular de manera sistemática la salud, la educación y la beneficencia pública y privada”.¹³¹ Pero la promulgación de los preceptos nunca es suficiente, pues es necesario que en muchos casos se modifiquen las estructuras de la sociedad para que realmente se apliquen y cobren relevancia, y las cuestiones de salud no son la excepción. Por esto Fuentes aclara: “sin embargo, el proceso de institucionalización de tales derechos llevaría varios años”.¹³²

Estos cambios administrativos se dieron a conocer en diciembre de 1917, cuando se publicó en el *Diario Oficial* la nueva organización administrativa del gobierno carrancista que quedó conformada por siete secretarías y cinco departamentos, uno de los cuales se encargaría, como se acaba de mencionar, de los asuntos sanitarios de toda la federación: el Departamento de Salubridad, cuyo objetivo, atribuciones y relaciones quedaron definidos así: “la salubridad estará a cargo de un Departamento de Salubridad general de la República, que dependerá del Poder Ejecutivo y cuyas disposiciones serán obligatorias por los gobiernos de los estados y reglamentadas por los mismos para su observación”.¹³³

José María Rodríguez fue nombrado como el primer jefe del Departamento de Salubridad Pública hasta el 11 de mayo de 1920, cuando dejó el cargo unos días antes del asesinato del primer jefe del ejército constitucionalista.¹³⁴ Durante su gestión “no perdió oportunidad para señalar la

¹³¹ Fuentes, *Asistencia*, 1998, p. 74.

¹³² *Ibid.*, p. 105.

¹³³ Martínez y Martínez, *Consejo*, 1997, p. 297. Las funciones del Departamento recién creado eran: la legislación sanitaria de la República, la policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras, la inspección sobre sustancias alimenticias, la preparación de vacunas y sueros preventivos y curativos, la vigilancia sobre ventas y uso de sustancias venenosas, las drogas y demás artículos puestos en la circulación, las medidas contra las enfermedades contagiosas, las medidas contra el alcoholismo y los Códigos Sanitarios. Atribuciones que como señalan los autores, habían correspondido al Consejo Superior de Salubridad, mismo que se suprimió en ese momento.

¹³⁴ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 25. Para un estudio que muestra con detenimiento cuales fueron los cambios que fueron transformando las instituciones directrices de la salud en

oposición que existía entre higiene y miseria. Así, subrayó la necesidad de modificar las condiciones económicas del pueblo mexicano como requisito previo a la mejora de su salud y a la posibilidad de emprender campañas higiénicas de real envergadura”.¹³⁵ Su sucesor, el médico Gabriel Malda (1878-1955), fue el encargado de promover una mejor atención médica a la niñez mexicana.

Los gobiernos posrevolucionarios y la atención infantil
A pesar de las intenciones encabezadas por Rodríguez, los cambios tuvieron que esperar a que terminara la lucha armada revolucionaria. La mejora en las condiciones de salud de la población fue una de las preocupaciones del general Álvaro Obregón, quien durante su presidencia de 1920-1924 y con el país prácticamente pacificado dispuso de mayor presupuesto, entre otros rubros, para el Departamento de Salubridad, la Beneficencia Pública y la recién creada Secretaría de Educación Pública, lo que facilitó que se pusieran en marcha diversos proyectos, que se retomarán más adelante. En su informe presidencial de 1921 Obregón señaló que se habían “hecho esfuerzos vigorosos encaminados a la más amplia difusión de la educación popular y al mejoramiento moral y económico de las clases proletarias” a lo que los diputados respondieron que efectivamente mostraba “un considerable aumento de labor a favor de los necesitados, no sólo correspondiente al aumento de la población, sino el empeño que se pone en hacer efectivos los socorros públicos”.¹³⁶

Como ha señalado Sosenski, en este periodo de “reconstrucción nacional” las autoridades gubernamentales tenían que intervenir entre los diversos escenarios en los que, “la retórica de «la gran familia revolucionaria» exigió no sólo educar y alfabetizar a una población mayoritariamente analfabeta, sino también ejecutar programas de modernidad y saneamiento público”.¹³⁷ Sin embargo, los pasos para concretar estas acciones no se dieron de inmediato, sino que llevaron cerca de dos décadas para que realmente comenzaran a alcanzar a un mayor número de la población. Ya para mediados de la década de 1920 la bandera era “la proclamación de

México desde su Independencia ver Martínez Cortés, *Miasmas*, 1993; Martínez y Martínez, *Consejo*, 1997; Martínez y Martínez, *Del Consejo*, 2000.

¹³⁵ Viesca, “*Gota*”, 2008, p. 197.

¹³⁶ *Informes*, 1924, pp. 101 y 104.

¹³⁷ Sosenski, “*Diversiones*”, 2006, p. 39.

nuevos códigos morales y sanitarios. Ésta fue la década de las «campañas» de higiene, alcoholismo, alfabetización” y contra la mendicidad.¹³⁸

A partir de la década de 1920 el proceso de medicalización del embarazo, parto y puerperio que había comenzado en el siglo XIX —como ya se mencionó líneas atrás— tuvo su gran auge, sobre todo en el ámbito urbano, pues estos cambios se vivieron con menor intensidad en el ámbito rural. “Entre los años veinte y los setenta, cada vez más mujeres iban a tener sus hijos a los hospitales y el hogar dejó de ser el lugar en el que los bebés llegaban al mundo. Madres e hijos quedaban en manos de los médicos”.¹³⁹

Este proceso de medicalización puede ser visto por lo menos desde dos perspectivas. Una es que el tránsito del espacio privado del hogar al espacio público del hospital implicó que los médicos y las autoridades sanitarias —respaldadas por las autoridades gubernamentales— descalificaran “un oficio femenino tan antiguo y tan importante como el de la partera, forma esencial de solidaridad femenina” como lo apunta Knibiehler para el caso europeo. El caso mexicano ha sido estudiado por Ana María Carrillo y ha mostrado también que a partir del siglo XIX las parteras tituladas comenzaron a ser reglamentadas en su ejercicio. Esto no implicó la desaparición de las prácticas cotidianas de las parteras empíricas, es decir, aquellas que transmitían su oficio de generación en generación. De hecho las parteras empíricas debieron superar en número a las tituladas, y a pesar de las políticas y restricciones, su presencia ha permanecido. Respecto a las parteras tituladas las autoridades estipularon que:

Ellas podían atender sólo los embarazos y partos normales —aunque fueron cambiando los límites entre lo que la profesión médica consideraba normalidad o anormalidad—; finalmente, se sostuvo que los médicos debían atender todos los partos. Esto coincidió con grandes avances en ginecología, que hicieron mucho más seguros los embarazos y partos con complicaciones, pero implicaron también una mayor intervención médica.¹⁴⁰

Precisamente en este punto hay un anclaje con la otra perspectiva de este proceso de medicalización: “el descenso abrupto de la mortalidad

¹³⁸ *Ibid.*, p. 39.

¹³⁹ Knibiehler, *Historia*, 2000, p. 86.

¹⁴⁰ Carrillo, “Nacimiento”, 1999, p. 189.

neonatal y materna, los gigantescos avances de la obstetricia y de la ginecología, el perfeccionamiento de los cuidados a los niños”.¹⁴¹ Un argumento central de las autoridades mexicanas para una mayor intervención médica en el cuidado infantil, sobre todo en los primeros años de vida, fue el de abatir los altos índices de mortalidad infantil. Argumento que a la vez sirvió para legitimar la eficacia gubernamental cada vez que se difundían los índices de disminución de la mortalidad. Fenómeno que no sólo se dio en nuestro país, pues como señala Paulí Dávila:

Uno de los problemas clave que había que paliar, a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, era el de la mortalidad infantil, que en la mayoría de los países occidentales alcanzaba altas tasas, cuyas causas se debían al abandono infantil, al trabajo de los menores, a las condiciones de insalubridad de las viviendas populares, a la mala alimentación, etc. La solución a estos problemas se basaba sobre todo en la intervención protectora sobre las mujeres y los niños.¹⁴²

Fue así como la disminución de los altos índices de mortalidad infantil, la desnutrición y el analfabetismo, la regulación del trabajo a temprana edad, la mejoría de las escasas condiciones salubres en que se encontraban cientos y cientos de niños, la protección a los menores cuando se atravesaba por un conflicto armado, entre otros rubros, fueron preocupaciones que animaron a diversos gobiernos a emprender acciones que mejoraran las condiciones de vida de aquellos que se convertirían en futuros ciudadanos.

Sin embargo, la protección y los cambios que se llevaron a cabo en la atención médica materno infantil no se llevaron a cabo de manera siempre exitosa, como si no hubiera obstáculo alguno por vencer. Más bien se trató de un proceso complejo, en que los diversos sectores de la población tuvieron una recepción distinta de las ideas que los médicos encabezaban y en numerosas ocasiones quisieron imponer. La población, y en concreto las madres de familia desarrollaron un proceso de selección de aquellos elementos que les fueron útiles y los que no lo eran, simplemente los modificaron o los desearon. En otras palabras mostraron que no eran meramente sujetos receptores, sino que tenían la capacidad de mostrar resistencias.

¹⁴¹ Knibiehler, *Historia*, 2000, p. 86.

¹⁴² Dávila, “Largo”, 2008, p. 74.

A principios de la década de 1920 se impulsaron acciones para mejorar las condiciones de los establecimientos de salud pública y los de carácter asistencial que atendían a la niñez. En este contexto, los médicos del Departamento de Salubridad comenzaron a tomar medidas para cambiar el panorama de salubridad de la población. “Los tiempos cambian y nosotros cambiamos con ellos” fueron las palabras con las que el médico Gabriel Malda, jefe del Departamento de Salubridad, iniciaba la publicación de la nueva época del *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* a mediados de 1921.

Con el firme propósito de seguir los deseos del Poder Ejecutivo, el Departamento de Salubridad “cree ponerse en camino para alcanzar, de que sea una oficina donde se trabaje a base de ciencia, y de que todos los elementos procuren poner toda su buena voluntad para hacer el bien y resguardar la salud de nuestros semejantes”. El *Boletín* contó con una nueva presentación con la finalidad de que fuera accesible a la sociedad en general y al público médico en particular y por lo tanto tuviera una función más práctica al reducir los cuadros sinópticos y presentando de forma más extensa la propaganda y la difusión de los conocimientos.¹⁴³ Estos cambios fueron más allá del formato del *Boletín* y su difusión que pretendía alcanzar a un mayor número de la población, pues reflejaron los aspectos de salud e higiene en los que se estaba centrando el Departamento de Salubridad.

Unos cuantos años después, mientras las autoridades sanitarias continuaban trabajando para que las personas adoptaran los preceptos higiénicos —lo que deja ver que la población no se estaba apropiando de las disposiciones emitidas por las autoridades sanitarias— también se ocuparon de los problemas de la salubridad pública. Para 1925 el médico Bernardo J. Gastélum (1886-1982) estaba al frente del Departamento de Salubridad y orientó parte de las actividades hacia los “asuntos de salubridad pública general”; ya que se percató de que debían ir más allá de las funciones que se venían llevando a cabo como las de migración y sanidad marítima. Por lo tanto se propuso extender en un radio federal las actividades del Departamento, estableciendo —entre otras medidas— dispensarios anti-tuberculosos y antisifilíticos en los estados e impulsar una campaña contra las enfermedades venéreas. Pero,

¹⁴³ Malda, “Nueva”, 1921, pp. 1-11.

La medida que se hacía más urgente establecer era la higienización de la leche de consumo, cuyas malas condiciones se hacen notar en *los crecidos índices de mortalidad infantil* [...] interesado en el problema de la mortalidad infantil, el Departamento [...] ha aumentado el número de Centros de Higiene que operaban en la capital y los ha enriquecido en lo posible con los útiles, medicamentos, baños, etc., que se hacían indispensables para su mejor servicio y atención.¹⁴⁴

En aquel momento las autoridades sanitarias mostraban su constante preocupación por disminuir los altos índices de mortalidad infantil. De allí que se tomaran medidas como la supervisión en la distribución de leche o la puesta en marcha a partir de 1922 de dos Centros de Higiene Infantil en la capital. A pesar de que la cita referida menciona que aumentó el número de Centros de Higiene, se debe referir a dispensarios o consultorios, pues no se fundaron otros Centros de Higiene Infantil hasta 1929; cuestión que se verá con detalle en el capítulo iv.

Dos años después, en 1927, Gastélum pronunció un discurso con motivo de la inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea. Señaló que “la revolución hace y seguirá haciendo esfuerzos por desplazar de ella a aquellos que retienen, para su provecho, condiciones y recursos que pertenecen al dominio del pueblo”. Recursos que debían ser empleados en la solución de problemas como los de la salubridad pública. Si bien el Departamento de Salubridad estaba destinando recursos para combatir la lepra, la tuberculosis o el cólera, en esta ocasión había elegido las enfermedades venéreas porque tenían “significación para la felicidad de la familia y el porvenir de la raza”.¹⁴⁵ Al respecto María Rosa Gudiño ha explorado las campañas de salud y educación higiénica en esta época. Ha apuntado que “prevenir a los mexicanos de los años veintes de dos enfermedades llamadas «morales» como lo fueron la sífilis y el alcoholismo, fue un reto que requirió de muy eficaces instrumentos de educación higiénica”.¹⁴⁶

La sífilis estaba considerada —por lo menos desde el porfiriato— como uno de los males que aquejaba la salud de la población y si se buscaba un “pueblo libre, alegre, activo y laborioso” había que combatirla. “El drama de la infección sifilítica” como lo nombró Gastélum, era devastador

¹⁴⁴ “Liminar”, 1925, pp. 5-7. Las cursivas son nuestras.

¹⁴⁵ “Discurso”, 1927, pp. 6-7.

¹⁴⁶ Gudiño, “Campañas”, 2009, p. 180; Gudiño, “Salud”, 2009, pp. 183-187. Este tema será retomado en el capítulo iii.

porque iba más allá del propio individuo al afectar a los hijos —la llamada heredosífilis— quienes debían ser la alegría de sus padres y no padecer enfermedades.

“Recordemos cómo el hijo deforme llena de amargura el hogar y hace la desesperación del padre. Como el niño ciego llena con sus sombras la conciencia de su madre en la que un consejo oportuno podía haberle evitado esa tragedia”. Por tal motivo hizo un llamado a los diversos sectores de la población para que unieran esfuerzos y la campaña fuera exitosa y se alcanzara “la felicidad pública” disminuyendo los alcances de este mal, con lo que “*baremos a los niños felices y a los padres los llenaremos de una delirante y gloriosa alegría*”.¹⁴⁷ Nuevamente, aunque se habla de los padres, quien debió recibir el consejo oportuno, quien pudo evitar una tragedia era la madre. Además aparece claramente la asociación de la buena salud y la felicidad, pues el doctor Gastélum concluye que un niño sin afecciones es un niño feliz y por lo tanto sus padres también lo son, por lo que la salud es la clave para alcanzar “la felicidad pública”. Aunque estas palabras las podemos ubicar como parte de un discurso oficial acerca de la salud, no podemos dejar de lado que se trató de una época en que estos discursos sirvieron de respaldo para la puesta en marcha diversas acciones para tratar de mejorar la salud de la población en general y la salud infantil, aunque los resultados no fueron tan grandiosos como se esperaba en ese momento.

En 1929, con motivo de la inauguración de las nuevas instalaciones del Departamento de Salubridad, el médico Aquilino Villanueva pronunció un discurso en el que señaló que el Departamento a su cargo estaba iniciando una campaña en favor de la infancia. Villanueva la calificó como una “obra de largo impulso” y consideró que “de su prosecución y de su éxito depende, en grandísima parte, el futuro del país”.¹⁴⁸ Uno de los puntos principales de esta campaña fue la creación de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, que en opinión de Villanueva había sido recibida con júbilo por “la nación entera”, por lo que la población brindaba su colaboración. En esta ocasión se recalcó nuevamente que la forma de tener hijos sanos era:

¹⁴⁷ “Discurso”, 1927, pp. 7-8. Las cursivas son nuestras.

¹⁴⁸ Villanueva, “Discurso”, 1929, p. 6.

Cuidando la salud de los padres y muy especialmente la de la mujer que espera a su hijo; es luchando contra los males capaces de transmitirse en herencia; es combatiendo los prejuicios y los errores inveterados que tiene nuestro pueblo para alimentar a sus niños es enseñando a las madres el modo de criarlos y de cuidarlos correctamente, es previniendo y no curando, como ha de realizarse la obra.¹⁴⁹

Una vez más se puede ver cómo a pesar de que se hace referencia a que los padres deben tener buena salud para no transmitir enfermedades, se da mayor importancia a la condición de la mujer. Otra cuestión importante es que las autoridades de salubridad insistieron en que la forma de mejorar la salud infantil era haciendo que la población dejara a un lado “sus prejuicios” y “sus errores” y en cambio acudiera con los médicos, quienes además de curar enfermedades, tenía la función “trascendente” de educar para la prevención de enfermedades. Con lo cual el pueblo aprendería “a ser el guardián de la salud de sus hijos”.¹⁵⁰

Unos cuantos años después, durante el sexenio cardenista, el general y médico José Siurob, jefe del Departamento de Salubridad Pública, mantenía en pie la idea de que las instituciones revolucionarias debían ser guiadas por un alto grado de responsabilidad hacia los grupos sociales desprotegidos. Siurob señaló que su compromiso era contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, para dar generaciones aptas, individuos sanos, alegres, dinámicos, *mens sana incorpore sano*. En suma, como una meta de su política, Siurob se refería a la transformación de la raza, que se lograría mediante la disminución en la tasa de mortalidad, hogares felices, combate y prevención del aborto y de la crianza de hijos sanos como fruto de uniones sanas.¹⁵¹

En 1936 Siurob dio a conocer como parte de la nueva orientación del Departamento de Salubridad, los “Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública en favor de la infancia” en un escrito conformado por 48 puntos.¹⁵² En este declaraba que “el Estado mexicano se considera

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 9.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 10.

¹⁵¹ Agradezco a la Dra. Xóchitl Martínez Barbosa, por haber compartido las ideas que presentó en la ponencia “La revolución mexicana: nuevos conceptos sobre la salud pública y las instituciones responsables de su administración”, texto inédito.

¹⁵² Siurob, “Principios”, 1936, pp. 11-17.

obligado a proteger a toda mujer que en su territorio esté en posibilidades de llegar a la maternidad, para que esta sea sana y provechosa para la especie y para la sociedad”.¹⁵³ Nuevamente nos encontramos ante un discurso que muestra que el gobierno emanado de la revolución destacó que era su responsabilidad que las madres y sus hijos estuvieran sanos, por lo que había puesto en funcionamiento establecimientos como los Centros de Higiene Infantil. Además, Siurob señaló que las acciones de protección a la infancia que emprendía el gobierno se llevaban a cabo por medio de tres instancias, el Departamento de Salubridad Pública, la Beneficencia Pública y la Secretaría de Educación Pública. Cuestión que es importante no perder de vista, pues en esta época era común que los médicos que atendían a la niñez se desempeñaran en varios establecimientos de asistencia infantil, independientemente de la instancia que los administrara.

Dos años después, en 1938, el médico Leónides Andrew Almazán, mencionó en la *Memoria del Departamento de Salubridad*, que dentro de los trabajos que había realizado el Departamento, la “Gran Semana de Higiene y el Niño” que tuvo lugar del 8 al 14 de mayo de ese año fue “sin duda alguna el evento sanitario más importante entre todos los que resume este informe”.¹⁵⁴ Más allá de las palabras elogiosas con las que el jefe del Departamento de Salubridad describió el evento, encontramos un elemento clave en el discurso. Ya no se habla de la madre y el niño como elementos separados, sino como “la más importante dualidad humana”.¹⁵⁵ Esta dualidad materno-infantil, el “binomio madre-hijo”, se volverá desde entonces una constante no sólo en el discurso de las autoridades sanitarias, sino en la práctica médica. De allí que las referencias a la atención médica infantil que encontramos constantemente en esta época no se refieran sólo al niño, sino a la atención materno-infantil. Además, debido a la vulnerabilidad, a la enfermedad y a la muerte durante el embarazo y puerperio de las mujeres y los dos primeros años de vida del niño, los discursos y acciones orientadas a favorecer las condiciones de salud de la infancia se centraron en las madres y en los niños en este rango de edad; aunque también se brindaba atención a la niñez en un rango de edad hasta los catorce años.¹⁵⁶

153 *Ibid.*, p. 11.

154 “Informe”, 1938, pp. 139-140.

155 *Ibid.*, p. 140.

156 Siurob, “Principios”, 1936, p. 12.

Para 1943 el médico Víctor Fernández Manero, jefe del Departamento de Salubridad, volvió a señalar que “la salud es el mayor de los bienes y que tanto las personas como las colectividades deben esforzarse siempre en conservarlas y en mejorarlas”.¹⁵⁷ Por tal motivo el Estado asumía su obligación de conservar la salud de sus ciudadanos y prueba de ello era que ese año se estaba destinando un presupuesto significativamente mayor respecto a los años anteriores y personal para el Departamento de Salubridad Pública, aunque estos seguían resultando insuficientes para atender a la totalidad de la población, sobre todo en las áreas rurales.

Parte de los esfuerzos del Departamento siguieron encaminados a uno de los “propósitos de capital importancia para el bienestar nacional” a “los problemas de la madre y del niño”.¹⁵⁸ Para este año las actividades como las semanas de higiene dedicadas a este sector de la población habían dejado de concentrarse en la capital y estaban llegando a diversos puntos de la República. Se destacó que las conferencias eran parte de las actividades de las semanas de higiene destinadas a las madres y los niños, y en este año “se ha dado preferente atención a temas relacionados con la salud [...] del binomio madre-hijo”.¹⁵⁹ Con lo que se puede ver que para principios de la década de 1940 los esfuerzos destinados por las autoridades de salubridad para atender a la infancia priorizaron la atención de las mujeres embarazadas y los niños en sus primeros años de vida, por lo que hablar de la atención médica infantil de estos años significa en gran parte hablar de madres y niños pequeños, y no tanto de la toda la población infantil que abarcaba desde el nacimiento hasta los catorce o quince años de edad.

Con lo visto en este capítulo se puede ver que a finales del siglo XVIII los médicos comenzaron a generar una nueva mirada sobre la niñez. Una mirada que permitió el surgimiento de la puericultura y la pediatría que posicionaron a los médicos en un lugar relevante a los ojos de la jerarquía gubernamental. Fue así como desde entonces y sobre todo en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, los médicos desarrollaron especialmente con las mujeres un papel de guías en el cuidado del embarazo, el nacimiento, el puerperio y el cuidado de los hijos.

157 “Presupuesto”, 1943, p. 1.

158 “Semanas”, 1943, p. 205.

159 *Ibid.*, p. 206.

En el caso de México se mostró que durante los tiempos ilustrados de las reformas borbónicas se inauguraron los primeros establecimientos que asistieron de forma particular a la niñez, en particular la llamada niñez desvalida. Fue hasta la década de 1860, con el establecimiento de la Beneficencia Pública que cobraron mayor relevancia los establecimientos para asistir a la niñez y darle atención médica, entre los que destacó el Hospital de Maternidad e Infancia. Un espacio que además de brindar asistencia a madres y niños, permitió que los médicos contaran con un espacio para la enseñanza y el aprendizaje.

Ya en el siglo xx, al término la lucha armada revolucionaria fue cuando las autoridades comenzaron a articular una mayor atención asistencial y médica infantil a través de tres instancias, que en ocasiones llegaron a trabajar de manera conjunta: la Secretaría de Educación Pública, la Beneficencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública. De los diversos proyectos que se articularon bajo estas tres instancias entre 1920 y 1943 tomamos como eje los discursos y proyectos que se desarrollaron desde el Departamento de Salubridad Pública. A lo largo de estos años se enfatizó la idea de que una preocupación de los gobiernos emanados de la revolución era que la población mexicana estuviera sana. Uno de los grupos en los que el Departamento de Salubridad centró sus esfuerzos fue el de los niños, los futuros ciudadanos. Aunque se asistió a la población infantil desde el nacimiento hasta los catorce años, buena parte de los discursos y de los proyectos de salud se centraron en el grupo que consideraron un pilar importante en la población y a la vez muy vulnerable a la enfermedad y la muerte: el materno-infantil. Aquel que abarcó a las madres y los niños desde el nacimiento hasta los dos años. Un sector de la población alrededor del cual las autoridades y grupos de profesionistas como los médicos entretejieron discursos y proyectos, como se verá en los siguientes capítulos.

Capítulo II



“SERVIR AL NIÑO ES HACER PATRIA”

MÉDICOS Y ENFERMERAS, LOS GUÍAS DE LA SALUD INFANTIL

Para que sepan que la Higiene es de vital importancia y puedan dar buen ejemplo y guiar a sus hijos en las prácticas higiénicas. Esta pequeña “FIESTA DE LA HIGIENE”, tiene por objeto que ustedes, niños, se acostumbren a cuidar de su salud. Sin salud no hay fuerza, ni vigor y todos los mexicanos debemos procurar ser sanos y fuertes, para servir mejor a nuestra Patria.

Alfonso R. Ochoa¹⁶⁰

Estas fueron las palabras con las que el médico Alfonso R. Ochoa se dirigió a la concurrencia de uno de los eventos organizados por el Departamento de Salubridad Pública para celebrar en 1921 el centenario de la consumación de la Independencia. Se trató de una semana que giró en torno a la figura del niño, pues las autoridades sanitarias consideraron que la mejor forma de contribuir en los festejos del centenario era difundir aquellos preceptos que consideraron eran esenciales para lograr que los niños se mantuvieran sanos. Este festejo se puede contextualizar en una época en que los médicos se convirtieron en participantes activos en los debates internacionales acerca de las condiciones de vida de la infancia y en particular de la atención en su salud.

Los movimientos de protección a la niñez que comenzaron a tener eco a finales del siglo XIX se fortalecieron después de 1900, cuando las organizaciones de salud pública y sus departamentos se expandieron y las agencias de salud nacional se convirtieron en uno de los pilares de

¹⁶⁰ *Memoria de la Semana*, 1921, p. 80.

los nacientes estados de bienestar de varios países latinoamericanos.¹⁶¹ El objetivo de este capítulo es abordar la figura de los médicos como agentes que trabajaron en busca de mejorar la salud pública y el bienestar de la infancia. Al igual que muchos médicos latinoamericanos contemporáneos, tuvieron cargos oficiales y su prestigio aumentó gracias a su compromiso en conferencias internacionales, debates y redes, que comenzaron a manejar una considerable influencia, como ha señalado Birn.¹⁶² Por lo tanto se verá su participación en distintos foros nacionales e internacionales, así como su participación en distintos cargos gubernamentales y dentro del campo de la salubridad. Se abordará la conformación de dos sociedades de carácter científico que permitieron la vinculación de distintas preocupaciones e intereses de los médicos que prestaron sus servicios en distintos establecimientos de asistencia infantil.

Por otra parte se verá la conformación de un grupo de enfermeras visitadoras que difundieron entre varios grupos de la población los preceptos elaborados por los médicos, esto con el fin de enfatizar que médicos y enfermeras fueron respaldados por las autoridades gubernamentales y sanitarias como el cuerpo científico que tenía la función de guiar a la población para preservar la salud de la niñez mexicana.

LOS FOROS DE DISCUSIÓN

Desde las últimas décadas del siglo XIX en diversos países europeos y del continente americano se fueron conformando foros que permitieron a diversos especialistas como demógrafos, abogados, antropólogos, educadores, higienistas y médicos intercambiar opiniones y generaran propuestas para comenzar a intervenir activamente en diversas políticas a favor del bienestar de la niñez. Ya fuera desde el ámbito de la protección jurídica, la asistencia, la educación o la salud las propuestas buscaban mejorar las condiciones de vida de la niñez.

¹⁶¹ Birn, "Child", 2007, p. 687. Un caso fue la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas celebrada del 2 al 5 de diciembre de 1902 en Washington D.C. en la que participaron representantes de 11 países del continente americano. Su objetivo era asegurar una cooperación eficaz para el fomento de la salud en las Américas. Esta reunión marcaría el nacimiento de una de las organizaciones de salud con mayor presencia hasta nuestro días, la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para un estudio acerca del devenir de esta organización ver Cueto, *Valor*, 2004.

¹⁶² Birn, "Child", 2007, p. 687.

Durante el gobierno de Porfirio Díaz se llevó a cabo en la ciudad de México en enero de 1882 el Primer Congreso Higiénico-Pedagógico, en el que se presentó a la niñez como la etapa en que se forman “las generaciones que deben sucedernos y que por lo mismo más tarde o más temprano habrán de sustituir a la sociedad actual”. Los médicos allí reunidos consideraron que en esa etapa de formación de la vida, la pedagogía y la escuela jugaban un papel de suma importancia. Pero que su acción estaba limitada, pues sólo se enfocaban en formar la parte intelectual y por lo tanto descuidaban otros aspectos que también eran importantes en la formación para su futuro, como lo era la higiene escolar, razón por la que pedagogía e higiene debían vincularse más estrechamente.¹⁶³ Este primer foro revistió gran importancia como ha señalado Ana María Carrillo, pues

[...] fue señal de la preocupación que el Estado, los reformadores, los médicos, los maestros y la población en general tenían por el niño: se pensó [...] en la manera de preservar su salud física, mental y espiritual —aprovechando tanto los avances de la pedagogía como los de la higiene—; se empezó a hablar de construir muebles acorde con su tamaño; se consideró la importancia del juego, así como la necesidad de desterrar de las escuelas el maltrato físico. Todo ello, en el contexto de una reconstrucción de la imagen de “niñez”, como fenómeno que sólo podía ser atendido cabalmente por la profesión médica.¹⁶⁴

Efectivamente, aunque desde finales del siglo XVIII los médicos mostraron un interés especial en la niñez y comenzaron a elaborar estudios para entenderlo en su totalidad como un ser con cualidades específicas y diferentes a las de los adultos, en el caso de nuestro país fue en las postrimerías del siglo XIX cuando los médicos con sus conocimientos se posicionaron en un lugar privilegiado para atenderlo. Esto sin olvidar que tanto los médicos como la esfera pedagógica —que también entendía a cabalidad la niñez desde su propia perspectiva— fueron respaldados por las autoridades gubernamentales para poner en práctica sus propuestas y reformas.

¹⁶³ *Memorias del Primer*, 1883, p. 9.

¹⁶⁴ Carrillo, “Servicio”, 1999, p. 73.

Unos cuantos años después, se llevaron a cabo en Bélgica las primeras reuniones internacionales para la protección de los niños. La primera tuvo lugar en 1890 y fue seguida por las de 1894, 1898, 1905, 1911 y 1913. Siendo esta última donde además de congregar a representantes de varios países del orbe, se caracterizó:

Por la unión del médico y del jurista para resolver las múltiples cuestiones relativas a la protección de la infancia; los estudios comunes de las dos potencias científicas dieron por resultado la asociación de las cuestiones médicas e higiénicas con las de los problemas de orden moral y jurídico que eleva el destino de la infancia desgraciada, abandonada o culpable.¹⁶⁵

Durante el desencadenamiento de la Primera Guerra Mundial estos congresos fueron suspendidos, pero en 1919, con la creación de la Sociedad de Naciones y su interés por tratar temas de interés común a distintas naciones, se reanudaron los congresos sobre la protección a la infancia en 1921, una vez más en Bélgica. Asistieron más de 1,200 personas de diversos países, incluyendo México, la mayoría provenientes de los campos del derecho, la medicina y la higiene “consagradas con todas sus energías al servicio del deber social más importante: servir a la infancia.”¹⁶⁶ Uno de los ejes principales de este Congreso Internacional de Protección a la Infancia fue la atención a los niños que sufrieron algún trastorno a consecuencia de la Gran Guerra, por lo que uno de los acuerdos fue crear la Sociedad Internacional para la Protección de la Infancia.

A estos congresos se sumaron los primeros foros panamericanos en que se abordó el tema de la infancia y que tuvieron lugar en Chile en 1912 y en Argentina en 1913. Los Congresos Panamericanos del Niño, que han tenido lugar desde estos años y trataron temáticas similares a los europeos, enfatizaron la atención a la infancia en un contexto interregional y se desarrollaron de la siguiente forma: el I en Argentina en 1916, el II en Uruguay en 1919, el III en Brasil en 1922, el IV en Chile en 1924, el V en

¹⁶⁵ Guajardo, “Informe”, 1921, p. 354. Sánchez Calleja ha señalado que fue a partir de 1921 que se le denominó a este foro como “Congreso Internacional”. La autora señala que a pesar de ser el segundo, no hay referencias que especifiquen cuál fue el primero, pues aparecen como reuniones. Ver Sánchez Calleja, “Niños”, 2006, p. 120.

¹⁶⁶ Guajardo, “Informe”, 1921, p. 353. Para una descripción de las principales características de este Congreso ver Román, “Instituciones”, 2010, pp. 67-73.

Cuba en 1927, el VI en Perú en 1930, el VII en México en 1935 y el VIII en 1942 en Washington.¹⁶⁷ Un elemento que ha resaltado Donna Guy es que estos Congresos Panamericanos fueron organizados en un principio por feministas en Argentina, pero que fueron los médicos, junto con otros profesionistas quienes se involucraron en estos foros para tratar asuntos como la mortalidad infantil y el abandono infantil.¹⁶⁸

Los foros mexicanos 1920-1923

En México el Primer Congreso Mexicano del Niño se llevó a cabo a finales de 1920 y los primeros días de 1921. Se articuló como un foro en el que se reunieron varios de los médicos del Departamento de Salubridad Pública, junto con otros médicos y especialistas de otras disciplinas interesados en la higiene, la puericultura, la pediatría y la eugenesia, entre otros rubros, como la enseñanza y la legislación infantil. Patrocinado por el periódico *El Universal*, que convocó “a todas las personas que deseen estudiar la defensa y el desarrollo físico y moral del niño”,¹⁶⁹ puso en la mesa de discusión diversas inquietudes para mejorar las condiciones del niño en su presente y como futuro ciudadano adulto.

La mayoría de los participantes en este congreso ya ocupaba puestos importantes en el renovado Departamento de Salubridad Pública o en la recién establecida Secretaría de Educación Pública, como los médicos Alfonso Pruneda, Rafael Santamarina, José Manuel Puig Casauranc o Ángel Brioso Vasconcelos. Este último enseñaba en la principal escuela de Medicina en México, la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional y dirigía el Servicio de Enfermedades Transmisibles del Departamento de

¹⁶⁷ Cabe mencionar que este foro sigue teniendo lugar y actualmente es organizado por el Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes, dependiente de la OEA con sede en Montevideo. De hecho en 2014 se llevó a cabo el XXI Congreso en Brasilia. Ver http://www.iin.oea.org/iin/cpn_lista.shtml. Para un recuento de los diversos foros y documentos referentes a la protección o derechos del niño en el siglo XX ver Dávila, “Largo”, 2008. Para un puntual recuento de las principales leyes e instituciones que han tenido lugar en diversos países de América Latina para proteger a la infancia a lo largo del siglo XX ver Romero, “Siglo”, 2007. Para un recuento de los distintos foros y documentos en que se ha tratado la protección a la infancia en México en el siglo XX ver Rivera y Tirado, “Derechos”, 2007.

¹⁶⁸ Ver Guy, “Pan American”, 1998. Eduardo Silveira se ha adentrado en el estudio de los Congresos Panamericanos del Niño. Uno de sus escritos en que ofrece un primer acercamiento al tema es Silveira, “Primeiros”, 2008.

¹⁶⁹ *Memoria del Primer*, 1921, p. 6.

Salud Pública.¹⁷⁰ Félix Fulgencio Palavicini, editor de *El Universal* y quien convocó el congreso, había servido en el campo de la educación pública durante el mandato de Venustiano Carranza y desde entonces se involucró en la atención a la infancia. El Congreso se organizó en seis secciones, encabezando la lista la sección de *Eugenia*.¹⁷¹ El moderador de dicha sección fue el médico Ángel Brioso Vasconcelos. Fueron tres los temas que se abordaron dentro de ésta sección: “Apuntes sobre puericultura intrauterina”; “La herencia eugénica y el futuro de México”, junto con “Influencias psíquicas maternas sobre el niño, durante la gestación”.

Las ponencias dejan ver que las divisiones entre higiene, puericultura o eugenesia eran a veces muy tenues. Espinosa de los Reyes subrayó que la puericultura no sólo tenía como “objeto la conservación de la especie, sino también su mejoramiento, por lo que cabía estudiar las casusas que degeneran la raza, para que restadas aumentemos la cantidad, y, especialmente, la calidad de la especie”. El médico Castillo Nájera opinaba que en ese mo-

¹⁷⁰ Los nombres de los médicos que participaron en el congreso, de acuerdo con la *Memoria* fueron: Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, Dr. Antonio F. Alonso, Dr. Eusebio Guajardo, Dr. Alfonso G. Alarcón, Dr. Eduardo López, Dr. Luis G. Cabrera, Dr. Juan J. Bada, Dr. Carlos Monfort, Dr. Alfredo Montaña, Dr. Carlos Govea, Dr. Joaquín Izquierdo, Dr. José Castro Villagrana, Dr. Rafael Rojas Loa, Dr. Rafael Nadal, Dr. Francisco L. Casian, Dr. Rafael Carrillo, Dr. José I. Saloma, Dr. Antonio A. Loaeza, Dr. Miguel Casañet y Gea, Dr. Ramón Córdova, Dr. Ricardo E. Cicero, Dra. Zarah Zenil, Dr. Carlos Jiménez, Dr. Guillermo Cerqueda, Dr. Miguel R. Soberón, Dr. Adrián Maya, Dr. Joaquín Baeza Alzaga, Dr. Alberto Román, Dr. Alfonso R. Ochoa, Dr. Ernesto González Tejeda, Dr. Rafael Morelos, Dr. Rafael Santamarina, Dr. Alberto Lozano Garzo, Dra. Antonia L. Ursúa, Dr. Everardo Landa, Dr. José María Puig Casauranc, Dr. Antonio Torres Estrada, Dr. Alfonso Pruneda, Dr. José Torres Torija y Dr. F. L. Casián. *Memoria del Primer*, 1921.

La lista es relevante en tanto refleja las inquietudes de algunos médicos que a partir de este momento trabajaron en diversas instancias para desarrollar sus trabajos sobre puericultura y sobre eugenesia. Médicos como Isidro Espinosa de los Reyes, Joaquín Izquierdo, Rafael Carrillo, Rafael Santamarina, Everardo Landa y Alfonso Pruneda —por mencionar algunos de los más representativos— fueron activos miembros de diversas organizaciones médicas, a la vez que fundadores y promotores de la Sociedad Mexicana de Puericultura (1930) y de la Sociedad Mexicana de Eugenesia (1931), además de desempeñar funciones médicas y administrativas en diversos establecimientos de la Secretaría de Educación Pública, la Beneficencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública.

¹⁷¹ Las seis secciones y sus respectivos presidentes fueron: *Eugenia*: Dr. Ángel Brioso Vasconcelos; *Higiene infantil*: Dr. Rafael Carrillo; *Pediatría médica*: Dr. Joaquín Cosío; *Pediatría quirúrgica*: Dr. Roque Macouzet; *Enseñanza*: Lic. Ezequiel Chávez y *Legislación infantil*: Lic. Antonio Ramos Pedrueza. *Memoria*, 1921.

mento la definición de eugenesia era la de “la ciencia que tiene por objeto el estudio de todos los factores biológicos y sociológicos con el fin de buscar la integridad de la raza humana”.¹⁷² Esto deja ver que en ese momento la preocupación era propiciar el desarrollo de personas saludables, por lo que la figura de los niños cobró relevancia. Fue una época en la que “la eugenesia era prácticamente un sinónimo de higiene y puericultura en los problemas del embarazo y parto,” como ha señalado Alexandra Stern.¹⁷³

En las secciones de pediatría y pediatría quirúrgica se abordaron algunas propuestas concretas para tratar enfermedades como la difteria, el paludismo, la oftalmía purulenta, el sarampión, el tabardillo y una de las mayores preocupaciones de la época, la sífilis que atacaba a los niños desde su nacimiento y era conocida como heredosífilis. En el caso de accidentes se sugirieron medidas para tratar luxaciones y fracturas en huesos. Pero sin duda, las secciones que tuvieron un mayor número de propuestas fueron las de higiene y la de enseñanza.

En el rubro de higiene se trataron los temas que los médicos habían enfatizado: la alimentación y las condiciones de limpieza que debían rodear el ambiente en que el niño crecía. El debate entre la lactancia materna y la lactancia artificial y la forma en que peligraba la salud de los niños por los microbios que podían enfermarlos con infecciones respiratorias o estomacales daban pie a señalar con puntualidad la limpieza y ventilación de la habitación, la limpieza de la ropa y de todo aquel objeto con que tuviera contacto el niño y las instrucciones para preparar alimentos. Junto con las instrucciones venía una larga lista de lo que consideraban no debía usarse como el chupón, los lugares a los que no debían llevar a los niños pequeños, lo que no debían comer y quienes no debían tener contacto con los menores. Estas recomendaciones iban dirigidas a las madres, pero también hubo recomendaciones a las autoridades, como el que pasara de quince a cinco días el plazo legal que establecía el artículo 7º del Código Civil para la declaración de nacimientos y que se previniera a los padres acerca de los signos de la oftalmía purulenta y su tratamiento médico.

En la sección de enseñanza se enfatizó que la escuela debía cobrar un papel primordial en la vida y formación de los niños, ya fueran los “kindergartens” [*sic.*] o las primarias, que debían ser obligatorias y volverse

¹⁷² Espinosa, “Apuntes”, 1921, p. 29; “Actas”, p. 42.

¹⁷³ Stern, “Madres”, 2002, p. 298.

una realidad para toda la población y no sólo para las clases medias y altas, como se había visto en el caso de los kindergartens. Se señalaron algunas de las normativas, disciplina y hábitos de higiene que se debían tener con los niños. Se insistió en la importancia de que las madres tuvieran conocimientos de puericultura, en la alimentación materna e infantil. Finalmente, la sección de legislación infantil enfatizó la necesidad de instituir tribunales especiales para menores, a la vez que se debatió acerca de la protección a la llamada infancia desvalida que se encontraba en los establecimientos de la Beneficencia Pública y el tema del trabajo infantil.

Alberto del Castillo ha señalado que en este Primer Congreso pueden verse “los nexos culturales y la continuidad científica existente entre porfirismo y revolución mexicana respecto a la infancia”.¹⁷⁴ Esto en virtud de que varios de sus protagonistas, como los médicos Roque Macouzet y Joaquín Cosío, y los temas expuestos daban cuenta de inquietudes que se habían manifestado durante el porfirismo, por lo que este foro no puede ser visto sólo como un logro de la Revolución mexicana. Coincidimos con el autor en que este Congreso de 1920 puede verse como un referente del fin de una época en que “la intensa y compleja actividad desplegada por los médicos, pedagogos, escritores, periodistas, reporteros y fotógrafos” contribuyó en la construcción de un concepto moderno de la niñez.¹⁷⁵ Pero a la vez, puede verse como el primer foro de discusión que lanzó diversas propuestas para establecer o mejorar la protección a la infancia, y que varias de éstas fueron puestas en práctica por los gobiernos del México posrevolucionario.

Unos cuantos meses después de la celebración de este Primer Congreso, del 11 al 17 de septiembre de 1921 se llevó a cabo la Semana del niño. Organizada por el Departamento de Salubridad Pública, con motivo de la celebración del primer centenario de la consumación de la Independencia. Uno de los festejos “más trascendentales del programa oficial de festejos del centenario de la Independencia —según *El Universal*—. ¹⁷⁶ Se trataba en suma de un evento a favor del bienestar de la infancia; en el que se proyectó la idea de que los preceptos higiénicos eran elementos vitales para conformar al futuro ciudadano. “El niño de hoy será el hombre del

¹⁷⁴ Del Castillo, *Conceptos*, 2006, p. 265.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 265.

¹⁷⁶ *El Universal*, 12 de septiembre de 1921, p. 18.

mañana; la infancia representa las generaciones futuras y, por lo mismo, puede asegurarse que el porvenir de la humanidad, depende del cuidado que se tiene a la niñez”.¹⁷⁷

En las imagen 1 se puede ver que la intención de la imagen era mostrar la solemnidad de la inauguración del evento. Fue tomada en las instalaciones del Departamento de Salubridad que en esta ocasión estaba ampliamente concurrido, como se puede apreciar por todos los asientos ocupados y las personas que aparecen de pie. Destaca la figura de Gabriel Malda leyendo su discurso que era oído con atención. La vestimenta de los concurrentes deja ver que en este acto inaugural la elite social fue convocada y no los sectores populares de la población, a quienes las autoridades médicas tenían intención de divulgar los preceptos higiénicos.

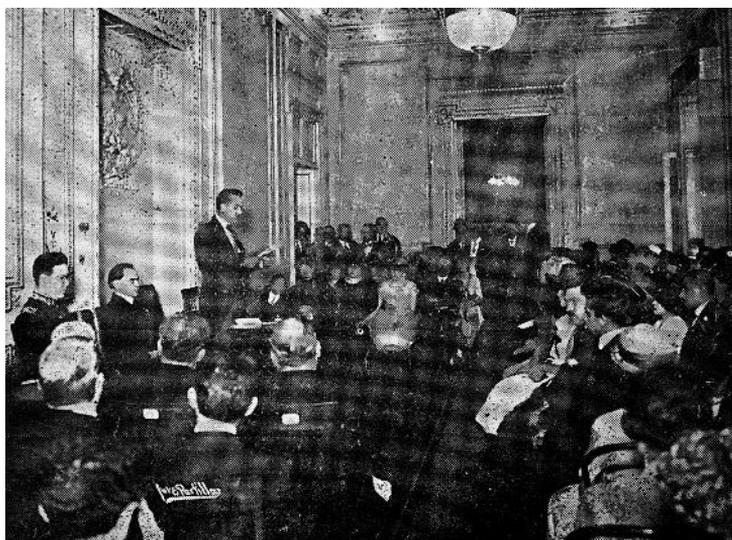


Imagen 1

“Dr. Gabriel Malda e invitados de honor en un Lunch-Champagne con motivo de la Semana del Niño”, en *Memoria de la Semana*, 1921, p. 71.

¹⁷⁷ *Memoria de la Semana*, 1921, p. 5.

En la imagen 2 se puede ver en otro momento del evento nuevamente a Gabriel Malda acompañado de algunos de los invitados de honor. Ambas fotos dan cuenta de momentos protocolarios de la Semana y no de las actividades que se desarrollaron en distintos puntos de la ciudad donde además de los invitados de honor acudieron los padres de familia de diversos sectores sociales y tampoco aparecen los niños.

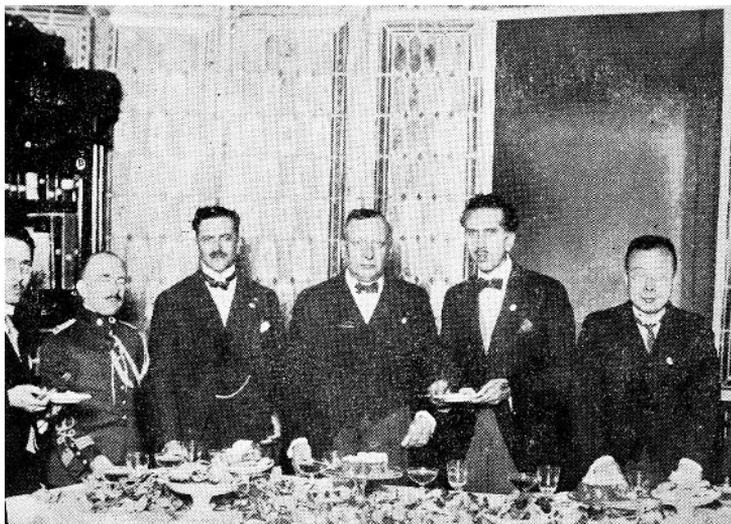


Imagen 2

“El C. Presidente del Departamento, Dr. Gabriel Malda leyendo su discurso en la solemne inauguración de “La Semana del Niño”, en *Memoria de la Semana*, 1921, p. 44.

El médico Gabriel Malda, jefe del Departamento de Salubridad Pública, expuso que “en todos los países cultos, la salud y educación del niño son motivo de preferente y constante preocupación tanto para los pueblos como para los gobiernos”.¹⁷⁸ Por lo tanto, con el ánimo de que México se sumara al grupo de países cultos, Malda en su cargo al frente del Departamento de Salubridad, expresó que su motivación era contribuir

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 3.

con la idea de que “la salud era la condición primordial para todo orden y perfeccionamiento” lo que se reflejaría en una niñez sana. Tomando como una “poderosa razón” “la aterradora proporción de la mortalidad infantil en México” consideró que el Departamento de Salubridad estaba obligado a “proseguir incansablemente” una campaña relacionada con el bienestar del niño.¹⁷⁹ Cuestión que más allá del discurso se convirtió en una realidad, pues desde ese momento el Departamento de Salubridad puso en marcha acciones para asistir a la niñez en diversas ocasiones. Más allá de que en esta época los esfuerzos desplegados por las autoridades sanitarias no llegaron a toda la población urbana y sobre todo a la rural, consideramos que sí lograron consolidar las bases de la institucionalización de la atención médica infantil, como se verá sobre todo en el capítulo IV.

Nuevamente las conferencias giraron en torno a las condiciones de salud en que debían estar los esposos para tener hijos sanos, el vestido y la habitación en los dos primeros años de vida, cómo cuidar la salud del niño y la madre; temas que había sido abordados en el Primer Congreso Mexicano del niño, pero ahora eran difundidos entre la población. Adicionalmente se distribuyeron entre los asistentes diversos folletos informativos y calendarios para el año de 1922, por medio de los cuales se difundió propaganda relacionada con la higiene de la infancia. Uno de los folletos más difundidos fue: “El niño. Folleto para uso de las madres mexicanas sobre el cuidado que reclama la salud y perfecto desarrollo de la infancia” escrito por el médico Alfonso Rafael Ochoa Maldonado.¹⁸⁰

Una diferencia significativa del Primer Congreso respecto a la Semana, fue que el primero fue un espacio de discusión entre especialistas para generar propuestas concretas que mejoraran las condiciones de vida de la infancia; mientras que la Semana fue un foro de celebración y difusión. En este último las autoridades del Departamento de Salubridad intentaron transmitir que más allá de un festejo vistoso y efímero, lo que valía la pena era inculcar hábitos que repercutieran en dos aspectos. El primero era una mejoría en la salud de los miembros de la familia y en particular de los niños por medio del conocimiento de los preceptos de la higiene infantil. El segundo era de orden civil al querer inculcar entre la población adulta la responsabilidad de presentarse ante las autoridades para contraer

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 3.

¹⁸⁰ Guerrero, “Doctor”, 1976, pp. 51-63.

matrimonio civil y para registrar a los niños en el Registro Civil. Temáticas que serán abordadas recurrentemente por los médicos a lo largo de los siguientes años.

Con estas motivaciones de fondo, a esta “fiesta de la higiene” se sumaron actividades complementarias, como una campaña del Registro Civil y otra de vacunación infantil. Cuestión significativa, pues, como acabamos de mencionar, se buscaba que los padres tomaran acciones inmediatas con sus hijos, tanto en el aspecto civil como en la salud. De acuerdo con la *Memoria de la Semana*, ambas actividades fueron ampliamente aceptadas por los padres y los espacios que se adecuaron para brindar los servicios no se dieron abasto, como intentaron mostrar en la imagen 3.



Imagen 3

“Pabellón dedicado al Registro Civil en la exposición.
(En esta imagen puede advertirse la aglomeración del público ansioso por inscribir a sus niños)”, en *Memoria de la Semana*, 1921, p. 88.

En la imagen 3 se aprecia un aspecto del espacio que fue adecuado para las labores del Registro Civil. En primer plano destacan los empleados del Registro en sus lugares de trabajo y al fondo de la imagen se puede ver un grupo de cerca de quince personas que esperan ser atendidos por

tres miembros del personal. Al fondo, en medio del grupo de adultos, casi imperceptible, se puede ver entre la concurrencia, cerca de la ventana, una mujer con un bebé en brazos, a quien seguramente iba a registrar. Esta imagen cumplía en la *Memoria* la función de respaldar el discurso acerca del éxito del Registro Civil y daba cuenta de que “multitud de padres” buscaron ser atendidos, de hecho el pie de imagen señala que acudió “la aglomeración del público ansioso”. Con esto en el fondo se legitimaba ante las autoridades gubernamentales y de salubridad —las receptoras de la *Memoria*— las acciones encabezadas por el Departamento de Salubridad en la atención a la niñez mexicana, que en su propia opinión habían sido muy exitosas, logrando 417 actas de nacimiento, como se puede ver en la siguiente cita.

Por primera vez en nuestra vida social, se registró el fenómeno de las Oficinas del Registro Civil, tanto la instalada en el Departamento [de Salubridad] como las de los juzgados comunes, se vieran invadidas por multitud de padres que iban a dar personalidad legal a sus vástagos. Los empleados fueron insuficientes para atender tantas demandas y tuvieron que suspender sus labores, cuando terminó la Semana, sin que todos los niños presentados fueran registrados.¹⁸¹

A pesar que las autoridades señalaron que una multitud de padres acudió a registrarse, se puede entrever que no fue así, pues también se señaló “la deplorable apatía que siempre han manifestado nuestras clases populares para registrar a sus hijos” y además hubo quienes cuestionaron la medida. De hecho se destacó “que no correspondía al Departamento de Salubridad preocuparse porque los padres de familia cumplieran con dicho requisito legal”.¹⁸² Cabe entonces la pregunta de cuál era el interés del Departamento de Salubridad para que la población acudiera al Registro Civil. No se trató de que los ciudadanos cumplieran con sus deberes civiles y evitarles contratiempos con las autoridades, sino que el Departamento de Salubridad

¹⁸¹ *Memoria de la Semana*, 1921, p. 56. El tema del registro de los hijos ante el Registro Civil será un tema recurrente en los discursos médicos hasta bien entrada la década de 1930. Este tema se vinculará con la imposición que se le dotó al certificado médico prenupcial como el primer requisito indispensable para contraer matrimonio civil.

¹⁸² *Ibid.*, p. 56.

[...] Necesita llevar continuamente, para mayor eficiencia de su misión, importantes estadísticas relacionadas con el movimiento de la natalidad, de la morbilidad [...] infantil [...] Necesita indispensablemente saber de una manera precisa el número de niños que nacen, pues en otra forma, no sería fácil sacar la proporción y porcentaje de los que mueren [...] por lo tanto, para que el Departamento de Salubridad pueda dirigir sus campañas, teniendo como base datos verdaderamente exactos, es de urgentísima necesidad hacer comprender al pueblo las ventajas que se obtienen cumpliendo con ese requisito legal.¹⁸³

Esto evidencia dos cuestiones. La primera es que las autoridades de Salubridad no contaban con datos estadísticos fiables y que estaban interesados en obtenerlos para conocer la relación entre nacimientos y muertes, a la par de proporcionar sustento a las campañas de salud. La segunda es la capacidad del Departamento de Salubridad para inducir a parte de la población para que regularizara su situación civil. A los individuos se les argumentaba que los registros los beneficiaban en cuanto les evitaban posibles problemas para probar la nacionalidad, la edad o celebrar algún contrato. Pero en el fondo los más beneficiados fueron las autoridades sanitarias y las autoridades civiles.

Otras actividades que tuvieron lugar durante la Semana fueron la visita a diversos establecimientos infantiles de la Beneficencia, tales como la Casa de Cuna, la Casa Amiga de la Obrera y la Sociedad Protectora del Niño, con el fin de que diversos funcionarios, miembros de la alta sociedad y el público en general conociera las actividades que allí se desarrollaban y se interesaran por ayudarlos. Actos que buscaban involucrar a diversos sectores de la sociedad con la imagen de los niños.

Finalmente, uno de los actos más llamativos de la celebración fue la procesión infantil, en la que los niños desfilaron y fueron el centro de las miradas; algo que no se había visto con anterioridad en la ciudad de México. De Paseo de la Reforma # 93 partió un desfile de cerca de 500 automóviles y camiones en los cuales iban alrededor de 5 000 niños y niñas de distintas edades de todas las clases sociales al cuidado de enfermeras de las Cruces Roja y Blanca y damas distinguidas. Los automóviles y camiones recorrieron varias calles de la ciudad acompañados de algunas bandas

¹⁸³ *Ibid.*, p. 101.

de música y llevaron cartelones y banderolas con inscripciones llamativas sobre el bienestar de la infancia.

En la imagen 4, la última imagen que apareció en la *Memoria*, se mostró este evento llamativo. Sin embargo, como se puede ver los niños no fueron el centro de la imagen. Más bien destaca la amplitud de la avenida Reforma, un grupo de personas viendo el desfile desde las aceras, algunos de los carros de la procesión y aunque casi imperceptibles, se pueden ver en el carro descubierto que está en el centro de la imagen, unos cuantos niños que participaron. Con esto se puede ver que la intención de este grupo de imágenes captadas en 1921 fue destacar la organización del evento del Departamento de Salubridad, la figura de Malda, el jefe del Departamento de Salubridad, la participación de la élite y mostrar con la imagen del Registro Civil la “amplia aceptación” que había tenido el evento. A pesar de que el discurso insistió en que los niños fueron el centro y la razón de ser del evento, ellos fueron los grandes ausentes en las imágenes que conforman la *Memoria*.



Imagen 4
“Aspecto de la procesión infantil”,
en *Memoria de la Semana*, 1921, p. 103.

La Semana del Niño había tenido una asistencia concurrida y en opinión de las autoridades del Departamento de Salubridad Pública cumplió su objetivo. Se calculó la visita a las exposiciones y conferencias de cerca de 60,000 personas, mientras que diarios como *El Universal* hablaron del “extraordinario fenómeno social al que acudieron millares y millares de hombres y mujeres de todas las edades y clases”. Las palabras del doctor Gabriel Malda en la clausura del evento enfatizaron que la celebración destacó una de las labores primordiales del Departamento de Salubridad, y que su mira había sido difundir un llamamiento a la República entera para que se preocupara por el cuidado de los infantes. Se trataba de “sembrar hoy para que otro recoja mañana”.¹⁸⁴

La Semana del Niño fue el primer evento organizado por las autoridades de salubridad para la atención a la infancia en el México posrevolucionario que captó la mirada de los fotógrafos, como dan cuenta las fotos que hemos mostrado de la *Memoria* y periódicos como *El Universal* y *Excélsior*, en los que quedaron plasmadas algunas imágenes del evento, como se puede ver en las imágenes 5 y 6. La prensa dio una amplia difusión a los preparativos del evento y a su desarrollo. Se hicieron descripciones detalladas de las actividades en que estaban presentes los niños, en lo asombroso del desfile por Reforma, pero los niños prácticamente no fueron fotografiados. Cuestión que fue distinta para el resto de los festejos del centenario de la consumación de la Independencia que se llevaron a cabo durante el mes de septiembre de ese año, donde los niños aparecen en un considerable número de imágenes, como las del “Día del niño” que tuvo lugar el 28 de septiembre.¹⁸⁵

En las imágenes que aparecieron en *El Universal* el 19 de septiembre de 1921 que captaron dos momentos de los eventos de la Semana sí aparecen algunos niños. En la imagen 5 se puede ver tres niños que por su vestimenta se puede asegurar que son de la elite que están en el centro de la imagen. Detrás de ellos está un grupo de damas de la elite social y del lado derecho se pueden ver como si se asomaran dos enfermeras.

En la imagen 6 se puede ver un grupo de niñas alrededor de una mesa que contiene una maqueta y nuevamente al lado derecho aparecen dos en-

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 71.

¹⁸⁵ Un recuento de los diversos festejos que se llevaron a cabo para celebrar el primer centenario de la consumación de la Independencia se encuentra en Díaz y de Ovando, “Fiestas”, 1996.

fermeras. Resulta significativo que ambas imágenes se centraron en niños de las clases medias o altas —como se puede inferir por su vestimenta— como asistentes a los eventos, y no aparecieron aquellos “niños pobres que serían especialmente agasajados” y que “se les trajo de las orillas de la ciudad y de las municipalidades por medio de tranvías”.¹⁸⁶



Imagen 5

“Niños asistentes” en *El Universal*, 19 de septiembre de 1921

¹⁸⁶ *El Universal*, 10 de septiembre de 1921.

Una presencia significativa fue la de las enfermeras, que pueden ser vistas como las interlocutoras directas con los asistentes. Los organizadores de la Semana pensaron que las enfermeras serían de gran utilidad para responder las dudas de los asistentes a las exposiciones, sobre todo en el caso de aquellas personas que no tenían posibilidad de leer la información. Sin embargo, ambas imágenes las muestran al lado de los asistentes. Aunque el periódico reiteró que la Semana del Niño representó un éxito rotundo y que la asistencia se podía contar por miles de personas, las imágenes no dieron cuenta de este suceso, sino de la presencia de las autoridades y de la élite como respaldo de este tipo de eventos.



Imagen 6

“Damas y niños en la exposición” en *El Universal*, 19 de septiembre de 1921.

En 1922 tuvo lugar nuevamente en la ciudad de México y auspiciado por el periódico *El Universal* el Segundo Congreso Mexicano del Niño, donde médicos, abogados y educadores intercambiaron sus puntos de vista y retomaron los temas de la mortalidad infantil, la higiene de los niños, la alimentación y la sífilis, entre otros. El médico Everardo Landa en su ponencia “La mortalidad infantil en la ciudad de México. Necesidad de crear centros de puericultura” señaló que las conclusiones a que llegó eran “las mismas sobre las que viene insistiendo desde el Congreso anterior”

y el médico José Manuel Puig Casauranc, relator del Congreso, resaltó “el hecho doloroso de que en dos años no se haya adelantado nada en ese sentido [el establecimiento de una clínica de maternidad privada]” y que esperaba que las autoridades tomaran cartas en el asunto.¹⁸⁷ Nuevamente se insistió en difundir los conocimientos de la Puericultura entre las madres y la pertinencia de establecer estudios de eugenesia para fomentar las buenas cualidades raciales, como expresó el médico José Joaquín Izquierdo.¹⁸⁸

En opinión de Carrillo, ambos congresos mexicanos del niño “impulsaron las banderas de la eugenesia y la orientación de la reproducción con fines de mejoramiento racial. En ellos se planteó la necesidad de que los niños estuviesen bajo la vigilancia de las instituciones de salud y las escuelas”.¹⁸⁹ El ideal de las autoridades de difundir la buena salud y el mejoramiento racial entre la población posibilitaron que las autoridades del Departamento de Salubridad y las de la Secretaría de Educación Pública trabajaran en conjunto, principalmente en las escuelas.

Por su parte, el médico F. Zárraga en su participación “La importancia de los hospitales infantiles”, señaló la urgencia de que el hospital se convirtiera en “la escuela práctica donde se formen médicos que estén hechos a tratar las afecciones infantiles: cirujanos que sepan hacer de urgencia lo mismo una entubación de la laringe que extraer un cuerpo extraño del esófago del niño o que extirpar un apéndice”.¹⁹⁰ Lo cual deja ver que los médicos aún carecían de un espacio adecuado para formarse prácticamente y atender con mayor eficiencia a la población infantil que en esta época era atendida en los pabellones del Hospital General, el Hospital Juárez y el Manicomio La Castañeda, todos dependientes de la Beneficencia Pública.

José Manuel Puig Casauranc, diputado por Veracruz y relator del Segundo Congreso Mexicano del Niño en 1923 dejó plasmado en la respectiva *Memoria* —aludiendo a la ponencia de Gabriel Malda, jefe del Departamento de Salubridad Pública— que se esperaba que “el amor a la niñez y el interés” que se manifestaba en estos Congresos, se vieran realizados en acciones. Y que éstas se sustentaran en las propuestas de las diversas secciones de los congresos, particularmente en la de higiene infantil. En este sentido, el ingeniero Félix F. Palavicini, quien presidió nuevamente el Se-

¹⁸⁷ *Memorias del Segundo*, 1925, p. 7.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 6.

¹⁸⁹ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 34.

¹⁹⁰ *Memorias del Segundo*, 1925, p. 11.

gundo Congreso aclaró que la tarea de los especialistas allí reunidos como congresistas “se reduce a estudiar, con todo entusiasmo y amor, los problemas fundamentales que afectan a la salud y a la vida del niño mexicano, y que otros, la sociedad y el gobierno, habrán de ser los que cristalicen en hechos prácticos las ideas y las conclusiones de estos Congresos”.¹⁹¹

Por eso, cuando el médico Atanasio Zafra cuestionó que las conclusiones del Congreso no se llevaran a la práctica, Puig Casauranc contestó que en su calidad de miembro de la Cámara de Diputados sentía “la responsabilidad de no haber hecho nada en esta instancia para conseguir la cristalización práctica de los fines y propósitos de estos congresos”. Reconocía la poca eficacia para sacar adelante el proyecto de ley que la sección de legislación del Primer Congreso Mexicano del Niño había aportado. A pesar de que había médicos que podían influir en las decisiones políticas, pues “en la Cámara de Diputados una veintena de médicos jóvenes y entusiastas por la labor que vosotros desarrolláis y que habrían querido, de bonísima gana llevar a la discusión del Congreso Nacional ese proyecto de ley”.

Pero a la vez justificó estos retrasos, pues arguyó que se trataba de “momentos en que se inicia apenas la reconstrucción nacional” y dejaba ver que las cuestiones de “palpitante interés” para progresar y para mejorar en el futuro, estaban en un segundo plano en esos momentos en que lo que interesaba era consolidar el presente.¹⁹² A pesar de que Puig Casauranc consideró que en estos momentos las políticas hacia la niñez no eran la prioridad para las autoridades gubernamentales, en el capítulo IV veremos que sí se pusieron en práctica algunas de las sugerencias de ambos congresos.¹⁹³

Los foros en México en la década de 1930

Pasó más de una década para que se llevara a cabo otro foro que reuniera especialistas para discutir y realizar propuestas en torno a la niñez. Del 12 al 19 de octubre de 1935 tuvo lugar en la ciudad de México el VII Congreso Panamericano del Niño. Con participantes de Uruguay, Guatemala, El Salvador, Perú, Estados Unidos, Argentina, Cuba, Chile y Ecuador, un

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 30.

¹⁹² *Ibid.*, pp. 16, 30.

¹⁹³ Un acercamiento a las características de los dos Congresos Mexicanos del Niño se encuentra en Román, “Instituciones”, 2010, pp. 73-85.

centenar de especialistas, entre los que sobresalieron los médicos, discutieron sobre diversas temáticas que se agruparon en cuatro secciones: pediatría médica, pediatría quirúrgica y ortopedia, higiene infantil y prenatal, y asistencia y servicios sociales. Los temas referentes a la mortalidad infantil, las infecciones intestinales y respiratorias siguieron siendo tema de debate. Otros temas fueron los efectos de la sífilis y el alcoholismo, así como la alimentación de los infantes, la educación de las madres y las características que debían tener las escuelas y la protección hacia los menores.¹⁹⁴

La celebración del Congreso fue reseñada en los boletines y las memorias del Departamento de Salubridad Pública y los de la Beneficencia Pública. De hecho fue una ocasión que aprovecharon las autoridades asistenciales y de salubridad mexicanas para mostrar a los representantes de los países del continente americano los alcances de sus instituciones de asistencia a la niñez. Además de las conferencias y las visitas que se organizaron para que los asistentes al Congreso conocieran el funcionamiento de establecimientos como la Casa de Cuna o la Casa del Niño, se publicó un libro *El niño mexicano ante la caridad y el Estado. Apuntes históricos que comprenden desde la época precortesiana hasta nuestros días*, escrito por el funcionario de la Beneficencia Pública Rómulo Velasco Ceballos.¹⁹⁵ El presidente de la Junta de la Beneficencia Pública le encargó a Velasco la elaboración del libro que fue dedicado a los congresistas del Congreso Panamericano. El contenido de la obra será retomado más adelante en este capítulo.

Dos años después, en 1938 se llevó a cabo el Primer Congreso Mexicano de Pediatría, organizado por la Sociedad Mexicana de Puericultura. La editorial NIPIOS publicó la *Memoria* con el total de los trabajos presentados, pues tenía la finalidad de editar obras relativas al cuidado y las enfermedades de los niños para difundir el conocimiento y contribuir al descenso de la mortalidad infantil.¹⁹⁶ Este Congreso marcó el inicio de las reuniones académicas o científicas periódicas donde los médicos mexicanos y de otras latitudes, principalmente del continente americano, intercambiaron sus experiencias e inquietudes en la especialidad de la pediatría. En este foro los médicos consideraron que la atención médica infantil por medio de la pediatría y de la puericultura era una prioridad en las socieda-

¹⁹⁴ Ver *Memoria del VII*, 1935.

¹⁹⁵ Velasco, *Niño*, 1935.

¹⁹⁶ *Memoria del Primer*, 1938, p. 5.

des contemporáneas. “El niño como problema médico y social, está en el tapete de las inquietudes de las sociedades modernas y en nuestro medio la realización de tal necesidad era un imperativo [...] nos encontramos en una nueva era que se inicia para nuestra infancia; que este Congreso y los futuros serán el reflejo de ese interés de comenzar a resolver los problemas del niño”.¹⁹⁷

Los médicos reforzaron la idea que se venía manejando desde hacía por lo menos cuatro décadas, que era necesario velar desde el terreno científico de la medicina y la higiene por la salud del niño en cuanto futuro ciudadano. Pues los logros que se alcanzaran en esa etapa de la vida repercutirían de forma favorable.

El niño, que es una humanidad en potencia, merece todo nuestro cuidado, ya que será las generaciones del futuro. El niño, que es el eje y la base de las generaciones del porvenir, nuestra preocupación continua, nos llevará de la mano hacia un mejoramiento racial y, en consecuencia, de nuestra nacionalidad; hay que ahondar con entusiasmos y tenacidad nuestros problemas para irlos resolviendo científica y atinadamente.¹⁹⁸

En 1944 se llevó a cabo el Segundo Congreso Mexicano de Pediatría, organizado por la Sociedad Mexicana de Pediatría, el nombre que tomó definitivamente la que fuera la Sociedad Mexicana de Puericultura.¹⁹⁹ Estos foros que se realizaron a partir de la década de 1930 permiten apreciar la interacción que se dio entre diversas generaciones de médicos dedicados a la infancia, como se verá a continuación.

LOS MÉDICOS

Esteban Rodríguez Ocaña ha señalado que desde las últimas décadas del siglo XIX se posicionó al niño en el centro de diversas políticas en las que se mezclaron “aspectos económicos y poblacionales, las preocupaciones raciales, los cambios sentimentales [...] y el amor maternal”. En este proceso la medicina “desempeñó un lugar relevante, contribuyendo a estructurar el nuevo mundo infantil”.²⁰⁰ Consideramos que efectivamente la am-

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 29.

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 29.

¹⁹⁹ *Memoria del segundo*, 1946.

²⁰⁰ Rodríguez Ocaña, “Salud”, 2003, pp. 27-28.

plia labor de los médicos en distintos foros contribuyó decisivamente en la construcción de un modelo de infancia. De los diversos agentes que se involucraron en la protección y asistencia de la niñez, tales como funcionarios gubernamentales, abogados, ingenieros y profesores, los médicos intervinieron activamente durante las primeras décadas del siglo xx por medio de sus avances en la higiene, la puericultura, la pediatría e incluso la eugenesia. Los médicos funcionaron como un grupo de profesionistas que, por una parte, gozó de los privilegios ofrecidos por el sistema de educación nacional, impulsado y apoyado por el Estado, que les permitió lograr avances científicos, actualizar sus conocimientos y fortalecer especializaciones médicas como fue el caso de la pediatría. Por otra parte fue un grupo que prestó sus servicios al Estado por medio de diversos establecimientos estatales en los que atendió a la población materna e infantil.²⁰¹

Los médicos lograron proyectar, desde el siglo xix la idea de que contaban con los conocimientos necesarios para mantener una cuestión vital: la salud de la población; cuestión que era necesaria para el desarrollo y el desempeño de los ciudadanos en cualquier actividad, ya fuera en el ámbito escolar o en el laboral. Como ha escrito Claudia Agostoni, “a fines del siglo diecinueve, la profesión médica se caracterizó por contar con una ilimitada confianza en el poder de la ciencia, y la ciencia, a su vez, adquirió el *status* de condición *sine qua non* para alcanzar el progreso nacional”.²⁰² Así, los médicos se volvieron un gremio que contó con el respaldo de las autoridades gubernamentales que buscaban mejorar las condiciones de salud de sus habitantes y con ello mejorar las condiciones económicas del país. Por su parte el grupo médico se autolegitimó como un grupo de profesionales y “uno de los sectores de la sociedad que más énfasis ponía en la aplicación práctica de conocimientos científicos para fomentar el progreso”. Como lo atestiguaban la elaboración de Códigos Sanitarios, la fundación de hospitales modernos, como fue el Hospital General inau-

²⁰¹ En opinión de Francisco Arce Gurza los avances en el campo de la salud en la época “Se explican en buena medida por el apoyo institucional que ofreció el gobierno a la comunidad científica desde los años de la revolución. La salud pública era finalmente un “objetivo revolucionario [por lo que] el avance científico en el terreno de la Medicina fue cada vez más dependiente del apoyo gubernamental y de la creación institucional”. Arce, “Inicio”, 1987, pp. 282-283.

²⁰² Agostoni, “Arte”, 2001, p. 98.

gurado en 1905, o la organización en el país de las primeras campañas de salud basadas en la bacteriología, como ha señalado Carrillo.²⁰³

Esto le permitió al gremio médico ejercer un poder y establecer normas entre diversos sectores de la población. Pero sobre todo un poder entre la elite gobernante, pues parte del gremio médico llegó “a ocupar un lugar de primera importancia en el diseño y ejecución de los planes y proyectos gubernamentales para fomentar e impulsar el desarrollo nacional”.²⁰⁴ Un lugar privilegiado desde el que diseñaron políticas de salud, tanto en el porfiriato como en la etapa de reconstrucción nacional de los tiempos posrevolucionarios.

Resulta pertinente puntualizar que el desarrollo de los servicios de salud durante las cuatro primeras décadas del siglo xx “no puede verse como algo lineal” tal como ha señalado Ana María Carrillo, pues se trató de una época que “presentó discontinuidades, resultado, sobre todo, de los conflictos políticos y sociales que entonces tuvieron lugar en el país”.²⁰⁵ Así, la figura del médico fue clave en los proyectos gubernamentales que institucionalizaron la atención médica infantil. Esto en virtud de que los profesionales de la medicina, además de brindar asistencia médica, fueron parte de la jerarquía administrativa del Departamento de Salubridad y de la Beneficencia Pública y posteriormente de la Secretaría de Salubridad. Posición que les permitió influir en decisiones administrativas.

Aunque el periodo de estudio que nos interesa resaltar abarca de 1920 hasta 1943, es necesario señalar que se trató de médicos que se formaron académicamente y ejercieron su práctica en momentos distintos. Es decir, los médicos que ejercían en los establecimientos de salubridad y de asistencia en esa época se formaron en su gran mayoría durante el porfiriato o durante la revolución mexicana. Por otro lado, a la par de los médicos que estaban ejerciendo, las nuevas generaciones estaban en proceso formativo. Por lo tanto, hablar de los médicos implica ubicarlos en una red formada por aquellos que se están formando y por quienes están ejerciendo y que están relacionados y se ven influidos como profesores y alumnos, jefes y practicantes. Relación en la que la especialización en el extranjero cobró cada vez más relevancia. Con la revolución mexicana se dio un cambio que

²⁰³ Este tema es desarrollado con detenimiento en el periodo de 1920-1940 en Carrillo, “Surgimiento”, 2002.

²⁰⁴ Agostoni, “Arte”, 2001, pp. 98-99.

²⁰⁵ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 53.

favoreció a los médicos, pues hubo un mayor apoyo gubernamental a la Universidad Nacional. En palabras de Francisco Arce Gurza:

La revolución de 1910 no fue sólo un movimiento orientado a transformar un régimen político, sino también una explosión social que implicó la renovación de la clase gobernante y el desbordamiento de las expectativas de ascenso social en todas las clases. Estos fenómenos, en una sociedad que comenzó a crecer a un ritmo extraordinariamente acelerado, incidieron de una manera directa sobre el desarrollo del sector profesional.²⁰⁶

Al hacer un recuento de algunos de los médicos que en mayor o menor medida intervinieron en la institucionalización de la atención médica infantil en México hasta la inauguración del Hospital Infantil en 1943, nos podemos percatar que se trató de un heterogéneo grupo de médicos que nacieron entre 1839 y 1899, la mayoría durante el porfiriato. Médicos como Eduardo Liceaga, José María Reyes, Ildefonso Velasco y Roque Macouzet tuvieron algunos aspectos en común. Además de haberse titulado como médicos por la Escuela Nacional de Medicina, manifestaron en algún momento de su práctica médica interés por las enfermedades de la infancia.

Los personajes

Eduardo Liceaga (1839-1920) se tituló como médico en 1866. Logró por oposición una plaza de médico en el Departamento de Niños del Hospital de San Andrés, que para 1869 fue trasladada a lo que se conoció como el Hospital de Maternidad e Infancia, donde también fue director. Allí se llevaron a cabo dentro de la clínica de obstetricia las primeras lecciones prácticas sobre las enfermedades infantiles, sin que hubiera aún una clínica específica para atender a los niños hasta 1894. El Hospital se encontraba en condiciones precarias, pero las gestiones de Liceaga permitieron que el edificio se remodelara y se ampliaran sus servicios. Esto se debió en cierta medida a la relación que estableció Liceaga con Porfirio Díaz. Aprovechando además el vínculo con algunos diputados, “sus amigos de la infancia”, Liceaga logró que se aprobara una partida presupuestal para el Hospital. “Este fue el primer servicio que en asuntos de interés público

²⁰⁶ Arce, *et al.*, *Historia*, 1987, p. 225.

debí al señor general Díaz, y de esa época, 1874, data la amistad que me ligó con él hasta la muerte”.²⁰⁷

Este caso nos muestra que la amistad personal del facultativo con el presidente fue sin duda un elemento crucial para que se pudieran destinar fondos para atender diversos asuntos de salud pública. Liceaga, uno de los médicos más representativos por su amplia labor durante el porfiriato, gozó de un respaldo total por parte de Díaz y esto le permitió concretar diversos proyectos como el establecimiento del Hospital General, y en este caso brindar atención materna e infantil a los sectores desprotegidos de la población.

Partiendo de este ejemplo se puede decir que los médicos que se dedicaron a la atención infantil se movieron en dos planos. Los que lograron posicionarse como parte de una elite de conocimiento científico y ejercer una influencia y poder en el terreno del grupo de poder político dominante, como fue el caso de Liceaga, y con ello conseguir el respaldo y los recursos necesarios para llevar a cabo diversos proyectos que contribuyeron a la institucionalización médica infantil. El otro plano es el de los médicos que se supieron parte de un gremio de profesionales, pero que quedaron en un segundo plano en el diseño de nuevas políticas de salud infantil. Contribuyeron con diversas aportaciones, tanto en el terreno discursivo como en el de la práctica médica, pero no fueron los protagonistas de los proyectos que marcaron el rumbo de la atención materna e infantil.²⁰⁸

Una generación de médicos que se titularon en el cambio de siglo y tuvieron una presencia significativa en el devenir médico durante las primeras décadas del siglo xx fueron Rafael Carrillo (1870-1941), quien

²⁰⁷ Liceaga, *Recuerdos*, 1949, p. 48.

²⁰⁸ Algunos de los médicos decimonónicos que podríamos ver bajo esta mirada son José María Reyes (1812-1885), uno de los primeros en apuntar la necesidad de establecer en México una sociedad protectora de la niñez, que disminuyera los altos índices de enfermedades en los niños. Luis Lara y Pardo (1873-1945), quien publicó en 1903 “la mortalidad infantil en México” y “la puericultura en México” en la *Gaceta Médica de México*. Luis E. Ruiz, (1857-1914), quien en varios de sus escritos sobre la higiene hizo alusión a los niños. Pero el primer texto que se enfocó en las enfermedades de los niños fue *Arte de criar a los niños* de Roque Macouzet (1870-1921) publicado en 1910. Macouzet, quien se especializó en Francia, fue de los primeros médicos que impartió el curso de clínica de las enfermedades infantiles y el de pediatría quirúrgica en la Escuela de Medicina y se dedicó a formar alumnos para que atendieran las enfermedades infantiles. Ver Rodríguez de Romo, *et al.*, *Protagonistas*, 2008. Para el caso de Macouzet ver Del Castillo y Aceves, “Roque”, 2010.

se tituló en 1895. Fue director de la Casa de Niños Expósitos y director del Hospital General. Se preocupó por la condición médica de los niños asilados en la Casa de Niños Expósitos y por la alta mortalidad que allí se registraba.²⁰⁹ Participó en el Primer Congreso Mexicano del Niño y en la Semana del Niño, donde expuso sus ideas de erradicar el extendido uso de nodrizas, popularizar los cursos de puericultura entre la población e implementar la inspección escolar en las escuelas primarias. Fue uno de los miembros fundadores de la *Revista Mexicana de Puericultura* en 1930 y posteriormente de la Sociedad Mexicana de Eugenesia. Aunque nacido veintitrés años después, Alfredo M. Saavedra (1893-1973), quien se tituló como médico en 1922, trabajó estrechamente con Carrillo, al ser uno de los fundadores de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, en la que colaboró activamente y escribió diversos trabajos en su foro de difusión, la revista *Eugenesia*.²¹⁰

Un siguiente grupo de médicos estudió, se tituló y comenzó a ejercer durante la Revolución Mexicana, movimiento armado al que no fueron ajenos. Felipe Ferrer Beynon, nacido en 1886, se tituló en 1910. Durante la Revolución se le designó como cirujano en el estado de Hidalgo. En mayo de 1911 se unió desde allí a la rebelión contra Díaz. También luchó con los revolucionarios guerrerenses durante la dictadura de Victoriano Huerta y después se desplazó al norte, donde combatió con el general Lucio Blanco. Fue en Irapuato, donde Venustiano Carranza lo envió a la capital, donde fue nombrado inspector médico del Servicio de Higiene Infantil.²¹¹ Este fue uno de los cargos que Carranza designó dentro del grupo que había luchado a su lado; aunque sin duda el más conocido es el del médico José María Rodríguez, como se comentó en el capítulo anterior.

Por otra parte José Manuel Puig Casauranc (1888-1939) se tituló como médico en 1911. Fue diputado y senador y jefe de la campaña presidencial del general Plutarco Elías Calles. De 1924 a 1934 fue nombrado secretario de Educación Pública en dos ocasiones, secretario de Industria y Comercio, jefe del Departamento del Distrito Federal, embajador de México en Estados Unidos y secretario de Relaciones Exteriores.²¹² Participó en el Primer Congreso Mexicano del niño y fue relator del Segundo Congreso

²⁰⁹ Rodríguez de Romo, Castañeda y Robles, *Protagonistas*, 2008, p. 116.

²¹⁰ *Ibid.*, p. 425.

²¹¹ *Ibid.*, p. 172.

²¹² *Ibid.*, p. 374-375.

que tuvo lugar en 1923. Dentro de su labor como secretario de Educación Pública le tocó respaldar las acciones que se llevaron dentro del Servicio de Higiene Escolar y la creación y primeras acciones de la Junta Federal de Protección a la Infancia en 1925.

Los médicos que participaron como jefes del Departamento de Salubridad y posteriormente como secretarios de Salubridad y Asistencia, entre 1924 y 1943, tuvieron en común que en algún momento participaron en la Revolución Mexicana. Este caso se puede ver a la luz de lo que Samuel Schmidt y Jorge Gil Mendieta han denominado como “la red de poder mexicana en la coyuntura posrevolucionaria”, en la que una elite logró una cohesión gracias a ciertos elementos. “Tener un origen común (la revolución), un objetivo común (el control del poder), valores de identidad (partido político), educación e interacciones sociales (asociación económica y otras relaciones sociales como el compadrazgo)”.²¹³

Bernardo J. Gastélum (1886-1982) se tituló como médico cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara en 1913. Se incorporó al movimiento revolucionario encabezado por Venustiano Carranza, por medio de la División del Noroeste al mando del general Álvaro Obregón. En 1924 fue secretario de Educación Pública. De 1925 a 1928, durante el gobierno de Plutarco Elías Calles, fue jefe del Departamento de Salubridad Pública. Durante su jefatura se publicó en 1926 el Código Sanitario y se intensificaron las campañas sanitarias; posteriormente tuvo algunos cargos diplomáticos.²¹⁴

José Siurob Ramírez (1886-1965) se tituló como médico al término de la lucha armada. Fue fundador y presidente del Partido Liberal Constitucionalista que nombró candidato a la presidencia a Álvaro Obregón en 1920. Fue jefe del Departamento de Salubridad Pública del 19 de junio de 1935 al 4 de enero de 1938 y del 5 de agosto de 1939 al 30 de noviembre de 1940. En varias ocasiones fue diputado federal, además de comandante militar.²¹⁵ Leónides Andrew Almazán, (1896-1963) participó junto con su hermano Juan —quien contendió por la presidencia junto a Ávila Camacho en 1940—, en la lucha revolucionaria al lado de Emiliano Zapata. Fue

²¹³ Schmidt y Gil, “Red”, 2002, p. 95.

²¹⁴ Ver Bustamante, *Cinco*, 1986, pp. 99-128.

²¹⁵ Rodríguez de Romo, Castañeda y Robles, *Protagonistas*, 2008, p. 440.

profesor en la Escuela Médico Militar y jefe del Departamento de Salubridad en el gobierno de Cárdenas.²¹⁶

Por su parte, Gustavo Baz Prada (1894-1987) se tituló en 1920, una vez que reanudó sus estudios después de haberse unido a los campos de batalla al lado de los zapatistas. Alternó la práctica quirúrgica con el servicio público. Fue gobernador del Estado de México y en 1935 fue simultáneamente director de la Escuela Médico Militar y la Escuela de Medicina de la UNAM, institución de la que también fue rector. Ingresó al gabinete del presidente Ávila Camacho como secretario de Asistencia Pública, y después de Salubridad y Asistencia (1940-1946). En ese cargo emprendió la creación de una gran red hospitalaria mediante la formación de la Comisión Nacional de Hospitales con médicos, arquitectos e ingenieros.²¹⁷

La movilidad o “circulación” de cargos que se dio en este grupo de médicos les permitió tener carreras de largo plazo que permitieron consolidar una red de poder médico. Precisamente su movilidad les permitió “establecer más conexiones y disponer de más recursos”. Las relaciones que se establecieron entre este grupo de médicos y el poder político fueron de diversos tipos, de acuerdo con el modelo de Schmidt y Gil.²¹⁸ Lo trascendente de estos vínculos es que lograron encuadrar con el grupo de poder político que “estableció las bases sobre las cuales se crearon las instituciones sociales y políticas” de la época, y por lo tanto pudieron disponer de recursos político y económicos para establecer las instituciones de salud.

Uno de los jefes del Departamento de Salubridad Pública que no participó activamente en el movimiento revolucionario fue Aquilino Villanueva (1896-1988) quien se tituló en 1918. Siguiendo en este caso el modelo de las interacciones personales que favorecieron la red de poder entre mé-

²¹⁶ *Ibid.*, p. 71.

²¹⁷ *Ibid.*, pp. 92-93.

²¹⁸ El modelo expuesto señala que las conexiones entre los miembros de la red pueden ser de diversos tipos. a) Transferencia de recursos: préstamo de recursos financieros, como de objetos o materiales. b) Asociación o afiliación: asistir al mismo evento, pertenecer al mismo club social, a la misma asociación, al mismo partido político o trabajar en la misma dependencia. c) Interacciones personales: relaciones de amistad, de parentesco. d) Relaciones formales: relaciones de autoridad, bien sea como jefe o como colaborador, también conocidas como relaciones verticales (autoridad, dependencia), o relaciones horizontales (igual nivel jerárquico). Schmidt y Gil, “Red”, 2002, pp. 96-97.

dicos y autoridades gubernamentales, no se puede pasar por alto un acontecimiento circunstancial que cambió su carrera médica. En 1916, cuando aún estudiaba la carrera de Medicina, le tocó atender a un niño gravemente enfermo; se trataba de un hermano de Emilio Portes Gil. A partir de ese momento se convirtió en el médico de la familia, y al llegar éste a la presidencia no dudó en brindarle toda su confianza y apoyo para brindarle el cargo del Departamento de Salubridad en 1929.²¹⁹ A Villanueva le tocó protagonizar una de las etapas claves en el proceso de institucionalización de la asistencia materno infantil, pues presidió la creación de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y de la Maternidad de las Lomas.

Otro de los niveles que contribuyó a la consolidación de esta red de poder médica, es que se desarrolló “un sistema de lealtades y disciplina” en los diversos establecimientos de salud. Fueron los actores más influyentes, en su mayoría los jefes del Departamento de Salubridad, quienes ocuparon los puestos públicos, concentraron el poder y el manejo de recursos. En este punto es necesario señalar que el complejo grupo de poder que estructuró el sistema político mexicano en esta época tuvo su origen en la lucha armada revolucionaria. De allí que tal como señalan Schmidt y Gil “las primeras relaciones fueran militares”.²²⁰ Si bien es conocido que los presidentes Obregón, Calles, Portes Gil, Ortiz Rubio, Rodríguez y Cárdenas fueron militares; llega a pasar desapercibido que los jefes del Departamento de Salubridad arriba mencionados también lo fueron. Así el mismo evento, la lucha armada, les permitió identificarse con la misma filiación e identificarse en una red de poder y trabajar por objetivos comunes.

Dentro de las relaciones formales de la red de médicos se incluyeron relaciones verticales o de autoridad, como jefe o colaborador, y relaciones horizontales en los planos de autoridad o de dependencia. Tales fueron las relaciones que establecieron médicos como Isidro Espinosa de los Reyes (1887-1951), quien se tituló en 1913. Participó en el Primer Congreso Mexicano del Niño en 1920 y al año siguiente quedó al frente de la puesta en marcha de los Centros de Higiene Infantil. Para 1929 quedó a cargo del proyecto y establecimiento del Servicio de Higiene Infantil dependiente de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y la Maternidad de las Lomas.²²¹

²¹⁹ Viesca, “*Gota*”, 2008, p. 201.

²²⁰ Schmidt y Gil, “*Red*”, 2002, p. 101.

²²¹ Espinosa de los Reyes, “*Integración*”, 2009, pp. 200-223.

Otro médico que tuvo una amplia participación en la atención infantil fue Mario Alfonso Torroella y Estrada (1887-1967), quien también se tituló como médico en 1913. Después se dirigió a París para estudiar las enfermedades de los niños y a su regreso a México se incorporó como pediatra a la Fundación Mier y Pesado, perteneciente a la Beneficencia Privada. En 1928 realizó gestiones ante Alfonso Pruneda, rector de la Universidad Nacional, para incorporar un curso de pediatría médico-quirúrgica al plan de estudios vigente, del que fue su primer titular. Trabajó de cerca con Espinosa de los Reyes en los Centros de Higiene Infantil y en la Escuela de Puericultura.²²²

Tres médicos más que contribuyeron en el establecimiento de la Pediatría en México fueron Manuel Cárdenas de la Vega, Federico Gómez Santos y Rigoberto Aguilar Pico. Cárdenas de la Vega (1899-1934) se tituló de médico en los primeros años de la década de 1920 y siguiendo la tradición médica de seguir la escuela médica francesa se trasladó a París para especializarse en el Hôpital des Enfants Malades, uno de los hospitales de niños más grande de Europa en esa época. A su regreso fue nombrado director de la Casa de Cuna y después de un Centro de Higiene Infantil. Formó parte de la comisión para estudiar el proyecto del Hospital del Niño. Federico Gómez lo sucedió en la dirección de la Casa de Cuna.²²³

Gómez Santos (1897-1980) se graduó en la Escuela Médico Militar. No siguió la tendencia de especializarse en Francia, sino que en 1927 partió a Estados Unidos para realizar un internado en Saint Louis Children's Hospital de Missouri donde la pediatría era una rama de la medicina en expansión. A su regreso a México, realizó modificaciones en la enseñanza de las enfermedades infantiles y en la puericultura. Fue profesor de pediatría en la Escuela Médico Militar, director de la Casa de Cuna y primer director del Hospital Infantil en 1943.²²⁴ La relevancia de su cargo y su participación en distintos foros académicos contribuyeron para que impulsara la pediatría en México. De hecho se considera que los cambios que implementó en la Casa de Cuna y en el Hospital Infantil marcaron “el inicio histórico de la pediatría institucional moderna” en México.²²⁵

²²² Rodríguez de Romo, Castañeda y Robles, *Protagonistas*, 2008, pp. 459-460.

²²³ *Ibid.*, pp. 112-113.

²²⁴ Benavides, “Disciplina”, 2009, pp. 171-179.

²²⁵ Gómez, “Atención”, 1997, p. 313.

Los espacios donde confluyeron los médicos

Uno de los espacios privilegiados para que estos médicos confluyeran fue la Universidad Nacional, un lugar donde los médicos acudieron y pudieron desarrollar sus habilidades, ya que les proporcionó un espacio de enseñanza, de reunión, de intercambio y de publicación.²²⁶ Fue la plataforma para emprender estudios en el extranjero, principalmente en Francia y en Estados Unidos, ya fuera en Johns Hopkins, en la Universidad de Columbia o en el Instituto Rockefeller.²²⁷ De hecho, entre 1920 y 1940, el Departamento de Salubridad seleccionó médicos e ingenieros mexicanos para que estudiaran salud pública, con becas de la Fundación Rockefeller, en las principales escuelas de Estados Unidos y en diversos lugares de Europa. Los profesores especializados se incorporaron a su regreso al Departamento de Salubridad y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en puestos de educación, de enseñanza, de investigación y de administración en salud.²²⁸ Estos intercambios permitieron una actualización de los conocimientos médicos, la aplicación de modelos y herramientas novedosos para erradicar enfermedades. Además permitió el intercambio de ideas con médicos de otras latitudes por medio de la difusión de publicaciones y la asistencia a diversos congresos.

En el caso de quienes se especializaron en distintas ramas de la Medicina, entre estas las enfermedades de la infancia, había predominado en distintos países latinoamericanos desde el siglo XIX la influencia de la escuela francesa. Los textos franceses fueron usados en la enseñanza co-

²²⁶ Por mencionar un par de ejemplos, en los espacios de la Escuela de Medicina de la UNAM tuvieron lugar en diversas ocasiones las reuniones de la Sociedad Mexicana de Puericultura y de la Sociedad Mexicana de Eugenesia.

²²⁷ Anne-Emanuelle Birn ha estudiado con profundidad la labor de la Fundación Rockefeller en distintas zonas del país en el México posrevolucionario, como es el caso de las campañas para erradicar la fiebre amarilla y la uncinariasis. Ver Birn, *Marriage*, 2006; Birn, "Revolución", 2008.

²²⁸ Los médicos mexicanos fueron becados por la Fundación Rockefeller para estudiar en el extranjero; generalmente en universidades estadounidenses. Uno de esos médicos fue Miguel E. Bustamante, uno de los primeros salubristas, quien a su regreso participó activamente en la Secretaría de Salud. Otro médico becado fue Manuel Martínez Báez. Ver Bustamante, *Salud*, 1985. En cada uno de los informes presidenciales de Álvaro Obregón se hace mención de la colaboración que la Fundación Rockefeller tuvo con México en cuestiones de salubridad y de los médicos que estaban siendo pensionados para hacer estudios en diversos países de Estados Unidos y de Europa. Obregón, *Informes*, 1924.

tidiana en los salones de clases, como ya se ha mencionado. Lo común era que los médicos se especializaran en Francia, tal como fue el caso de Macouzet, Torroella y Cárdenas de la Vega, como ya se señaló, quienes continuaron sus estudios en los hospitales franceses e investigaron en institutos con las grandes figuras de la medicina de su época. Aunado a esto, un reducido pero consistente grupo de la elite médica de distintos países latinoamericanos asistió a congresos de salud organizados en Europa y posteriormente en Estados Unidos, como apunta Birn.²²⁹

Para las décadas de 1920 y 1930 se comenzó a notar un alejamiento de la influencia de la medicina francesa y un mayor acercamiento a la estadounidense, donde se contaba con amplios fondos para investigación por parte del National Institute of Health de Washington y la Fundación Rockefeller; además de que hubo una razón de orden práctico y fue que el desarrollo y los estragos de las dos guerras mundiales dificultaron que los médicos latinoamericanos se trasladaran a países como Francia o Alemania. La opción fue trasladarse a diversos hospitales y centros de investigación en Estados Unidos que estaban en auge y donde no se sufrían contratiempos por las guerras.

Esto cambio no estuvo exento de fricciones, pues el hecho de haber estudiado en Francia o en Estados Unidos fue marcando la diferencia en el quehacer de los médicos y se reflejó en la práctica en los establecimientos asistenciales dependientes de la Beneficencia Pública y el Departamento de Salubridad.²³⁰ En el caso de la atención médica infantil en México fue a

²²⁹ Birn, “Child”, 2007, p. 688.

²³⁰ Para mediados de la década de 1930 se puede citar el caso de Federico Gómez —quién quedó al frente del proyecto, apertura y primeros años de funcionamiento del Hospital Infantil— que refirió lo siguiente:

“Los médicos que atendíamos la vieja Casa de Cuna teníamos en mente la urgente necesidad de un hospital para niños, más bien que una casa de grandes salones para niños expósitos. El director del establecimiento, doctor Manuel Cárdenas de la Vega, había realizado sus estudios de posgrado en París con las principales figuras de la pediatría francesa de entonces, al igual que algunos de los médicos que atendían las salas. Yo en cambio, había recibido mi adiestramiento en pediatría en el Children’s Hospital de San Luis Missouri, por lo que diferíamos frecuentemente en pensamiento y en acción. Pero como tenía yo la ventaja de haber ingresado de adjunto a la casa antes que los demás profesionales, conocía mejor las necesidades de distribución para las distintas edades, y sabía valorar la amenaza de epidemias”. Gómez, “Atención”, 1997, p. 313. En el caso de la dirección de los Centros de Higiene Infantil para 1929 Manuel Cárdenas de la Vega estuvo al frente de uno de ellos,

partir de la década de 1930 cuando se considera que comenzó la pediatría moderna, que estuvo influenciada por la pediatría estadounidense.

El principal protagonista de esta etapa fue Federico Gómez. Esto en virtud de que pudo poner en práctica los conocimientos que había adquirido en su especialización en el Children's Hospital en diversos establecimientos. Tal fue el caso de la Casa de Cuna, de la que fue director, del Centro de Higiene Infantil "Francisco de P. Carral" que dirigió por varios años y del Hospital Infantil de México, donde laboró por más de veinte años. Contribuyó en la formación de los pediatras de la época, pues además de dirigir estos establecimientos fue parte de los organizadores de los dos primeros congresos de pediatría y fundó la cátedra de Pediatría en la Escuela Médico Militar. Desde ese momento hubo dos escuelas en las que los médicos estudiaban pediatría como parte de su formación.²³¹

LAS ENFERMERAS VISITADORAS

La amplia labor que desempeñaron los médicos, ya fuera en los establecimientos de la Beneficencia Pública o en los del Departamento de Salubridad, como los dispensarios médicos, la Casa de Cuna, la Casa del Niño, los Centros de Higiene Infantil y otros establecimientos asistenciales tenía una limitante. Era necesario que las madres asistieran para que el médico les brindara atención médica a ellas o a sus hijos y éste las instruyera acerca de los preceptos que debía llevar a la práctica en su vida cotidiana para preservar la salud. Una vez que la madre salía del establecimiento quedaba fuera del alcance médico la certeza de que sus consejos fueran puestos en práctica. Esto evidenciaba ante las autoridades sanitarias que no bastaba la labor realizada en los establecimientos de Salubridad para modificar los hábitos de salud de la población y en particular los maternos e infantiles.

Así, desde 1922 con la apertura de los dos primeros Centros de Higiene Infantil la labor de las enfermeras visitadoras fue cobrando relevancia,

mientras que Federico Gómez dirigía otro de los mismos Centros.

²³¹ Federico Gómez plasmó que no le fue fácil fundar la cátedra de pediatría en la Escuela Médico Militar, de donde había egresado, ni quedar al frente de la misma. Esto en virtud de que los dirigentes de la Escuela tenían presente cuál había sido su filiación militar durante la revolución mexicana y lo habían relegado de las funciones académicas. Por una coyuntura en que los médicos Manuel Escontria y Mario Torroella rechazaron la cátedra, las autoridades médico militares dejaron de lado su "aventura política" y le dieron la cátedra. *Ibid.*, p. 316.

al volverse el eslabón entre el espacio público médico y el espacio privado del hogar, contribuyendo así con el trabajo de los médicos. Pues, como ha señalado Claudia Agostoni, “el trabajo de las enfermeras visitadoras fue de primera importancia, debido a que se les confirió la tarea de acudir a los hogares y llevar en forma directa, clara y precisa las enseñanzas de la medicina preventiva”.²³² Su labor las convirtió las auxiliares responsables de vigilar el espacio doméstico, para transformar la morada familiar en un espacio propicio para la medicina doméstica, como ha señalado Jacques Donzelot.²³³

Mientras las enfermeras tituladas trabajaban en el espacio público del dispensario, la clínica o el hospital, las enfermeras visitadoras tenían que auxiliar al médico en el Centro de Higiene y cumplir con la función de trasladarse hacia el ámbito doméstico de las mujeres que eran atendidas en los Centros. Una vez que la enfermera llegaba al seno del hogar debía supervisar y dirigir a la futura madre en los cuidados que debía tener durante el embarazo, además de instruir a las que ya tenían a sus bebés para que tuvieran una correcta atención durante el puerperio. También brindaban consejos sobre los cuidados necesarios con los hijos, sobre todo durante los primeros años de vida.

La figura de la enfermera visitadora cobró relevancia en las primeras décadas del siglo xx en diversos países, como se evidenció en el Segundo Congreso Internacional para la protección de la infancia que se llevó a cabo en Bélgica en junio de 1921. Los médicos Eusebio Guajardo y Rafael Santamarina asistieron como representantes de México en este foro. Entre los variados temas y propuestas que se abordaron allí, llamó la atención de los dos médicos la opinión generalizada de los asistentes al Congreso de que “uno de los medios más eficaces para oponerse a la mortalidad infantil, protegiendo a los niños en su primera infancia, son los consultorios de niños de pecho, con sus anexos “Gotas de leche” y un pequeño dispensario para suministrar algunos medicamentos a los niños enfermos”.²³⁴

De acuerdo con Guajardo y Santamarina, la experiencia de médicos de otros países indicaba que estos consultorios para niños de pecho debían ser “propagados y multiplicados por todos los medios posibles” al igual

²³² Agostoni, “Mensajeras”, 2007, p. 90.

²³³ Ver Donzelot, *Policia*, 1990, pp. 13-48.

²³⁴ Guajardo, “Informe”, 1921, p. 372.

que las escuelas de enfermeras para higiene maternal e infantil (visitadoras de la infancia), pues eran “consideradas como las mejores auxiliares del médico en la propaganda y en la enseñanza práctica de la puericultura”.²³⁵ Ambos elementos, los consultorios y “el médico, y sólo al médico” auxiliado de las enfermeras serían los pilares que lograrían “civilizar” a las madres y desterrar los “prejuicios de la población”; gracias a que se lograría “difundir por todos los medios posibles de higiene pro-natal a las futuras madres; proteger y fomentar la alimentación maternal para los niños, como la más adecuada y racional; combatir la ignorancia y prejuicios de las madres en el cumplimiento de la más importante misión que la naturaleza les ha confiado”.²³⁶

En este Congreso se propuso por parte de la presidenta de la Sociedad Maternal parisiense “La Pauponiere” que se reglamentara la labor de un grupo de auxiliares en el cuidado infantil. Sostuvo que era necesario crear “un cuerpo de enfermeras visitadoras de higiene infantil, reclutado, de preferencia, entre las parteras y las antiguas discípulas de las escuelas normales de institutrices”. Serían las encargadas de la vigilancia de la higiene infantil ejercida a domicilio. Por lo tanto debían prepararse como visitadoras competentes en puericultura, y “la garantía de esta competencia” sería el respaldo de un certificado o diploma.²³⁷

En el caso de México se puso en práctica esta propuesta y los primeros diplomas para las enfermeras visitadoras fueron otorgados por la Escuela de Salubridad creada el 17 de febrero de 1922. Institución que se dedicó a la tarea de formar personal especializado en materia de medicina preventiva. En un principio sólo admitía médicos graduados. Pero después de una reestructuración “en vista de los escasos resultados prácticos que en ella se habían logrado”, a partir del 31 de marzo de 1925 la Escuela dirigida por Salvador Bermúdez admitió también personas no graduadas en medicina, pues su objetivo era “la formación de técnicos especializados en los diversos ramos que abarca la Salubridad Pública”. Las carreras por las que podían optar eran: ayudante de laboratorio (de química y bacteriología), agente de desinfección, agente del servicio de enfermedades infecciosas,

²³⁵ *Ibid.*, p. 363.

²³⁶ *Ibid.*, p. 363.

²³⁷ *Ibid.*, p. 365.

inspector de bebidas y comestibles, enfermera visitadora y agente sanitario.²³⁸

Las enfermeras visitadoras, al igual que los otros alumnos, debían egresar con la preparación suficiente por medio de cursos teóricos y prácticos que tomaban, para posteriormente “desempeñar eficientemente los empleos o cargos que requieran determinados conocimientos técnicos” y con ello “enseñar y propagar las prácticas de higiene, entre las clases sociales que más lo necesiten, por medio de un Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas, Centros de Higiene Infantil y en general por todos los medios que juzgue adecuados”.²³⁹ Como un aliciente para las inscritas en los primeros cursos, Roberto Medellín, secretario general del Departamento de Salubridad ofreció con carácter personal un premio a la alumna que más se distinguiera por sus conocimientos en el curso para enfermeras visitadoras. “Como diez alumnas obtuvieron la calificación máxima, la Dirección acordó que dichas diez alumnas sufrieran una prueba consistente en el desarrollo de un tema igual para todas. Un jurado calificador, especial para esta prueba final, acordó que el premio fuera otorgado a la alumna señorita Guillermina Morales”.²⁴⁰

De acuerdo con los informes que aparecieron en el *Boletín del Departamento de Salubridad*, en 1925 se inscribieron 384 alumnos, de los cuales 53 estaban en el curso de enfermeras visitadoras, en el que incluso se registraron siete oyentes, lo cual muestra que en ese momento el curso resultó una propuesta atractiva para varias mujeres.²⁴¹ En 1927 31 mujeres obtuvieron el diploma de enfermera visitadora. “Esta última cifra se repitió con pequeñas variaciones en 1929 y 1930. Sin embargo, un informe de 1927 asentó que el número de mujeres que asistió a alguno de los cursos fue de 2,095”.²⁴² De acuerdo con Agostoni el número de mujeres que ingresaron a los cursos de enfermeras visitadoras

²³⁸ “Liminar”, 1925, p. 9.

²³⁹ “Departamento”, 1925, p. 194.

²⁴⁰ “Reconocimientos”, 1925, p. 171.

²⁴¹ Bermúdez, “Escuela”, 1925, p. 55.

²⁴² *Ibid.*, p. 55.

[...] Apunta hacia la extraordinaria recepción que tuvo la apertura de una novedosa forma para ingresar al mundo del trabajo asalariado, un trabajo que no contradecía o ponía en entredicho algunas de las ideas entonces predominantes en torno del deber ser de la mujer: respeto a las jerarquías, obediencia, sumisión, así como amor a la patria y respeto hacia las instituciones.²⁴³

Apertura que fue gradual y se vivió con distintas intensidades en distintos países occidentales, como ha señalado Knibiehler.²⁴⁴ El objetivo fundamental de la preparación de estas enfermeras visitadoras era que debían proceder a la práctica en los Centros de Higiene Infantil que existían en ese momento: “Eduardo Liceaga” y “Manuel Domínguez” y desde allí dirigirse a “vigilar” al ámbito domiciliario donde hubiera niños de hasta dos años de edad. De hecho, el programa que se esperaba que las enfermeras visitadoras voluntarias cumplieran fuera de los Centros de Higiene resultaba bastante ambicioso y un tanto intromisor en el ámbito privado del hogar, pues tenían las siguientes responsabilidades:

Hacer que se cumplan las prescripciones del médico para aquellos niños que tuvieran asistencia facultativa [...] Inculcar en la mente de las madres aquellos consejos que sean indispensables para la salud de sus niños, principalmente el que se refiere a la obligación que tienen de criarlos ellas mismas [...] Proscribir el uso del chupón y regularizar la alimentación [...] Hacer que los niños cuando enfermen, sean asistidos gratuitamente por los médicos que dependen del Departamento de Salubridad Pública.²⁴⁵

Esto muestra la intención de las autoridades de salubridad de que las madres asumieran que eran las responsables de la crianza de sus hijos y que necesitaban de los consejos que les brindaban los médicos por voz de las enfermeras para saber cuáles hábitos eran correctos y cuáles no. Además se esperaba que las madres comenzaran a ver al personal de salubridad y en este caso los Centros de Higiene Infantil como espacios a los que podían acudir a recibir un consejo o resolver dudas, es decir espacios de prevención médica y no sólo de atención en la enfermedad.

²⁴³ Agostoni, “Mensajeras”, 2007, p. 105.

²⁴⁴ Ver Knibiehler, *Historia*, 2000, pp. 71-87.

²⁴⁵ “Servicio”, 1927, pp. 10-11.

Las arduas labores de las enfermeras visitadoras serían recompensadas, pues de acuerdo con la reglamentación de la Escuela de Salubridad, estaba contemplado que el Departamento de Salubridad Pública “otorgara recompensas y distinciones a las enfermeras visitadoras que presenten cada dos años la mejor estadística de niños sometidos a su vigilancia”.²⁴⁶ Así, labores a domicilio de las enfermeras visitadoras y fueron un elemento vital para difundir sistemáticamente las reglas de higiene y de puericultura, ese saber que se presentó como científico y racional en contraposición a los saberes populares e “irracionales” que estaban ampliamente difundidos entre la población, como ha señalado Boltanski.²⁴⁷ Las autoridades sanitarias confiaban en que la labor de los médicos y las visitadoras “podrían modificar hábitos y formas de vida considerados irresponsables, insalubres o contrarios a los postulados de las ciencias médicas”, como ha señalado Agostoni en su estudio sobre la labor de estas auxiliares de los médicos.²⁴⁸

El Departamento de Salubridad fue autorizado por decreto del 18 de marzo de 1927 para organizar en todo el país un cuerpo de enfermeras visitadoras voluntarias que efectuaran visitas domiciliarias y vigilaran a las madres y sus hijos. Las voluntarias asistirían con regularidad a los cursos de higiene y alimentación de los niños que el Departamento establecería en todas sus dependencias. Las autoridades sanitarias las veían como un vínculo que al enseñar los preceptos higiénicos a las madres, contribuirían a disminuir “la enorme mortalidad infantil”.²⁴⁹ Estos cursos “populares” buscaban divulgar los conocimientos de la puericultura, pues en ese año la Escuela de Salubridad clausuró el curso para enfermeras visitadoras, pues ya había otorgado treinta y nueve diplomas de enfermeras y no había “por el momento vacantes en número suficiente para justificar la continuación de aquél”.²⁵⁰ Los cursos se reanudaron en 1929 con la apertura de un mayor número de Centros de Higiene Infantil.

La presencia de las enfermeras visitadoras cobró relevancia a partir de 1929, cuando se inauguraron seis Centros más en el Distrito Federal y algunos más en diversos puntos del país. En los Centros de Higiene del

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 11.

²⁴⁷ Boltanski, *Puericultura*, 1974, p. 15.

²⁴⁸ Agostoni, “Mensajeras”, 2007, p. 90.

²⁴⁹ “Servicio”, 1927, pp. 9-10.

²⁵⁰ “Escuela”, 1927, p. 119.

Distrito Federal el médico encargado del servicio de higiene prenatal y la jefe de las enfermeras eran quienes instruían a las enfermeras visitadoras de hogar para que vigilaran periódicamente en el domicilio si la madre estaba cumpliendo con las indicaciones que había recibido del médico, tanto en los casos de alimentación especial, o de lactancia. También les proporcionaban instrucciones para los cuidados que se debían proporcionar en el domicilio de los niños que por alguna circunstancia no podían concurrir a los Centros de Higiene, tales como la toma de medicamentos y el régimen alimenticio. Por otra parte investigaban los motivos que habían tenido algunas mujeres para dejar de asistir a las consultas con sus hijos, pues debían “evitar la influencia nociva del medio sobre la colectividad y muy especialmente sobre el organismo infantil”.²⁵¹

Para dotarlas de una personalidad respetable, se les exigió como requisito indispensable el uso de uniforme y se les prohibió el uso de afeites durante las horas de servicio que alterara la dignidad de su carácter.²⁵² Siempre debían tener presente que eran las encargadas de dirigir a la futura madre en los cuidados de los hijos y de divulgar preceptos higiénicos sobre la habitación y la alimentación. Sus conversaciones debían convencer a las futuras madres para ser atendidas en el momento del parto en una maternidad, y en caso de que insistieran en la conveniencia de un parto en su casa, debían convencerlas acerca de la conveniencia que tendrían al ser asistidas por una partera titulada.

Las visitadoras debían llevar un control de sus visitas y rendir informes mensuales de su labor.²⁵³ Isidro Espinosa de los Reyes, jefe del Servicio de Higiene Infantil en 1929 calificó a estas trabajadoras como “grupo de visitas de reconquista”.²⁵⁴ Esto en virtud de que inquirían si las mujeres embarazadas reportadas dieron a luz, informaban sobre las condiciones

²⁵¹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, en adelante AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 32.

²⁵² AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 33.

²⁵³ Agostoni refiere en su artículo algunas de las experiencias que plasmaron las enfermeras visitadoras en sus informes. En algunos casos se percibe la resistencia de hombres y mujeres para atender las indicaciones de las enfermeras y que fue necesario insistir con varias visitas, y en algunos casos sólo enviaban postales para recordarles que asistieran al Centro de Higiene. Aún así, algunas recalcaron que con paciencia podían influenciar muchas esferas de la vida del hogar. Ver Agostoni, “Mensajeras”, 2007, pp. 110-114.

²⁵⁴ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 32.

del parto, puerperio o del recién nacido. Investigaban en los hogares el orden social y moral que había para impartir la ayuda que consideraran pertinente; a la vez que fomentaban la idea de criar niños sanos. Después de llegar literalmente hasta los más escondidos rincones de colonias que estaban en áreas aún no urbanizadas,²⁵⁵ su labor era inquirir e informar para lograr que volvieran a Centros de Higiene para ser atendidas.

Los adjetivos de vistas de conquista y reconquista expresan un lenguaje figurado, pero conllevan un trasfondo revelador. Pareciera que los preceptos científicos de la medicina conquistan o triunfan una y otra vez sobre los saberes tradicionales ancestrales, tales como la labor de las parteras empíricas en el espacio privado del hogar, la forma de alimentarse y de vestirse. No se trató de un enfrentamiento bélico, pero sí de uno en que se combatía con las armas del conocimiento científico y la persuasión. A pesar del significado de las palabras de Espinosa de los Reyes, estas conquistas debieron ser parte de un proceso complejo, donde la población no estuvo dispuesta a adoptar fácilmente los preceptos médicos.

Sin embargo, aunque Isidro Espinosa elogiara la amplia labor de las enfermeras, consignó que entre los años de 1922 y 1928 sólo existían en total cuatro visitadoras en los dos Centros de Higiene, (el “Eduardo Liceaga” y el “Manuel Domínguez”). Pero afirmó que “de acuerdo con los datos recopilados por el Servicio de Estadística, las actividades de las enfermeras visitadoras sociales efectuadas de junio a diciembre de 1929, sumaron en total 5 900 visitas”.²⁵⁶ Estos datos no concuerdan con los publicados en el *Boletín del Departamento de Salubridad* arriba mencionados. Tampoco concuerdan con los datos consignados por los propios Centros de Higiene, pues el Centro “Eduardo Liceaga” reportó que en 1929 contaba con 7 enfermeras visitadoras que realizaban cinco visitas cada una, llegando a un total de 35 visitas diarias.²⁵⁷ Lo cual implicaría que en el periodo de junio a diciembre de ese año uno solo de los Centros habría realizado alrededor de 4 900 vistas.

Siguiendo los reportes de los Centros de Higiene Infantil “Eduardo Liceaga” y “Manuel Domínguez” que aparecieron en diversos números del *Boletín del Departamento de Salubridad* entre 1925 y 1929 tampoco se pue-

²⁵⁵ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, vol. 1, exp. 28.

²⁵⁶ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 33 y 35.

²⁵⁷ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, vol. 1, exp. 28.

de precisar la cantidad de visitas domiciliarias que se realizaban, pues los registros variaron mucho de una publicación a otra, no concuerdan con lo registrado en la documentación de los Centros de Higiene Infantil y no abarcan más que cinco años y los números que manejan para un mismo año oscilaron entre poco más de doscientas visitas hasta casi seis mil visitas. Aunque un dato interesante es que el Centro “Manuel Domínguez” señaló que en 1926 realizó 148 visitas domiciliarias, de las cuales casi la mitad fueron en vecindades, mientras que las restantes fueron en casas particulares y accesorias dedicadas a la habitación.²⁵⁸

Más allá de que es necesario un análisis minucioso de las cifras para llegar a una conclusión, nos interesa resaltar que las autoridades médicas implementaron un discurso elogioso de la labor de las enfermeras, con el cuál legitimaban y respaldaban su labor. Se trató de un discurso que las mostró como trabajadoras incansables, —más cercanas a una especie de heroínas— que a pesar de los obstáculos o resistencias de la población conseguían que en el seno de los hogares se apropiaran de los principios higiénicos que ellas brindaban. Las autoridades del Departamento de Salubridad Pública consideraban que la enfermera visitadora debía tener “una clara visión de la noble y elevada tarea” que se le confería. La siguiente descripción es bastante sugerente al respecto.

Debe saber y comprender que al ejercer su encargo va a prolongar hasta el corazón de los hogares la bienhechora labor de los Centros de Higiene Infantil. Debe sentir y hacer sentir en el hogar que visite que su labor no es represiva, no de policía sanitaria, sino que es obra de verdadero altruismo, de bien entendido amor al niño; que es, en fin, un verdadero trabajo de educación. De incorporación de nuestro pueblo, que sufre las consecuencias de su ignorancia y su miseria, al seno de una sociedad que está convencida de que para conservar la salud y prolongar la vida no se necesita otra cosa que seguir fielmente los preceptos de la higiene. Consecuentemente con estas ideas que le formarán una conciencia creadora que la conforte para no desmayar en su valiosa empresa, se presentará siempre sonriente a los hogares, procurando, desde el primer momento, ganarse la simpatía de la señora y de los niños. Si encuentra semblantes hoscos, ceñudos, seres desconfiados, intentará cambiarlos diciéndoles que con su visita no pretende mortificarlos; que, por el

²⁵⁸ “Centro”, 1926, pp. 129-130.

contrario, desea ayudarlos; quiere que le den oportunidad de demostrar que es el bien y la felicidad de los niños y de sus familiares lo que la lleva allí. Ella quiere ser una amiga, pero una amiga buena y sincera que no va a fiscalizar, sino a ayudar a la madre en la tarea de cuidar a los niños para que aquella sea feliz viendo a sus hijos contentos y sanos. Si en la primera visita no puede conseguir esta confianza, anunciará otra y otras hasta haberla obtenido.²⁵⁹

Cabe aquí hacer la mención de que la figura de la visitadora fue cobrando relevancia en las primeras décadas del siglo xx y que miembros de los sectores populares debieron ser visitados, dependiendo de las circunstancias, no sólo por una, sino hasta por tres distintas instancias. La primera era la enfermera escolar, quien, como ha señalado Carrillo, fue vista como “un órgano útil para hacer progresar la higiene doméstica, en interés de la higiene pública”.

[...] Ella hacía a veces la limpieza de la cabeza o el corte del pelo, previo consentimiento de los padres. Con su ayuda se obtuvieron resultados no sólo en la extirpación de la pediculosis, sino también en la profilaxis de la tiña, la sarna, las verrugas y otras enfermedades transmisibles; pues no escapaban a la atención de la enfermera casos que los inspectores no podían detectar en sus visitas quincenales. Para lograr que los padres se sometieran a tratamiento a sus hijos cuando éstos estaban enfermos, el Estado procuró facilitarles varios arbitrios.²⁶⁰

Concordamos con la autora cuando afirma que “se establecieron, así, nuevas alianzas entre la educación, las profesiones sanitarias y la beneficencia”.²⁶¹ Y, es que otra instancia que irrumpió el espacio privado del hogar fue la trabajadora social que dependía de la Beneficencia Pública. Su labor consistía en elaborar en los establecimientos de la Beneficencia un estudio social de las personas que eran remitidas allí por las autoridades. La finalidad del estudio era determinar primero si se encontraba ante un mendigo, un criminal o un enfermo; si debía quedar internado en algún establecimiento de la Beneficencia, o si lo habían llevado por error, pues

²⁵⁹ Departamento, *Organización*, 1989, pp. 55-56.

²⁶⁰ Carrillo, “Vigilancia”, 2005, p. 125.

²⁶¹ *Ibid.*

sí tenía medios para sostenerse y por lo tanto debía ser puesto en libertad. Todos los datos que obtenían los trabajadores debían ser corroborados en los domicilios que el individuo había proporcionado. Interrogaban a familiares, amigos y vecinos, a la vez que emitían algún juicio acerca de las condiciones de vida que imperaban en la vivienda. Los reportes que entregaban los trabajadores sociales a sus superiores eran decisivos para determinar si el individuo quedaba internado o era puesto en libertad.

La tercera instancia que ubicamos es precisamente la de estas enfermeras visitadoras del hogar que dependían del Departamento de Salubridad. Por lo tanto, las distintas visitadoras abarcaban prácticamente a toda la población, empezando por las mujeres en espera de ser madres y los niños de hasta dos años de edad, los niños en etapa escolar y la población juvenil y adulta. En el caso de las enfermeras visitadoras se puede percibir que desarrollaron una labor que mostró una invasión del espacio privado. Con el fin de “hacer del pueblo mexicano uno sano, vigoroso y culto”, como ha mostrado Agostoni, no se limitaron sólo a brindar consejos higiénicos. Se trataba de transformar hábitos en diversas esferas de la vida. De allí que una vez ganada la confianza de los miembros de la familia indagaran el estado civil de las mujeres, si vivían en amasiatos, si estaban casadas por lo civil o por lo religioso o si las habían abandonado. También intervenían para intentar cambiar el comportamiento de los hombres que ellas consideraron no trataban a las mujeres como era debido, ayudaran a buscar trabajos o insistían en que los niños asistieran a las escuelas. Influenciaban para que los enfermos fueran remitidos a los hospitales. En suma, “una labor moralizadora, no sólo higiénica”.²⁶² Con toda razón Isidro Espinosa elogió y calificó sus labores de “conquista” y “reconquista” en los hogares.

Durante la década de 1930 las enfermeras visitadoras primero y luego la enfermera sanitaria o visitadora social continuaron desempeñando una labor de divulgación de los conocimientos científicos de los médicos. Su labor fue de gran importancia para las autoridades sanitarias, y se intentó que llegaran a aquellos lugares de la República en que no se contaba con amplios servicios de salud y hospitalarios. Al respecto Carrillo ha señalado que las enfermeras cumplieron una labor importante durante el sexenio cardenista. “Para 1935 inicialmente más de 1500 enfermeras visitadoras fueron enviadas a las comunidades y luego, cada año, se agregarían 100

²⁶² Agostoni, “Mensajeras”, 2007, p. 114.

nuevas enfermeras a ese trabajo, en un intento por cumplir con el objetivo del Plan Sexenal de tener una enfermera por cada 10 mil habitantes”.²⁶³

A pesar de que las autoridades de salud describieron reiteradamente en sus publicaciones la labor de las enfermeras visitadoras, tanto en los Centros de Higiene Infantil, como en sus visitas de “conquista” y de “reconquista”, su presencia apenas es visible en las imágenes que acompañaron estos discursos escritos. La imagen 7 se publicó en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* en 1930. Apareció como la octava de las diez imágenes que ilustraron el texto “Salubridad local en México” escrito por el médico Miguel E. Bustamante. El texto se organizó en tres secciones, de las cuales la tercera se refirió a los trabajos sanitarios llevados a cabo en Veracruz, a raíz de la apertura en 1929 de la Unidad Sanitaria Cooperativa en dicho estado. En esta sección se mencionaron las labores que la Asociación Nacional de Protección a la Infancia estaba desempeñando, entre las que señaló que “las vistas hechas por las enfermeras sanitarias proporcionan un buen contacto con el pueblo, y en general son bien recibidas por las madres y familias”.



Imagen 7

“Enfermera visitadora, Veracruz, Veracruz” en
Boletín del Departamento de Salubridad Pública,
publicación trimestral, 1930, vol. 1, núm. 4, oct.-dic., p. 1421.

²⁶³ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 48.

De hecho unas líneas antes se elogiaba que la población acudiera con agrado a los servicios que se brindaban y por lo tanto resaltaba “la falta absoluta de compulsión policiaca para que acuda a recibir atenciones en las clínicas”.²⁶⁴ La imagen aparece a manera de respaldo de las palabras de Bustamante. Fue tomada en un ámbito urbano, como se puede apreciar por el pavimento, la banqueta y la construcción del fondo. En el centro de la escena se aprecia cerca de una puerta a una mujer cargando a un bebé y a la enfermera tocándolo en señal de interacción. Al fondo aparece un grupo de seis niños curiosos junto al vehículo de la Unidad Sanitaria, grupo que pareciera guardan cierta distancia de la enfermera, pero que prestan más atención al fotógrafo que a la labor que ésta desempeña.

Esta imagen fue publicada nuevamente en 1960 en el tomo I de *Historia de la Salubridad y de la Asistencia* en México escrito por José Álvarez Amézquita, Miguel E. Bustamante y Francisco Fernández del Castillo. En este caso resulta significativo el pie de la imagen, en el que los autores hacen toda una descripción no sólo de la imagen, sino del “ideal” de la función de los servicios de salud en la época. Con lo que pareciera que la imagen es un testimonio contundente de la eficacia de los servicios de salud que refieren:

Enfermera visitadora del Servicio de Higiene Infantil, visitando a una madre que acudió anteriormente a la clínica llevando a su niño. La enfermera da explicaciones y vigila por el cumplimiento de los consejos del médico, también se hace propaganda para invitar a quienes no han asistido. Unidad Sanitaria Cooperativa de Veracruz, 1930.²⁶⁵

La labor de las enfermeras visitadoras se consolidó en la década de 1930 y la Escuela de Salubridad insistió en prepararlas y les brindó distintos diplomas. Los de enfermera sanitaria, enfermera visitadora y trabajadora social. Para acceder a este último era indispensable poseer el título de enfermera, el de partera y el diploma de enfermera visitadora.²⁶⁶ Con esto se puede apreciar que se empezó a consolidar la profesión de las

²⁶⁴ Bustamante, “Salubridad”, 1930, pp. 1421-1422.

²⁶⁵ Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia*, t. I, p. 314.

²⁶⁶ Bermúdez, “Escuela”, 1931, pp. 198-199.

enfermeras, un espacio en que las mujeres ingresaron cada vez con mayor frecuencia.

Con lo expuesto en este capítulo se puede ver cómo en las primeras décadas del siglo xx se fue conformando en diversos países una compleja estructura sanitaria en la que diversos grupos de profesionistas, entre los que se encontraron los médicos, se reunieron para discutir y proponer acciones para mejorar las condiciones de vida de la infancia. Los espacios que brindaron distintos foros como congresos internacionales y nacionales, sociedades científicas y sus órganos de difusión, además de los espacios académicos y laborales, permitieron que se conformara un grupo de médicos que atendió a la población materna infantil que acudió a los establecimientos de salubridad.

Desde los establecimientos asistenciales como los Centros de Higiene Infantil, las autoridades sanitarias y el gremio médico legitimaron las figuras de los médicos y las enfermeras como los únicos responsables de guiar a la población en el cuidado y preservación de su salud. Función que cobró relevancia en la instrucción de las madres para que cuidaran a sus hijos bajo los preceptos científicos de la higiene y la puericultura. La tarea de estos profesionales de la salud fue vista por las autoridades sanitarias como una obra civilizatoria que contribuiría a mejorar las condiciones de salud de los ciudadanos.

Sin embargo, con la intención de “corregir” los hábitos de la población, las enfermeras visitadoras se convirtieron en las vigilantes de los preceptos higiénicos y por lo tanto se convirtieron en un vínculo entre el espacio público de los establecimientos médicos y asistenciales y el espacio privado del hogar. A pesar de tener el respaldo necesario para cumplir sus funciones, estos grupos de “conquista” y “reconquista” tuvieron que lidiar en más de una ocasión con la resistencia de la población para apropiarse de los consejos que ellas brindaban.

Capítulo III



LA ATENCIÓN MÉDICA INFANTIL. DISCURSOS E IMAGINARIOS MÉDICOS EN TORNO A LA INFANCIA

Experimentada en el problema de la infancia, la señora Aída S. de Rodríguez, comprobó la influencia decisiva que tienen para el niño los cuidados maternos. Sabe ella que de un ser débil y enfermizo, la abnegación de una madre activa e inteligente es capaz de obtener un individuo fuerte y sano, útil a la sociedad y a su familia; y no duda que un niño robusto y normal, por la ignorancia o negligencia de la madre, puede degenerar en enfermizo e inferior, constituyendo una tara moral y hasta económica para sus familiares.

*Libro para la madre mexicana*²⁶⁷

Estas son algunas de las palabras que quedaron plasmadas en el *Libro para la madre mexicana* escrito por tres médicos mexicanos y que fue distribuido entre la población entre 1933 y 1934. El ideal del niño sano que será útil a la sociedad en el futuro fue una constante en los discursos e imaginarios que el gremio médico entretejió durante las primeras décadas del siglo xx. Tal como ha señalado Birn, el ideal de los niños como futuros forjadores de los Estados se convirtió en un asunto de suma importancia para las autoridades y los médicos, por lo que es un tema que se encuentra recurrentemente a lo largo de varias décadas en sus discursos y labores.

El presente capítulo tiene como objeto abordar unos cuantos ejemplos de los diversos y complejos discursos que los médicos fueron conformando en torno a la infancia y la manera en que fueron difundidos entre distintos sectores de la población, tanto por medios verbales, escritos y

²⁶⁷ Martínez Báez, *et al.*, *Libro*, 1933, p. 1.

visuales. Cuestiones que nos permitirán dimensionar la participación de los médicos en la construcción de un modelo de infancia que se ajustó al ideal de las exigencias de la etapa de reconstrucción nacional, más no siempre con la realidad. Por lo que se mostrará que la elaboración, difusión y respaldo de tales discursos no implicó la aceptación total por parte de la población. Más bien se trató de un proceso en que ante el férreo control que se intentó imponer en algunas ocasiones por parte de las autoridades, la población mostró resistencia y por lo tanto fue necesario apelar a un proceso de negociación más que de imposición.

En el último apartado se verá cómo los médicos lograron posicionarse en el espacio escolar para atender a la población infantil. Fue a partir de este espacio que este gremio intentó llevar su influencia a un entorno más amplio, el hogar. Los médicos vieron en la población escolar un eslabón importante en la propagación de enfermedades, pero también el medio de difundir preceptos higiénicos. El posicionamiento de los miembros del Departamento de Salubridad en el sistema educativo fue vital, pues conformó una alianza entre las autoridades educativas y las de salubridad en la búsqueda y conformación del niño sano, del niño ideal y por tanto futuro ciudadano ideal. Esta alianza se consolidó a partir de la creación de la SEP en 1921 y representó uno de los campos desde los cuales los médicos articularon parte de sus discursos sobre la infancia.

EL DISCURSO EUGENÉSICO

La eugenesia también se sumó a las preocupaciones por las enfermedades de la infancia, y en concreto al “buen nacimiento” o el mejoramiento de la especie humana. Los conceptos principales de la eugenesia fueron difundidos ampliamente por el científico inglés Francis Galton (1822-1911) a finales de la década de 1860. Inmerso en el mundo urbano inglés decimonónico e influido por las novedosas teorías de su primo Charles Darwin (1809-1882) acerca de las especies, se percató que la clase proletaria tenía una alta tasa de natalidad que iba de la mano con la pobreza y la enfermedad. De allí su interés por contribuir al mejoramiento racial de su país “a través de la eugenesia, la cual postula que muchos de los males sociales son ocasionados por la nefasta herencia de caracteres negativos que se transmiten de padres a hijos. Por lo tanto la Ciencia de la Eugenesia o de

la «buena herencia» tiene como misión principal el mejorar dicha dotación hereditaria”.²⁶⁸

Estas controvertidas ideas cobraron auge y rápidamente se difundieron por diversos países europeos y americanos. En 1907 se fundó en Inglaterra la *Eugenetics Education Society*, que desarrolló una amplia labor en la difusión de las ideas eugenésicas y organizó para 1912 en Londres el Primer Congreso Internacional de Eugenesia. En opinión de Silvia Herrera la eugenesia en Europa y en Estados Unidos se apejó al modelo de Galton, más vinculado a la selección biológica, a la estadística y posteriormente a la genética. Pero en los países latinoamericanos, incluyendo a México, la eugenesia “se apoyó más que de ninguna otra rama de la medicina o de alguna otra ciencia auxiliar, en la higiene, llegándose incluso a confundir el objetivo de una con otra: «la finalidad de la higiene es defender la salud del individuo, la finalidad de la eugenesia es mejorar el patrimonio hereditario de la especie»”.²⁶⁹ Afirmación con la que coincidimos, pues de alguna manera se dio desde el porfiriato un anclaje entre las ideas higienistas, la puericultura y la eugenesia que buscaban como objetivo común mejorar las cualidades de la población.

Ya para la etapa posrevolucionaria Alexandra Stern ha señalado que: “en México es imposible estudiar la eugenesia sin explorar a la vez la puericultura y viceversa”.²⁷⁰ La autora ha plasmado que estas ideas se fueron entretrejiendo y se manifestaron en la preocupación por querer elevar los índices de natalidad, en el interés por mejorar la higiene materna e infantil, disminuir los denominados “males sociales” como la sífilis y el alcoholismo. Y también coincide en que fue precisamente ese anclaje entre eugenesia y puericultura el que se difundió por varios países del continente americano, como también ha apuntado Herrera. “Una orientación hacia

²⁶⁸ Herrera, “Eugenesia”, 2007, p. 6.

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 55. Este texto profundiza en el estudio del desarrollo de la eugenesia a partir de la obra de Galton y las ideas eugenésicas que cobraron auge en México en las postrimerías del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX, sobre todo con el surgimiento de la Sociedad Mexicana de Eugenesia.

²⁷⁰ Stern, “Madres”, 2002, p. 302. Ana María Carrillo también ha señalado que el trabajo del Departamento de Salubridad Pública dedicado a la infancia “estuvo marcado por la eugenia, eugenesia o eugénica, pensamiento médico -higiénico que se desarrolló, sobre todo, durante la primera mitad del siglo XX y cuyo propósito era mejorar las potencialidades genéticas del género humano, si bien la “degeneración de la raza” había sido una preocupación de los médicos desde finales del siglo XIX”. Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 34.

la filosofía y a la medicina francesas, los legados del catolicismo y un escepticismo respecto del determinismo de Weismann y Mendel, llevaron a muchos científicos y médicos latinoamericanos a adoptar y promover la puericultura”. Por lo tanto, la atención de las políticas de salubridad se centraron en buena medida en las mujeres como madres y en sus hijos; desde que eran concebidos hasta la adolescencia. “Haciendo eco de los eugenistas franceses, los mexicanos se aferraron a la puericultura, «el estudio científico del niño», y abogaron por una actitud en pro de la natalidad, medida por la selección biológica” de forma que se vigilaba y coadyuvaba el “cuidado maternal y del niño para el futuro de la nación”.²⁷¹

En ese sentido es que coincidimos con Stern cuando afirma que “es preciso entender la eugenesia en México en ese contexto de la construcción del Estado y del rediseño de la nación. El alcance discursivo e institucional del movimiento eugenista formó parte integral de las transformaciones de los años posteriores a la revolución”.²⁷² La idea del mejoramiento de la raza apareció constantemente tanto en los discursos de las autoridades políticas como en los escritos médicos, si bien se presentó con distintos matices. Los médicos que se interesaron en las ideas eugenistas entre las décadas de 1920 y 1940 consideraron que para remodelar a la nación era necesario centrarse en tres elementos clave de la reproducción y la socialización: la maternidad, la sexualidad y los niños, por lo que enfocaron sus intereses y sus conocimientos en estas vertientes.²⁷³

Por su parte Martha Saade expresa una postura similar cuando sugiere que la eugenesia se presentó como discurso tanto como proyecto de transformación sociobiológico y “se libró tanto en la arena de la política pública como en el campo de la ciencia moderna (nacional e internacional). En este campo de batalla se ubica la experiencia de los eugenistas mexicanos”.²⁷⁴ Quienes tuvieron una amplia participación en nuestro país y dejaron numerosas huellas que se pueden rastrear para buscar explicaciones de diversos aspectos de la construcción de la sociedad mexicana de la época.

Aunada a los conocimientos en puericultura y en pediatría, la corriente eugenésica que se estaba desarrollando tanto en Europa como en Estados

²⁷¹ Stern, “Madres”, 2002, pp. 295 y 297.

²⁷² *Ibid.*, p. 294.

²⁷³ *Ibid.*, p. 295.

²⁷⁴ Saade, “¿Quiénes?”, 2004, p. 49 y 52.

Unidos repercutió de distinta forma en los países de América Latina y se tradujo en algunas políticas gubernamentales y en distintas agrupaciones de profesionistas que formaron sociedades como las de puericultura y de eugenesia para el caso de México. Los médicos que se interesaron en la higiene y en combatir la mortalidad infantil se fueron adentrando en los postulados de la eugenesia, pues los vieron como una plataforma para difundir los preceptos higiénicos, la erradicación del alcoholismo y la sífilis, controlar la migración, la reproducción y seleccionar las características hereditarias de la población; lo que traería como resultado una población con ciudadanos sanos. Postulados que se centraron en gran medida en las mujeres embarazadas, los recién nacidos y los niños y cobraron auge en la etapa posrevolucionaria.

En opinión de Stern, fue a partir de 1921, cuando empezó a surgir en México “un movimiento eugenista compuesto principalmente de médicos, muchos de los cuales estuvieron activos en los círculos de los llamados científicos”.²⁷⁵ Coincidimos con la propuesta de que a partir de 1921 se puede ver cómo la eugenesia fue un tema que apareció recurrentemente en diversos foros, como fueron el Primer y Segundo Congresos mexicanos del niño en 1920 y 1923, respectivamente, y la Semana del Niño en 1921.²⁷⁶

²⁷⁵ Stern, “Mestizofilia”, 2000, p. 63. Herrera, difiere en este punto y sostiene que los inicios de la corriente eugenésica en México tuvieron lugar durante el porfiriato. Ver Herrera, “Eugenesia”, 2007, pp. 37-45.

²⁷⁶ Aunque uno de los primeros discursos médicos en esta época que abordó el tema de la eugenesia fue *Eugenia. Esbozo novelesco de costumbres futuras* que es considerada en la historiografía actual, a pesar de su escasa difusión, como una novela pionera en el campo de la ciencia ficción por abordar en 1919 el tema de la eugenesia. Bajo la pluma del médico Eduardo Urzaiz Rodríguez *Eugenia* aparece citada en prácticamente todas las publicaciones recientes que abordan la temática de la eugenesia. Algunos ejemplos son Stern, “Mestizofilia”, 2000; Stern, “Madres”, 2002; Saade, “Cultivo”, 2002; Saade, “¿Quiénes?”, 2004; Suárez y López Guazo, *Eugenesia*, 2005; Urías, *Historias*, 2007 y Herrera, *Eugenesia*, 2007.

El médico Eduardo Urzaiz Rodríguez nació en Cuba el 13 de octubre de 1876 y durante su infancia se trasladó junto con su familia a Mérida, Yucatán. Se doctoró en medicina en 1902 y estudió psiquiatría en Nueva York. Detrás de la trama amorosa que sirve de hilo conductor a lo largo de la novela, Urzaiz describe en qué consiste el proceso que podría marcar la diferencia en el desarrollo de la humanidad. La trama de la novela apunta a que todos los personajes, desde su propio papel, contribuyen para que la especie —entendida como la de aquellos con mejores caracteres hereditarios— se reproduzca. Así, el amigo intelectual (Miguel) es el vehículo para hacer que su joven amigo (Ernesto) genéticamente apto se dedique a la reproducción de la especie; aunque para ello tenga que dejar a su

Por ejemplo, el médico José J. Izquierdo externó en el Segundo Congreso Mexicano del Niño en 1923 la necesidad de que en México se emprendieran estudios eugenésicos, por lo que hizo un llamado al Departamento de Salubridad Pública para que estableciera una oficina de eugenesia:

Destinada a estudiar los caracteres de la gran familia mexicana y a investigar su modelo de transmisión, con el fin de fomentar las buenas cualidades raciales de extirpar las malas; que estudie los resultados de la inmigración con el fin de facilitar tan sólo aquella que aporte buenas cualidades de la descendencia de los inmigrantes, y en suma, que se ocupe de todo lo que tienda al mejoramiento de la raza.²⁷⁷

Además de los congresos, otro espacio donde se reunieron un número de médicos interesados en atender a la niñez fue el Servicio de Higiene Escolar dependiente del Departamento de Salubridad Pública que entró en funciones en 1921. De hecho ha sido considerado por investigadores como Stern como “la piedra angular de la eugenesia”, pues permitió que los médicos articularan sus ideas, formularan desde allí sus recomendaciones, mismas que fueron llevadas a cabo en buena medida en esa misma instancia gubernamental.²⁷⁸ Ideas y prácticas que si bien permearon las siguientes décadas, pasaron por diversos matices.

En mayo de 1929 algunos miembros del Servicio de Higiene Infantil dirigido por Isidro Espinosa de los Reyes dieron los primeros pasos para formalizar una asociación que tratara “los problemas del niño”. Espinosa de los Reyes invitó aproximadamente a 20 colegas a reunirse el 14 de

amante (Celiana), también intelectual, pero no apta para la reproducción. Ésta se lamenta de haber perdido a su amante y finalmente se refugia en su intelecto y se resigna a su papel secundario en la sociedad. Ernesto cumple su papel biológico como “reproductor oficial de la especie” y en el camino se encuentra con la persona con la que decide compartir la vida (Eugenia), otro ser apto para la reproducción; así los dos son dignos representantes de su especie y procrean un hijo. Por otra parte, el médico (Pérez Serrato) aparece como el vigía, quién supervisa, provoca esos encuentros entre ciertos individuos para propiciar la reproducción, una de las preocupaciones centrales del gobierno. El resultado es que Villautopía (lugar cerca de la Habana) está poblada por niños sanos y sonrosados, que una vez que crecen se convierten en ciudadanos ideales y sólo los más aptos continuarán el ciclo de la vida.

²⁷⁷ *Memorias del Segundo*, 1925, p. 6.

²⁷⁸ Stern, “Madres”, 2002, p. 300.

mayo en la casa de Mario Torroella con el fin de “realizar una idea que es indudable está en la mente de muchos distinguidos médicos, como es la ingente necesidad de crear en nuestro país la primera sociedad de puericultura y pediatría cuya finalidad principal sea la de llevar los problemas del niño al terreno de la discusión y la iniciativa privadas”. Espinosa se sentía motivado para realizar esta idea, en vista de los resultados obtenidos por el Servicio de Higiene Infantil y por otra parte, había “notado en el ánimo de nuestros distinguidos compañeros del cuerpo médico, latente el generoso propósito de agregar una página más a nuestro programa de acción médico-social”.²⁷⁹ Unos cuantos meses después, el 18 de enero de 1930, quedó constituida la Sociedad Mexicana de Pediatría “que pronto cambió su nombre por el de la Sociedad Mexicana de Puericultura, para pocos años más tarde, retomar su nombre original, con el que subsiste hasta la fecha”.²⁸⁰

La Sociedad contó con un órgano de difusión desde 1930, la *Revista Mexicana de Puericultura. Órgano de la Sociedad Mexicana de Puericultura*, donde los médicos Anastasio Vergara, Alejo Z. Calvo, Manuel Cárdenas de la Vega, Rafael Carrillo, Antonio Sordo Noriega, Federico Gómez, Adrián Correa, Isidro Espinosa de los Reyes, Alfredo M. Saavedra, Alvar Carrillo Gil, Pablo Mendizábal, Demófilo González, José Rábago, Alfredo M. Saavedra y Rafael Soto —entre otros— plasmaron periódicamente los resultados de sus investigaciones y sus propuestas para mejorar la atención médica infantil. Se basaron en sus experiencias en los Centros de Higiene Infantil, la Casa de Cuna, la Maternidad de las Lomas, los Hogares Infantiles de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y el Servicio de Higiene Escolar. La *Revista* desde sus inicios mantuvo de manera intermitente una sección de eugenesia.

Varios de los médicos que colaboraron en ésta como Alfredo M. Saavedra y Rafael Carrillo se organizaron junto con Alfonso Pruneda, Fernando Ocaranza y Rafael Pardo y un año después, el 21 de septiembre de

²⁷⁹ AHSSA, fondo Salubridad Pública, serie Higiene, 1929, caja 4, exp. 13. A esa reunión fueron convocados los médicos Abraham Ayala González, Aquilino Villanueva, Alfonso Segura, Enrique del Pino, Arturo de los Ríos, José María Aragón, Fernando Gutiérrez Vázquez, Manuel Mateos, Enrique García Moreno, Samuel Villalobos, Carlos Jiménez, Enrique Castillo, Alejandro Malo, Manuel M. Escalera, Fernando Cruz, Antonio Candano, Everardo Landa, Rafael Carrillo y Mario Torroella.

²⁸⁰ Ávila, *et al.*, *Historia*, 1997, p. 357.

1931, fundaron la Sociedad Eugénica Mexicana para el mejoramiento de la raza. A partir de junio de 1933 tomó el nombre de Sociedad Mexicana de Eugenesia que se mantuvo en funciones y con un órgano de difusión hasta la década de 1950.²⁸¹ El objetivo de esta Sociedad era contribuir a la mejora racial al “estudiar las condiciones biológicas y sociales que influyen en la generación de la especie humana, para procurar que se pongan en práctica los métodos que la ciencia y las leyes sociales indican para el mejoramiento de la humanidad”.²⁸² La sociedad también contó con un órgano de difusión. El *Boletín de la Sociedad Eugénica* que para 1932 cambió a *Eugenesia “Higiene y Cultura Física”* y en 1939 se denominó *Eugenesia. Órgano de la Sociedad Mexicana de Eugenesia*. En sus páginas escribieron, entre otros, Alfredo M. Saavedra, Rafael Carrillo y Fernando Ocaranza.

Los médicos que se interesaron en las ideas eugenistas y colaboraron en la publicación consideraron que para remodelar a la nación era necesario centrarse en tres elementos clave de la reproducción y la socialización: la maternidad, la sexualidad y los niños, por lo que enfocaron sus intereses y sus conocimientos en esta vertiente.²⁸³ De allí que algunos de los temas que abordaron fueron la herencia y la sífilis, el certificado prenupcial, las enfermedades venéreas, la mortalidad infantil y la higiene en los niños.²⁸⁴

²⁸¹ En América Latina se establecieron varias sociedades de eugenesia: la primera se fundó en 1917 en Brasil: la Sociedad Eugénica de Sao Paulo. Posteriormente se fundó en la Habana la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura. En Argentina se fundó la Asociación de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social. En 1927 se fundó el Instituto de Medicina Social de Perú y en 1931 se fundó la Sociedad Mexicana de Eugenesia para el mejoramiento de la raza. Ver Herrera, *Eugenesia*, 2007, pp. 13-14.

²⁸² Bases constitutivas de la Sociedad Eugénica Mexicana, citado en Herrera, *Eugenesia*, 2007, p. 54.

²⁸³ Stern, “Madres”, 2002, p. 295.

²⁸⁴ Resulta interesante que dentro de los diversos temas que trataron en su *Boletín*, se fue conformando un discurso en torno a los orígenes de la eugenesia en México, pues en 1941 el médico Alfredo M. Saavedra señaló que los médicos precursores de la eugenesia fueron Juan María Rodríguez (1828-1894), Alfonso Pruneda (1879-1957) y José Manuel Puig Casauranc (1888-1939). Citado en Uriás, *Historias*, 2007, p. 233.

Rodríguez fue el médico obstetra más destacado del último tercio del siglo XIX por sus aportaciones en la Escuela de medicina y en el departamento de Maternidad del Hospital de Maternidad e Infancia. Dentro de sus investigaciones publicadas en la *Gaceta Médica de México* se encuentran algunos trabajos sobre teratología en los que expresó sus inquietudes por descifrar de forma científica cuáles habían sido las causas de las malformaciones. Pruneda fue médico higienista de la Escuela de Medicina y participó en diversos cargos

La importancia de la labor de la Sociedad Mexicana de Eugenesia radica en que, como ha señalado Ana María Carrillo:

En la base de la política de la época hacia la infancia estaba, de manera explícita, la eugenesia. Los principios que profesaba el Departamento de Salubridad Pública a favor de la infancia establecían que toda mujer residente en el territorio de la República Mexicana 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. El Estado se abrogaba el derecho de proteger a la infancia a partir del momento en que juzgaba la salud de los candidatos al matrimonio hasta los seis años, cuando comenzaba la vida escolar [...] para el Estado el primer derecho biológico del hombre era el de ser engendrado sano, como una garantía para el porvenir.²⁸⁵

Esto último en relación con los “principios que profesa el Departamento de Salubridad” escritos por el médico José Siurob en 1935.²⁸⁶ Así, la mirada eugenésica estuvo presente en el complejo discurso que los médicos elaboraron para combatir la mortalidad y en particular la mortalidad infantil y mejorar las condiciones de salud de la población. En opinión de Saade no se puede pensar en la eugenesia “como pseudociencia y como parte de una coyuntura efímera, cuyas huellas se perdieron entre una gran cantidad de esfuerzos por superar los problemas para la construcción moderna de los pueblos”.²⁸⁷ Por el contrario, tuvo un campo de acción amplio en nuestro país y dejaron numerosas huellas que se pueden rastrear para buscar explicaciones de diversos aspectos de la construcción de la sociedad mexicana de la época. La eugenesia tuvo la ventaja de relacionarse en el terreno de la política pública.²⁸⁸ Para el caso mexicano, diversos médi-

en la Universidad, en el Departamento de Salubridad y en la Beneficencia Pública. Puig Casauranc —como ya se mencionó— fue el secretario de Educación Pública en el periodo presidencial de Calles, lo que le permitió impulsar diversas medidas en torno a la higiene escolar. Así, resulta sugerente ver cómo los médicos fueron legitimando en el discurso las propuestas de la Sociedad de eugenesia por medio de la labor realizada por determinados médicos desde el siglo XIX, aunque ninguno de los tres se manifestó abiertamente como partidario de las ideas eugenésicas.

²⁸⁵ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 33.

²⁸⁶ Siurob, “Principios”, 1935, pp. 11-17.

²⁸⁷ Saade, ¿Quiénes?, 2004, p. 49.

²⁸⁸ Este tema ha sido estudiado con amplitud por Stern, “Mestizofilia”, 2000; Stern, “Ma-

cos, abogados, ingenieros, antropólogos y educadores se sumergieron en la turbulenta y polémica corriente eugenésica, y más allá de centrar sus esfuerzos únicamente en el estudio científico de los rasgos de la herencia biológica, “en cambio, mostraron una notable inclinación en el campo de «lo social», que diluyó a la eugenesia en el discurso y el proyecto común de la modernización”.²⁸⁹

Así, se puede percibir que la eugenesia tuvo una gran influencia en los servicios de salud en México, como la tuvo en otros países América Latina, como ha señalado Carrillo. El interés para lograr una buena descendencia, originó propuestas “para curar a los enfermos y regularizar la inmigración, de modo que llegaran personas con buenas cualidades y las transmitieran a sus descendientes, y separar de las funciones de la especie a los «defectuosos»”.²⁹⁰ Lo cual se tradujo en medidas higiénicas y de salud pública. De ahí que al revisar las acciones que se llevaron a cabo en los establecimientos de salubridad que atendieron a las madres y sus hijos, o disposiciones como la que exigió los certificados prenupciales, se encuentran estrechamente relacionados preceptos higiénicos y eugenésicos con la puericultura y la pediatría.

LOS DISCURSOS MÉDICOS EN TORNO A LA INFANCIA

Partimos de que si bien es difícil reconstruir íntegramente el impacto de las políticas de salubridad pública para la infancia entre 1920 y 1943, consideramos que sí es posible identificar los comportamientos y valores que se alentaron desde el Departamento de Salubridad Pública y posteriormente desde la Secretaría de Asistencia Pública. Como se ha mostrado en los capítulos previos, existió un creciente interés de los médicos en la niñez mexicana. Este grupo de especialistas contribuyó a definir un perfil de los niños. Dirigió su mirada hacia los elementos nocivos que la afectaban y generaron un discurso complejo y diversas acciones con miras a instruir y cambiar hábitos en la atención infantil. En consecuencia los discursos

dres”, 2002; Saade, *Cultivo*, 2002; Saade, ¿Quiénes?, 2004; Urías, *Historias*, 2007, por mencionar algunos de los más representativos.

²⁸⁹ Saade, ¿Quiénes?, 2004, p. 50. La autora traza una línea que asocia la eugenesia con la política pública de la época, que hasta cierto punto llegó a su límite y se replegó. En cambio lo “científico” que se relacionó con otros campos como la genética fue lo que predominó en el discurso y ha permanecido abiertamente hasta la actualidad.

²⁹⁰ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 34.

escritos y visuales que elaboraron contribuyeron a modelar un ideal de infancia, que no siempre concordó con la realidad mexicana.

Una limitante con la que nos enfrentamos es que las fuentes que consultamos fueron escritas en su totalidad por los adultos, quienes dejaron plasmadas sus ideas acerca de los niños, y por lo tanto no contamos con la voz de los niños para conocer cómo se apropiaron o rechazaron estas ideas. Estos testimonios dan cuenta de la mirada de los adultos sobre los niños, y cómo a partir de ésta generaron representaciones y prácticas que tendieron a proteger y normar la vida infantil, como ha subrayado Sánchez Calleja. A lo que podemos añadir que también tendieron a generar un modelo de “niño ideal”.²⁹¹ En este punto seguimos la idea de Pablo Rodríguez, quien señala que

Es difícil trazar una línea entre la experiencia infantil y la cantidad de referentes que la definen. Niñas y niños no dejan de ser expresiones del modo en que se diferencian y se procesan las instituciones, los afectos y el poder. La experiencia infantil encarna el intercambio de autoridad entre el parentesco y las instancias públicas. La especialización de funciones del Estado y el afinamiento burocrático consiguiente son sucesos relacionados con la forma en que los adultos valoran a los infantes.²⁹²

Bajo la tutela médica

Una particularidad del gremio médico es que logró proyectar un discurso que legitimó la idea de que la atención de los niños era una labor exclusiva de los médicos, quienes se dedicarían a dirigir y tutelar los cuidados que las madres brindaban a sus hijos, pues de acuerdo con la experiencia médica ellas necesitaban de la guía de los preceptos científicos. Ambas partes debían cumplir sus funciones y de esa manera se complementarían. Ya a finales del siglo XIX el facultativo francés Fonssagrives había expresado sus deseos al respecto.

Tengo la ambición de hacer de la mujer una enfermera perfecta, que comprenda todo, pero que comprenda sobre todo que su papel es ese, y que a la vez es noble y caritativo. El papel de las madres y el de los

²⁹¹ Sánchez Calleja, “Niños”, 2006, p. 118.

²⁹² Rodríguez y Manarelli, *Historia*, 2007, p. 17.

médicos son y deben ser claramente distintos. Uno prepara y facilita el otro; se complementan o más bien deberían complementarse en interés del enfermo. El médico prescribe, la madre ejecuta.²⁹³

En opinión de Donzelot fue en este periodo cuando se estableció una “unión orgánica entre medicina y familia” que repercutió profundamente sobre la vida familiar y llevó a su reorganización en varias direcciones, entre las que destacaron: “1) El aislamiento de la familia contra las influencias negativas del antiguo medio educativo, contra los métodos y los prejuicios domésticos. 2) El establecimiento de una alianza privilegiada con la madre. 3) La utilización de la familia por el médico contra las antiguas estructuras de enseñanza”.²⁹⁴ Coincidimos con el autor en que se dio una reestructuración en el ámbito familiar, y en especial en la función materna que se fue medicalizando. Esto en virtud de que el proceso biológico del embarazo, el parto y el puerperio, se fue trasladando del ámbito privado del hogar al público. El cuidado de los hijos había sido por siglos una cuestión del espacio doméstico, donde las propias mujeres eran las que intervenían, y la función de las parteras y de las nodrizas había sido vital. Pero, como apunta Donzelot “la conquista de este mercado por la medicina implicaba, pues, una destrucción del imperio de las [mujeres] una larga lucha contra sus prácticas, juzgadas inútiles y perniciosas”.²⁹⁵ Por lo que en los discursos elaborados por los médicos aparecerán frecuentemente como puntos de discusión la pertinencia o no de las parteras y las nodrizas; la importancia de la lactancia materna, la vestimenta del niño y la función de la madre en los cuidados de los hijos, como se verá más adelante.

Este tipo de discurso respondió en buena medida a que “uno de los problemas clave que había que paliar, a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, era el de la mortalidad infantil, que en la mayoría de países occidentales alcanzaba altas tasas”. Las principales causas eran el abandono infantil, el trabajo a temprana edad, las condiciones de insalubridad de las viviendas populares y la mala alimentación. Argumentos que, como ha señalado Dávila pasaban “por una cierta culpabilización de las mujeres en sus responsabilidades como madres, o incluso de las propias familias”.²⁹⁶

²⁹³ Citado en Donzelot, *Política*, 1990, p. 21.

²⁹⁴ Donzelot, *Política*, 1990, pp. 21-22.

²⁹⁵ *Ibid.*, p. 23.

²⁹⁶ Dávila, “Largo”, 2008, p. 74.

“La ignorancia de las madres”

Una de las características de este discurso médico donde el facultativo se convierte en la figura central que posee los conocimientos necesarios para instruir a la madre, es que la coloca en una doble posición. Por un lado es una aliada al momento de poner en práctica los preceptos médicos. Pero también queda claro su papel de subordinación. Ella no cuenta con los conocimientos científicos para la crianza de los hijos, más bien vive en “la ignorancia”, por eso el médico es quien debe instruirla o civilizarla. Y fue precisamente “la ignorancia de las madres” lo que en opinión de los médicos había que combatir por medio de los preceptos de la medicina científica. Podemos ubicar un claro ejemplo en la obra de Ellen Key, quien hacía referencia a que veía “con verdadero terror los peligros a que los expone la ignorancia de las madres” a los niños en su primera infancia.²⁹⁷

Para el caso de nuestro país, en 1903 encontramos otro ejemplo bajo la pluma del médico Luis Lara y Pardo, quien escribió el ensayo “La puericultura en México” en el que expuso sus puntos de vista acerca de la mortalidad materna e infantil. Además de señalar que si se quería mejorar la salud de los habitantes y reducir el número de muertes infantiles era necesario mejorar las condiciones de vida de la mayor parte de la población que vivía en la pobreza, enfatizó la responsabilidad que en este rubro tenían las mujeres. Las palabras de Lara fueron tajantes al declarar que la “ignorancia” de las mujeres mexicanas les imposibilitaría ser buenas madres. Pero esta declaración no se aplicaba a todas las mujeres, sino a aquellas mujeres pobres, a las que los médicos debían instruir para sacarlas de su apatía y desidia.

La mujer mexicana, sobre todo, la mujer pobre, llega a la maternidad, sin la más ligera noción de la higiene, y sí cargada de preocupaciones ancestrales, viciosas y ridículas. En la práctica, me he encontrado mujeres, aun de las de la clase media, que en vísperas del parto no sabían cómo asearse los órganos genitales. Todos vosotros habéis notado sin duda, cuán profunda es la apatía y la ignorancia y la desidia de nuestras mujeres, en ese sentido; apatía y desidia e ignorancia, fruto de la educación que han recibido. Las mujeres en México se han educado todavía según el sistema semi-claustral, lleno de falsos pudores, de hipocresías, de ignorancias, de debilidades y de caprichos

²⁹⁷ Key, *Siglo*, 1900, t. II, p. 113.

que *jamás llegarán a hacer de ellas unas buenas madres de familia*, por más que nuestros poetas canten las excelsas virtudes de la madre mexicana.²⁹⁸

A la “ignorancia de las madres” se le atribuía en gran medida el alto índice de mortalidad infantil y por lo tanto los problemas poblacionales; pero parecía que se olvidaba que eran las madres quienes lograban criar al resto de la población. En este punto la contraparte del discurso de la ignorancia de las madres fue la devoción a las madres. Un momento clave tuvo lugar en 1922 cuando por iniciativa de Rafael Alducin, director del periódico *Excélsior*, comenzó a conmemorarse el Día de la Madre el 10 de mayo. Un día consagrado “para rendir un homenaje de afecto y respeto a la madre”. Como reacción ante un folleto que desató polémica en el sur del país que refería que las mujeres podían tener más control para evitar embarazos, *Excélsior* solicitó la cooperación de sus colegas y del público para realizar un evento.

Hoy, que [...] se ha venido emprendiendo una campaña suicida y criminal contra la maternidad [...] denigrando la más alta función de la mujer, que no sólo consiste en dar a luz sino en educar a los hijos que forma su carne, es preciso que la sociedad entera manifieste, con una fórmula banal si se quiere pero profundamente significativa, [...] que sabemos honrar a la mujer que nos dio la vida.²⁹⁹

Así, en los discursos e imaginarios en torno a la madre se osciló entre la condena y la devoción. Para los médicos la figura de la madre era vital, pues bajo su tutela podía cumplir mejor su papel como educadora, como auxiliar del médico en la esfera doméstica. Con esa alianza y gracias a la labor de la madre el médico triunfaba sobre las creencias populares.³⁰⁰ De allí la importancia de instruir a las mujeres —o como mencionó el médico Joaquín Cosío en el Segundo Congreso Mexicano del Niño— había que capacitar y preparar intelectualmente a las madres para que pudieran comprender los preceptos de la medicina infantil.³⁰¹

²⁹⁸ Lara y Pardo, “Puericultura”, 1903, p. 277. Las cursivas son nuestras.

²⁹⁹ Citado en Agostoni, “Mensajeras”, 2007, p. 98.

³⁰⁰ Donzelot, *Policía*, 1990, p. 24.

³⁰¹ *Memoria del Segundo*, 1925, p. 11.

LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN

La difusión escrita de estas ideas acerca de la ignorancia de las madres y las virtudes de seguir los principios y los preceptos establecidos por la higiene se realizó por medio de periódicos, revistas, impresos sueltos, cartillas de higiene, manuales y libros de medicina doméstica. “La mayor parte de este género de escritos provenía de la pluma de destacados médicos e higienistas mexicanos y extranjeros. [...] La higiene penetró todos los géneros de la cultura impresa de la época y se caracterizó por ser un discurso eminentemente pedagógico”, como ha señalado Agostoni. Desde finales del siglo XIX los profesionales de la medicina anhelaban que este tipo de escritos se convirtieran “en guías de consulta permanente, por lo que al redactarlos sus autores empleaban un lenguaje sencillo, directo y libre de tecnicismos médicos y científicos”.³⁰² Aún así estos anhelos se encontraban lejos de la realidad cotidiana de la mayoría de la población. De acuerdo con el médico Manuel Soriano en 1905, la persuasión no era suficiente para que los individuos se acercaran por propia voluntad a las publicaciones de salud. Por eso las autoridades recurrían al “ruego” y si aún así no conseguían su objetivo recurrían a la violencia con tal de imponer hábitos de higiene entre la población. Así de la persuasión a la imposición se podía cruzar una línea muy delgada.

La aplicación de la higiene en nuestro país nace apenas [...] el Consejo [de Salubridad] ha querido por medio de sus publicaciones populares, por medios correctivos, por la persuasión, por el ruego, tal vez en último caso por la violencia, imponer los medios para conservar la salud, para prevenir las enfermedades, para dar a la Patria en lo porvenir individuos sanos y vigorosos que puedan ser útiles a sus familias en su hogar, a sus semejantes en la sociedad, a la Patria.³⁰³

³⁰² Agostoni, “Salud”, 2001, pp. 81-82. La autora hace referencia a diversos ejemplos de propaganda higiénica durante el porfiriato.

³⁰³ Citado en Agostoni, “Salud”, 2001, p. 89. Este tipo de observaciones permiten entrever que la población se mostraba reacia a cambiar sus hábitos y que las autoridades de salud se llegaban a sorprender cuando no tenían que recurrir a la violencia. En el apartado *Las enfermeras visitadoras* mencionamos un caso de 1930 en que las autoridades sanitarias se complacieron de no tener que recurrir “a la compulsión policiaca”.

Las imágenes del niño sano

Al término de la lucha armada revolucionaria, las autoridades de salubridad insistieron en la necesidad de difundir por diversos medios hábitos higiénicos entre la población. Durante los festejos de la Semana del Niño organizada por el Departamento de Salubridad en 1921 se destacó la idea de que al apegarse a los principios higiénicos que abanderaban las autoridades sanitarias el país se robustecería con niños fuertes y vigorosos que serían de utilidad a su patria en el futuro. Uno de los medios en que difundieron esta imagen fue por medio de “unos distintivos que se distribuyeron entre los asistentes a la Semana, y que de acuerdo con la *Memoria* se hicieron populares, pues en esos días muchas personas los traían prendidos sobre el pecho”. Dichos distintivos se mandaron hacer en gran cantidad, “eran circulares, tenían en el centro, dentro de un círculo, la imagen iluminada de un niño (ejemplo de salud y robustez) y alrededor una pequeña franja, también circular, que ostentaba los colores de nuestra enseña patria, con la siguiente inscripción «Semana del niño» 1821-1921”. El documento también afirmó que los distintivos fueron del agrado de “nuestro pueblo”, pues además de ser vistosos “pugnaban simbólicamente por la salud de todos nuestros hijos”.³⁰⁴

En el evento también se distribuyeron diversos folletos, entre los que destacó “«El niño» folleto para uso de las madres mexicanas sobre los cuidados que reclama la salud y el perfecto desarrollo de la infancia” que se trató de una traducción modificada y adaptada al contexto mexicano de un folleto que había sido publicado por una asociación estadounidense, realizada por el médico Alfonso R. Ochoa.³⁰⁵

En la portada del folleto en la parte superior se puede ver la imagen de un niño robusto enmarcada en un círculo, probablemente la misma imagen que se utilizó en los distintivos mencionados. Una de las primeras imágenes que proyectó la apariencia del niño ideal, del niño que era criado bajo los preceptos médicos. Esta imagen del rostro del niño sano, robusto y contento apareció desde entonces recurrentemente en la propaganda elaborada por médicos. En 1922 los médicos del Departamento de Salubridad elaboraron el folleto “Diez mandamientos para que el niño conserve su salud”, que fue reeditado en 1929 y distribuido en los Centros

³⁰⁴ *Memoria de la Semana*, 1921, p. 149.

³⁰⁵ *Ibid.*, p. 145.

de Higiene Infantil. Este material se sintetizó en forma de consejos y se distribuyó impreso en el reverso de las cartillas que daban a las mujeres que asistían a estos Centros y en 1926 las autoridades de Salubridad lo distribuyeron en forma de cartel, como se puede ver en la imagen 8 en que nuevamente aparece en la parte superior del cartel enmarcado en un círculo el grabado de un niño robusto, de mejillas rosadas, en este caso de cabello rubio y rizado.



Imagen 8

“Cartel” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*,
Publicación trimestral, Editorial Cultura, 1926, t. IV, p. 175.

A partir de 1922 el Servicio de Propaganda e Higiene fue un rubro importante al interior del Departamento de Salubridad Pública, en vista de que era el responsable de desarrollar “un constante servicio de propaganda de procedimientos y prácticas de higiene social e individual” y de que esta propaganda se difundiera por toda la República. También era responsable de dictar todas las medidas necesarias para evitar la propaganda que se realizara por medio de toda clase de publicaciones, impresos, avisos, anuncios, rótulos, que, a juicio del Departamento engañara al público, infundiera prácticas contrarias a la salubridad o a la higiene o contrariara en

alguna forma la propaganda desarrollada por el Departamento de Salubridad.³⁰⁶ De acuerdo con María Rosa Gudiño:

Las autoridades sanitarias tenían la seguridad de que mediante la publicación de folletos, carteles, revistas, periódicos, presentación de conferencias, exhibiciones cinematográficas y transmisión de programas radiofónicos, se tendría una mayor cobertura informativa para la población, un campo de acción más sólido y, por ende, mayores posibilidades de control político y sanitario.³⁰⁷

Así, con el ánimo de abarcar e informar sobre la higiene y la salud a un mayor número de la población, el programa de propaganda y educación higiénica se impartió a dos sectores de la población: los adultos y los niños. Ya que “la [propaganda] que se imparte a la niñez durante su estancia en las Escuelas [es] la más eficaz, por cuanto se dirige a espíritus en formación y no choca con hábitos vicios establecidos, es al mismo tiempo la más difícil de realizar para este Servicio, dado el exiguo personal con que se cuenta y los elementos limitados de que dispone”.³⁰⁸ Por eso fue importante la labor que desempeñaron en conjunto el Departamento de Salubridad Pública junto con la Secretaría de Educación Pública por medio del Servicio de Higiene Escolar. No obstante, en 1925 también se señaló que a pesar de llevar unos años de labores, la propaganda no era suficiente, por lo que se debían seguir sumando esfuerzos.

Para llevar a cabo la labor de propaganda y abarcar cada vez a un mayor número de la población, el Departamento de Salubridad contó con presupuesto y personal que diversos medios que en este caso interesa destacar, pues fueron los medios por medio de los cuales se generó un discurso oficial sobre la infancia: I. Un órgano de publicación periódica (*Boletín de Salubridad*), II. La prensa diaria (*El Universal*, *Excélsior*), III. Conferencias y explicaciones públicas en los centros educativos, de instrucción, fabriles, industriales y por vía radiofónica y cinematográfica y IV. Anuncios de gran formato y distribución de folletos y publicaciones periódicas. De estos nos interesa destacar algunos ejemplos de la propaganda que apareció en el

³⁰⁶ *Código*, 1926, pp. 70-71.

³⁰⁷ Gudiño, “Educación”, 2008, p. 72.

³⁰⁸ “Servicio”, 1925, pp. 171-172.

Boletín de Salubridad. En este caso consideramos relevante el planteamiento de Gudiño quien ha señalado que aunque la propaganda estuvo dirigida a diversos sectores de la población, entre la población adulta “el papel de las mujeres fue indispensable para la operatividad de los programas y las campañas higiénicas, ya que su situación al frente del hogar se pensaba que era esencial para incidir e influir directamente sobre su familia y para poner en práctica los dictados de la higiene”.³⁰⁹

En 1925 fueron reproducidas en el *Boletín* diversas hojas volantes que estaban ilustradas y se destinaban a un solo tema, y elaboradas por el Servicio de Propaganda e Higiene y se habían distribuido entre la población, como parte del nuevo tipo de propaganda que impulsaba el Departamento de Salubridad. En la imagen 9 se pueden apreciar cuatro de esas hojas.

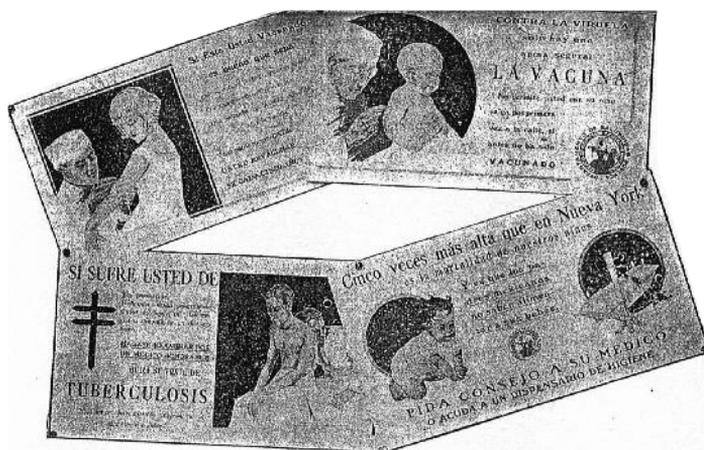


Imagen 9

“El nuevo tipo de propaganda” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Publicación trimestral, Editorial Cultura, núm. 1, 1925, México, DF, p. 173.

Los temas de la vacuna y la mortalidad infantil fueron ilustrados con imágenes de niños que se ven sanos y que no muestran resistencia mientras son vacunados. El caso de la hoja que trata el tema de la mortalidad

³⁰⁹ Gudiño, “Educación”, 2008, p. 79.

infantil es más radical, pues muestra que existen dos opciones. Los bebés que no son bien alimentados por sus padres mueren, como lo sugiere el pequeño ataúd de la derecha. En cambio los que son bien alimentados porque sus padres recibieron consejo del médico están vivos y rozagantes.

En la imagen 10 se puede ver la ilustración de lo que fue un cartel mural de grandes dimensiones que fue colocado en los parques de la ciudad para difundir la higiene infantil. En la parte superior se puede leer en letras grandes las palabras “Depto. de Salubridad” que permite ubicar quién es el autor que respalda el contenido del cartel.



Imagen 10

“Se hizo un cartel mural” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*.
Publicación trimestral, Editorial Cultura, núm. 1, 1925, México, DF, p. 172.

Las letras están formadas por un cable telefónico que en sus extremos tiene dos aparatos que permiten la comunicación de un niño y una niña que tienen de fondo un paisaje urbano. Estos niños están teniendo un diálogo que se reproduce en la parte inferior del cartel: “Coco, no tomes café con leche, porque te haces flaco y feo. ¿Tú que tomas, Michita? —Yo me

desayuno atole de leche”. Después de leer el diálogo y mirar las imágenes de los niños se puede ver que Coco es más delgado que Michita, quien tiene el hábito de tomar leche.

Ambos ejemplos en que aparecen grabados y dibujos pueden ser entendidos como parte de un cuerpo iconográfico —que como ha señalado Gudiño para el caso de las publicaciones respaldadas por las autoridades sanitarias— “reforzó el valor de la imagen como un elemento para incidir en una población eminentemente analfabeta. En este sentido, el recurso literario resultaba una táctica de escaso impacto, mientras que la imagen (trátase de grabado, dibujo, caricatura y/ o imagen) constituía una herramienta de mayor alcance”.³¹⁰

Una publicación médica que difundió en la década de 1930 numerosas imágenes, en su mayoría grabados, del ideal del niño sano fue la *Revista Mexicana de Puericultura*. Estas imágenes por lo general eran parte de la publicidad de distintos medicamentos infantiles, leches y complementos alimenticios, como se puede ver en las imágenes 11 y 12. En la imagen 11 encontramos una de las propagandas de los Laboratorios mexicanos Nutrex acerca de su leche humanizada. En la parte inferior izquierda aparece la imagen de un niño robusto y sonriente —ejemplo de aquellos niños que son alimentados con esta leche— que tiene a su lado dos elementos importantes, un biberón y una almohada. Ambos elementos destacan las dos acciones que los médicos consideraban vitales para la buena salud del niño en sus primeros años de vida: una correcta alimentación y todo el descanso y horas de sueño que fuera posible.

³¹⁰ Gudiño, “Educación”, 2008, p. 78.



Imagen 11

Tomado de contraportada de *Revista Mexicana de Puericultura, Órgano de la Sociedad Mexicana de Pediatría*, T. 1, núm. 4, feb. 1931.

En la imagen 12 encontramos la propaganda de los cereales Pablum y Pabena de Mead Johnson & Co. La promoción de estos cereales indicaba que estaban enriquecidos con calcio, fósforo, hierro y complejo vitamínico B; además de que se podían preparar con leche de vaca o con fórmulas lácteas. En la imagen no aparece el empaque del producto, como si ocurre en el caso de la leche Nutrex, en cambio aparecen dos bebés robustos y sonrientes.



Imagen 12

Tomado de contraportada de *Revista Mexicana de Puericultura*,
Órgano de la Sociedad Mexicana de Pediatría, T. I, núm. 9, jul. 1931.

Los bebés aparecen sentados cada uno en una silla y coronados en lo que parece ser un salón de eventos. La corona es precisamente el anuncio de ambos cereales, con lo que pareciera que el cereal corona metafóricamente la buena alimentación infantil y por lo tanto los bebés que los consumieran se verían también sanos, robustos y sonrientes.

Otra forma en que se presentó este discurso médico acerca del ideal del niño sano fue por medio de los contrastes. Como ha analizado Gudiño para el caso de las representaciones visuales de los hábitos higiénicos entre el México rural, los integrantes de las familias campesinas son representados en una doble caracterización que, por un lado, muestra a la familia limpia, saludable, trabajadora y responsable de su bienestar. Por el otro, se muestra a la familia sucia, enferma e improductiva cuya irresponsabilidad convierte a sus integrantes en presa fácil de la enfermedad y en factor de riesgo para la comunidad porque son los portadores de los microbios. “Con esta caracterización quedan asentados, desde el principio, los contrastes entre los individuos limpios y sucios, enfermos y sanos, alegres y

tristes, que habrían de ser un recurso didáctico utilizado en la propaganda higiénica”.³¹¹ Estos contrastes también se reflejaron en la propaganda médica como se puede apreciar en la imagen 13.

La coronación de la investigación química en los dominios de la vitaminología fue la obtención de la **VITAMINA D** en forma cristalizada como señal de máxima pureza química

VIGANTOL M. R.

Preparado con la vitamina D cristalizada. 1 mg. de vitamina cristalizada = 50.000 unidades internacionales.

Mejora y mantiene el estado general del cuerpo, aumenta el fósforo orgánico y regula el desgaste cálcico. Activa el desarrollo de la dentadura y la formación del esmalte. Facilita la rápida curación de los desórdenes del metabolismo óseo.

La titulación, exactísima, se efectúa al peso y por estandarización-biológica.

ENVASES ORIGINALES:
Solución oleosa (1 c.c. = 0,3 mg. de vitamina D cristalizada):
Frasco cuentagotas de 10 c.c.
Grageas (1 gragea contiene 0,06 mg. de vitamina D cristalizada):
Frasco de 50 grageas.

Imagen 13

Tomado de contraportada de *Revista Mexicana de Puericultura, Órgano de la Sociedad Mexicana de Pediatría*, T. II, núm. 17, jul. 1932.

³¹¹ Gudiño, “Salud”, 2009, p. 197.

Las vitaminas *vigantol* no mostraron en su propaganda el envase de su producto. Más bien eligieron un texto descriptivo de los beneficios que brindaban las vitaminas y cubriendo de la esquina superior izquierda a la esquina inferior derecha aparece una cinta de una película que muestra en secuencia alternada cuadros con imágenes de niños enfermos y sanos. Estas imágenes comparativas pareciera que tuvieran el fin de mostrar que existen dos caminos, la enfermedad y la salud, y que la vitamina D *vigantol* fuera una buena opción si se elige el camino de la salud infantil.

Los escritos dirigidos a las madres

Los diversos elementos que hemos mostrado a lo largo de este capítulo aparecieron recurrentemente en diversos escritos médicos de divulgación que se dirigieron en buena parte a las mujeres. Propaganda, impresos en forma folletos, cartillas o libros escritos por especialistas, con un lenguaje sencillo y en algunos casos acompañados de imágenes fueron destinados abiertamente a las madres.

Uno de los primeros medios de difusión que se propuso en este sentido una vez terminada la lucha armada revolucionaria fue la “Cartilla de puericultura para las madres”, escrita por una de las primeras mujeres médicas en el país, Antonia L. Ursúa y dada a conocer en 1920 en el marco del Primer Congreso Mexicano del Niño. En un escrito con un lenguaje sencillo dividido en ocho puntos, la autora daba instrucciones para recibir a “un nuevo miembro de la familia [...] pero tan pequeño y en condiciones tan especiales, que por sí mismo no podrá defenderse de dos enemigos mortales que pueden acecharlo a su llegada: la miseria y la ignorancia”. Por eso puntualizó los requerimientos con que se debe contar antes del nacimiento del niño, los cuidados inmediatos con el recién nacido, la lactancia, el aseo y baño del niño, la importancia de la vacuna de la viruela y la higiene de la madre que lacta.³¹² Desde entonces apareció diversa literatura destinada a las madres.

En 1921 en el marco de la Semana del Niño organizada por el Departamento de Salubridad se distribuyó gratuitamente un libro “impreso

³¹² Ursúa, “Cartilla”, 1921, pp. 278-284. Antonia L. Ursúa inauguró la cátedra de Puericultura en la Escuela Nacional de Enseñanza Doméstica y propuso reiteradamente que ésta se incluyera en la Escuela Normal para Maestros en 1921 y en 1924 patrocinada por la Asociación Cristiana Femenina Internacional fundó una clínica de Higiene Infantil. Ver Saavedra, “Obra”, 1936.

a todo lujo” dedicado a las madres mexicanas, que en opinión de *El Universal* contenía “consejos e indicaciones que de ser seguidos al pie de la letra, podrán librar a los niños de muchas enfermedades”.³¹³ En 1925 este periódico fue el foro donde se publicó el folleto “Para las madres” que consistía en una serie de “charlas médicas” que tenían el objetivo de “vulgarizar nociones de interés para las madres” y con esto las madres se evitarían muchos sufrimientos “y los niños no pocas causas de enfermedad, de debilitamiento y hasta de muerte”.³¹⁴ El folleto se publicó también dentro del boletín de la Junta Federal de Protección de la Infancia ese mismo año.

Pero, uno de los ejemplos en nuestra opinión más representativo del discurso “civilizador” de los médicos que se dirigió en buena parte a erradicar “la ignorancia de las madres” fue el *Libro para la madre mexicana*. Su importancia radicó, no en que fuera el primer esfuerzo, como hemos visto, sino que en este caso la iniciativa surgió de Aída Sullivan de Rodríguez, la esposa del presidente Abelardo Rodríguez, lo que indica la participación de la iniciativa privada, pero sobre todo de la presencia de la primera dama como vínculo entre el poder político y la atención social a diversos grupos de la sociedad. El libro tenía una función de enseñanza y estaba acompañado de un considerable número de grabados para facilitar o fijar las instrucciones brindadas y estuvo pensado para distribuirlo gratuitamente a todas las madres del país. Sin embargo, el libro, del que conocemos por lo menos dos ediciones —una de 1933 y otra de 1934—, no indica el número de tiraje, aunque según algunos testimonios de la prensa el libro estaba circulando y “miles de madres” estaban agradecidas con la primera dama.

Con cariño obsequio este libro a las madres mexicanas, deseando lo aprovechen debidamente, para el mejoramiento de las generaciones futuras. SEÑORA: Lea usted con cuidado este libro y nunca lo destruya; consérvelo siempre a su alcance. Si tiene alguna amiga interesada en poseerlo, dígame que puede obtener un ejemplar sin costo alguno para ella, absolutamente gratuito, pidiéndolo a la señora Aída S. de Rodríguez.³¹⁵

³¹³ *El Universal*, 10 de septiembre de 1921, p. 20.

³¹⁴ Junta, *Madres*, 1925, p. 5.

³¹⁵ Martínez, *Libro*, 1933.

Estas son las palabras iniciales que el lector, o en este caso las lectoras, encontraban al abrir el *Libro para la madre mexicana* que se publicó y tuvo una amplia distribución entre 1933 y 1934. A primera vista cuando uno se encuentra hoy en día con un ejemplar en las manos pareciera tan solo un libro más dentro de la amplia producción de literatura destinada a las mujeres que se produjeron desde las últimas décadas del siglo XIX y buena parte del siglo XX. Uno más que brindaba consejos para el buen cuidado de la familia y del hogar. Pero si se mira con más detenimiento, se puede indagar un poco más en sus páginas acerca de la construcción que en ese momento histórico se elaboró y difundió acerca del cuidado de la madre y sus hijos.

La señora Aída Sullivan de Rodríguez, esposa del presidente Abelardo Rodríguez, preocupada por los “terribles índices de mortalidad infantil” que se extendían por el país, se sumó a las acciones para combatirla por medio de la difusión de los cuidados de la salud materno infantil y en 1933 mandó publicar el *Libro para la madre mexicana*. Un libro de formato de 14 x 19 centímetros, conformado por 140 páginas ampliamente ilustradas. La preparación y la redacción de la obra estuvieron a cargo del médico Manuel Martínez Báez, quien contó con la colaboración de los médicos Francisco de Paula Miranda, Mario Torroella y Manuel Cárdenas de la Vega. Médicos que prestaban sus servicios en los establecimientos asistenciales y de salud materna e infantil, eran reconocidos por su labor y confluyeron en este proyecto.

Lo que nos interesa resaltar es el compromiso de la señora Aída de Rodríguez para que los preceptos de higiene y cuidados maternos, del recién nacido y niños pequeños elaborados precisamente por los médicos, se dirigieran con un lenguaje sencillo a las madres mexicanas. En este caso el libro se conformó por una introducción y dos grandes apartados en los que se abordaron diversos temas.

El primer tema fue los preparativos necesarios antes del nacimiento del niño, en el que se enfatizó que la buena salud de los padres —la base de la felicidad— era un requisito indispensable para engendrar niños sanos, por lo que el médico debía ser el guía que conduciría por medio de las consultas médicas el buen desarrollo del embarazo, aconsejaría los cuidados e higiene que debía tener la mujer durante el embarazo, en el momento del parto y los primeros dos años de vida de su hijo.

La figura del padre apenas se percibe a lo largo del texto, de hecho sólo aparece en cinco de las más de cincuenta ilustraciones de la publicación. El padre se hace presente al responsabilizarse —antes de engendrar— de su buena salud, de no ser alcohólico, ni tener una enfermedad venérea como la sífilis. Es el responsable de conducir a su esposa a las consultas médicas, de proveer en lo material y en lo emocional lo necesario para que ella tenga un embarazo tranquilo, de vigilar que ella sea atendida debidamente por médicos o parteras competentes en el momento del parto y de registrar al recién nacido en el Registro Civil. Fuera de estos momentos, pareciera que la presencia del padre se sobreentendiera o se relegara para recaer la responsabilidad total del nuevo exclusivamente en la madre. En la imagen 14 se puede ver que el médico instruye en un consultorio a los futuros padres acerca de los cuidados que debe guardar la futura madre, mientras el padre permanece al fondo de la imagen.



Imagen 14

“Los consejos del médico son muy importantes para la salud y para el bienestar del niño y de la madre” en Martínez Báez, *Libro*, 1933, p. 4

En la imagen 15 se puede ver que el padre tiene un papel protagónico al llevar a registrar a su hijo en el Registro Civil. Los símbolos que se ven al fondo del escudo mexicano y un retrato presumiblemente de una figura presidencial sugieren la idea de que el padre de familia es el encargado de cumplir con los deberes de ciudadano. En este caso la figura ausente es la madre.



Imagen 15

“El registro del niño, ante un juez del registro civil es indispensable”,
en Martínez Báez, *Libro*, 1933, p. 64.

Pero ¿quién es esa madre mexicana que tanto preocupó a la señora Rodríguez? A lo largo de las páginas del libro encontramos delineadas no a una, sino a dos tipos de madres. Una, la que claramente es la destinataria de la mayoría de los consejos: la madre urbana de clase media. Sin embargo, ella no es la “ignorante” y “supersticiosa” que hace caso a “cuentos” y consejas populares irresponsables que la llevan a cometer errores en el cuidado de sus hijos, errores que en muchos casos terminaban en tragedia y que por lo tanto tiene que atender los sencillos consejos del *Libro*. Esta es la caracterización de la madre de los sectores populares, urbanos y rurales. Aunque los consejos del *Libro* están escritos para las madres en general, se puede apreciar cuáles están dirigidos a cada una. En las imágenes 16 y 17 aparece respectivamente la representación de las madres de estos dos sectores de la sociedad, la madre de los sectores populares y la de la clase media y alta.



Imagen 16

“Nunca se dará a los niños bebida alcohólica alguna”, en
Martínez Báez, *Libro*, 1933, p. 118.

Pero más allá de esta diferenciación social, la mujer embarazada debe comprender que está destinada por la naturaleza para la reproducción de la especie y que está hecha para llenar esa misión y debe cumplir con alegría el noble deber de ser madre y criar personalmente a los hijos. Responsabilidad en la que no se encuentra sola, pues en todo momento puede contar con el auxilio y guía del médico y la enfermera, que siempre están dispuestos a orientarla en los Centros de Higiene Infantil, en las Maternidades y otras dependencias del Departamento de Salubridad.



Imagen 17

“El paseo diario de los niños contribuye a darles buena salud”,
en Martínez Báez, *Libro*, 1933, p. 90.

La sana alimentación, el ejercicio, el aire libre, el aseo del cuerpo, el reposo, y la indumentaria adecuada en habitaciones limpias, aireadas e iluminadas, junto con una vida tranquila llevarían a la mujer a tener un embarazo, parto y puerperio sin complicaciones. Después vendría la atención

del recién nacido quien debía estar en un ambiente libre de suciedad, bien abrigado y alimentado por su madre. El tema de la alimentación cobra tal relevancia que se trata minuciosamente en la segunda parte del *Libro*, abarcando la lactancia materna, la lactancia artificial y el modo en que deben irse dando distintos alimentos al pequeño desde los tres meses hasta los dos años de edad. Finalmente se trata la importancia de atender adecuadamente las “enfermedades de la infancia” y vacunar a los pequeños para evitar el contagio de enfermedades como la viruela, la varicela, el sarampión, la rubéola, la escarlatina, la tosferina y la difteria. Al seguir estos consejos cuidadosamente los niños crecerían sanos y fuertes.

Estos deseos de la señora Aída S. de Rodríguez y de los médicos dedicados a la infancia quedaron plasmados en el papel, pero era necesario que se distribuyeran entre la población. Fueron los maestros de las escuelas, sobre todo de las rurales, las autoridades municipales y distintas instancias del Departamento de Salubridad los encargados de repartir el *Libro*. De acuerdo con el periódico *El Nacional* del 27 de enero de 1934, “decenas de millares de mujeres mexicanas de todas las clases sociales” se habían beneficiado de los consejos del *Libro*, sobre todo “las más humildes mujeres, las más pobres campesinas, aquellas que ni siquiera saben leer ni escribir, pero que atendiendo a la necesidad de criar a sus hijos desde que ven la primera luz, encuentran útiles consejos para lograr este propósito”. De hecho el diario señalaba que la primera dama había recibido un número considerable de cartas de distintos puntos de la República de mujeres que agradecían que el *Libro* hubiera llegado a sus manos. Tal fue el caso de la señora Natividad Medina, de la población de Pinos, Zacatecas quien opinó que eran “tan claros los consejos que hay en las páginas del libro, tan sencillos y tan fáciles de atender, que sin duda alguna basta que haya sido leído por una mujer aun de escasa inteligencia, para evitar los innumerables peligros que rodean a un niño recién nacido”. Para Natividad la mortalidad de los niños de pecho de su población había disminuido gracias a los preceptos del libro.

Por su parte Cástulo Cerrito, cabo de vía de los Ferrocarriles Nacionales de México escribió a nombre de su esposa quien no sabía leer ni escribir, pero que había recibido el libro “La madre mexicana” y gracias a su hijo Isidro que concurría a la Escuela Rural Federal de Corral de Piedra y le había leído algunas hojas, se daba cuenta “de que si todas las esposas de los presidentes se ocuparan de nosotros los indígenas más las amáramos y estaríamos con los gobiernos que nos ayudan”. Señaló que muchos de los

compañeros de trabajo de Cástulo querían tener un ejemplar y pedía que no se olvidara de ellos. Se afirmaba que sólo los maestros rurales habían repartido más de veintitrés mil ejemplares de la obra entre mujeres indígenas, y lo que queda claro es que no se necesitaba saber leer o ser el propietario de un ejemplar, pues es de suponer que muchos de estos consejos fueron transmitidos de boca en boca y que sus ilustraciones se grabaron en parte de la población. Sin embargo, más allá de los comentarios elogiosos que publicaron los diarios, la distribución del libro debió enfrentarse a diversas dificultades y el hecho de que llegara a las manos de las personas no implicaba que pondrían en práctica su contenido.

Queda claro que no era sólo la preocupación de la señora Aída lo que impulsó la redacción del *Libro*, sino que detrás se encontraba el discurso médico que estaba conformando la imagen de un niño “ideal” en contraposición con un niño “no ideal”, aquel niño enfermizo y con problemas en su desarrollo. Nuevamente se impuso como una justificación “la fuerte mortalidad infantil que se registra en México” y por tanto “la necesidad imperiosa de inyectar a nuestra raza una pujante energía vital, por medio de generaciones sanas y fuertes, exentas de lacras hereditarias, deficiencias causadas por la mala alimentación o la precaria higiene”.³¹⁶ Si las madres mexicanas seguían las pautas “básicas y prácticas” del *Libro*, podrían “formar una generación de niños sanos, fuertes y alegres, que llenen de felicidad a sus padres y sean mañana hombres aptos para el trabajo y verdaderos motivos de orgullo para nuestra nacionalidad”.³¹⁷

El *Libro para la madre mexicana* tiene la virtud de haber recopilado y difundido los preceptos de higiene que los médicos y las autoridades gubernamentales habían estado propagando desde décadas atrás. Por otro lado muestra la importancia que tuvo la participación de diversos grupos de particulares para impulsar la asistencia médica infantil, como fue el caso de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia.

Estos preceptos de higiene materno infantil siguieron difundiendo y de alguna manera si impactaron a diversos sectores de la población mexicana, principalmente grupos urbanos de clases medias y altas; aunque hubo una amplia labor para abarcar a las clases menos favorecidas y llegar a todos los rincones de la República. Retomando los diferentes escritos

³¹⁶ *Ibid.*, II.

³¹⁷ *Ibid.*, II.

que se dedicaron a las madres en este periodo coincidimos con la afirmación de Claudia Agostoni cuando señala que

Si bien el número de personas que tenía acceso a los preceptos y postulados de la higiene era una minoría de la población debido a los altos índices de analfabetismo, la importancia que adquirió la difusión de la higiene no radica en el número real o efectivo de lectores, sino en el anhelo que expresaban: configurar hábitos y costumbres y promover una férrea disciplina de los cuerpos.³¹⁸

DE LA ESCUELA AL HOGAR

Las escuelas, tanto públicas como privadas, fueron espacios que permitieron a autoridades y médicos lo que Stern nombra “la búsqueda del niño mexicano promedio o regular”. Además que permitieron poner en marcha los códigos federales de sanidad y los primeros programas de vacunación; prácticas que fueron reforzadas con las inspecciones que se llevaban a cabo en los hospitales.³¹⁹ De acuerdo con Carrillo fue durante el porfiriato cuando se dio una “creciente concentración de poder de la burocracia sanitaria, la cual reglamentó y vigiló la higiene privada y pública en cárceles, cuarteles, lazaretos, prostíbulos, mercados, iglesias, teatros, cementerios, fábricas y vecindades; también en las escuelas”³²⁰

Fue en el último tercio del siglo XIX cuando los médicos comenzaron a intervenir en diversos escenarios para atender de manera particular a los niños. Uno de los espacios en el que intervinieron activamente fue el escolar; de hecho para 1882 se promulgaron por primera vez las regulaciones higiénicas para las escuelas,³²¹ tomando en cuenta las recomendaciones formuladas en el primer Congreso Higiénico Pedagógico³²² que se llevó

³¹⁸ Agostoni, “Salud”, 2001, p. 82.

³¹⁹ Stern, “Madres”, pp. 317-318.

³²⁰ Carrillo, “Higiene”, 1999, p. 73.

³²¹ Retomamos la definición que brinda Ana María Carrillo sobre higiene escolar, entendida como “la intervención sistemática de la profesión médica —con respaldo del Estado— en la inspección de las escuelas y en la medicalización de los escolares; es decir, en la vigilancia y control de la salud, la conducta y el cuerpo de los niños”. Carrillo, “Vigilancia”, 2005, p. 171.

³²² *Memorias*, 1883.

a cabo ese año y que dio paso a los que se celebraron posteriormente.³²³ Sin embargo, en opinión de Guillermo López, fue hasta 1896 cuando realmente se inició la inspección médica higiénica de las escuelas en el Distrito Federal, gracias a la iniciativa del médico Luis E. Ruiz.

Ya desde el Primer Congreso Higiénico-Pedagógico que tuvo lugar en 1882 se reglamentó con puntualidad cuáles eran las características de las escuelas modelo y se dictaron las medidas de higiene para evitar la transmisión de enfermedades contagiosas. Como ha señalado Carrillo, un elemento central a partir de este foro fue que los médicos solicitaron a las autoridades gubernamentales que nombraran médicos inspectores de la higiene escolar, que serían los encargados de vigilar que se cumplieran en las escuelas las normas higiénicas, con lo que se amplió “la intervención de los médicos en el ámbito de la escuela”.³²⁴

Coincidimos con la autora cuando afirma que con estas acciones “también se pretendía ampliar la influencia del médico fuera de la escuela”, pues como se desarrolla en este apartado, sostenemos que fue el ámbito escolar el primer espacio en el que los médicos gozaron de amplias facultades otorgadas por las autoridades sanitarias y federales para intervenir en el desarrollo de la vida escolar y a partir de allí normar no sólo los hábitos de higiene y controlar la propagación de enfermedades, sino que se dejó en claro que la esfera de conocimientos médicos tenía la capacidad de opinar que era lo que más le convenía en este caso a los niños.

En este momento se pretendió dar una férrea normativa respecto a la salud de los educandos: “todo niño, al ingresar a un establecimiento de instrucción, debería presentar un certificado médico donde constara que estaba vacunado, que no padecía enfermedad contagiosa. A partir de ese año el personal conformado por dos médicos para la capital debía “visitar diariamente cuando menos tres escuelas, examinando el estado higiénico y la capacidad del edificio, los útiles y mobiliario escolar, el número de alumnos asistentes, reconociéndolos y vacunando a los que no lo estuviesen, revacunándolos cuando fuese necesario e inspeccionando sus ejercicios físicos,”³²⁵ pues se quería contener la propagación de enfermedades trans-

³²³ López, *Higiene*, 1934, p. 25.

³²⁴ Carrillo, “Higiene”, 1999, p. 72.

³²⁵ López, *Higiene*, 1934, p. 25.

misibles, a la vez que los médicos intervinieron abiertamente en el ámbito de la escuela, como fuera de ella.

Resulta casi obvio señalar que la labor de unos cuántos médicos para inspeccionar las numerosas escuelas, tan sólo de la capital, debió ser más que limitada; aun así se reportó que del 1º de septiembre de 1896 al 1º de noviembre de 1898, se efectuaron 1413 visitas a las escuelas y 573 vacunaciones de niños. Unos años después, en 1901, aumentó a seis el número de médicos escolares, así como también aumentó el número de escuelas. Sin embargo como las labores de los médicos se diversificaron, la atención a los niños continuó siendo insuficiente.³²⁶ Carrillo señala que:

Para finales del porfiriato, la Inspección del Servicio Higiénico Escolar ejercía vigilancia sobre 700 escuelas primarias del Distrito Federal y los territorios, las cuales atendían a 70 mil niños. El personal aún era insuficiente, pero había un inspector general, un jefe de servicio, un médico inspector general de educación física, once médicos inspectores de escuelas primarias del Distrito Federal, un médico ayudante de los anteriores y otro destinado a los niños enfermos de la piel.³²⁷

En 1906 se creó el Departamento de Higiene Escolar bajo la dirección del médico Máximo Silva. Su particularidad consistió en que se empezaron a hacer algunos exámenes antropométricos a los niños de forma individual. Dos años después, en 1908, se aprobó el primer reglamento de higiene escolar y la inspección médica general estipulada por la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes.³²⁸ Esto llevó a la reorganización del Departamento de Higiene Escolar bajo la dirección del médico Manuel Uribe y Troncoso, quien había viajado a Europa para estudiar cómo se llevaba a cabo la inspección médica en otros países.³²⁹ Entre otros, los objetivos que se esperaba alcanzar con la higiene escolar eran instruir a los niños —lo mismo que a sus maestros y a sus padres— en los principios de la higiene privada, proteger a los niños sanos y a sus familias de aquellos que estuvieran enfermos y vigorizar a la niñez por medio de la educación

³²⁶ *Ibid.*, p. 25.

³²⁷ Carrillo, “Vigilancia”, 2005, p. 175.

³²⁸ *Anales de Higiene Escolar*, vol. 1, jul. 1911-jun. 1912. Citado en Stern, “Madres”, 2002, p. 300.

³²⁹ López, *Higiene*, 1934, p. 26.

física.³³⁰ Ese mismo año los médicos establecieron la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas, pues temían a las consecuencias a largo plazo de los “venenos raciales”, tales como la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo.

El Servicio de Higiene Escolar

Una vez concluida la lucha armada revolucionaria iniciada en 1910, el Servicio de Higiene Escolar comenzó en abril de 1921 sus funciones de inspección higiénica en las escuelas municipales y particulares en el Distrito Federal con doce médicos inspectores, doce enfermeras ayudantes; un médico con dos enfermeras ayudantes y un encargado del Dispensario de niños enfermos de la piel, anexo a la Escuela “Dr. Balmis”.³³¹

³³⁰ Carrillo, “Vigilancia”, 2005, p. 176.

³³¹ Las bases sobre las cuáles actuó el Servicio de Higiene Escolar fueron las siguientes:

1. El Servicio de Higiene Escolar del Departamento de Salubridad Pública tendrá por objeto proteger la salud de los niños en las escuelas, vigilar su desarrollo armónico y procurar que reciban una educación adecuada a esos fines, sin que por ello pretenda invadir la esfera propiamente pedagógica.
2. Para realizar su objeto, el Servicio de Higiene Escolar, por medio de sus empleados, hará que se practiquen visitas periódicas a las escuelas, con el fin de vigilar que los edificios, mobiliario y útiles escolares reúnan las condiciones higiénicas necesarias; practicarán exámenes médicos a los alumnos con el fin de conocer el estado de su salud, separar a los que tengan algún padecimiento nocivo para la comunidad, y vacunar a los que no lo estén o revacunar a los que lo necesiten; y cuidará de que se coloque a los mismos alumnos en lugares apropiados según el estado de sus órganos de percepción, adaptando convenientemente los mesa-bancos respectivos.
3. Los médicos inspectores serán auxiliados en sus trabajos por las enfermeras escolares, quienes, además de hacer visitas a las escuelas, las practicarán a los domicilios de los alumnos, con el fin de cerciorarse de que se cumplen las indicaciones de los médicos, y además, harán a los alumnos los tratamientos ordenados por aquellos, en todos los casos en que las circunstancias lo requieran.
4. Los alumnos enfermos de la piel recibirán su educación y tratamiento médico en la escuela especial “Doctor Balmis”, cuyo dispensario depende de este Departamento.
5. Los alumnos indigentes, que sufren padecimientos que no les impidan sus labores escolares, serán enviados a los centros de salubridad del mismo Departamento, en donde recibirán el tratamiento adecuado.
6. Las escuelas serán visitadas, cuando menos dos veces cada mes, con el fin de que tanto ellas como los alumnos sean beneficiados eficazmente por la inspección higiénica.
7. El Departamento de Salubridad propondrá que se establezcan comisiones de higiene escolar formadas por representantes de los Ayuntamientos y del mismo Departamento.

Así, la escuela fue un lugar privilegiado para que las autoridades sanitarias sumaran esfuerzos con distintas instancias civiles para combatir diversas enfermedades que aquejaban a los niños. La importancia de combatir las enfermedades en este medio iba más allá de conservar la salud del niño. Si bien se partía de que “los niños en la edad escolar tienen una predisposición especial a contraer numerosas y variadas enfermedades infecto-contagiosas, tales como las fiebres eruptivas, la tosferina, la difteria, etc.” el peligro radicaba no sólo en que tales enfermedades eran transmisibles y propagadas del niño enfermo al niño sano. Sino en que “los niños escolares contagiados se encargan de difundir la enfermedad infecciosa en toda la población; y así vemos cómo una enfermedad puede pasar de un hogar a la escuela y de ésta a toda la localidad”.³³²

Por lo tanto, una de las ideas claves que los médicos, inspectores y enfermeras escolares era que si se controlaba la transmisión de enfermedades en el ámbito escolar esto repercutiría en una mejoría de la salud de la comunidad. Por otra parte, los hábitos que los niños adquirieran en la escuela los reflejarían en sus hogares, con lo que se trataría de llegar a un mayor número de la población. Por esto se encargaron de difundir ampliamente los preceptos higiénicos entre la población infantil escolar y sus familias. A partir de allí médicos y enfermeras junto con los profesores conformaron una imagen ideal de la niñez a partir de su contraparte, lo que no querían que fueran los niños. Un ideal de población que contrastaba con la realidad. Para 1920 se registró que “más del 50% de las casas se registraban como «chozas»: cuartos o habitaciones con pisos de tierra y carentes de subdivisiones internas, lo que hacía que la parte destinada a dormir fuera la misma que aquélla donde se comía y se preparaban los alimentos”.³³³ Aún así, los médicos insistían que:

El niño que está bien desarrollado, que vive una vida higiénica cuya habitación está bien ventilada y bien soleada, cuya alimentación es nutritiva, que hace ejercicios metódicos y convenientes, que duerme el número de horas necesarias en relación con su edad, que se asea convenientemente, etc., etc., estará en mejores condiciones para luchar con los diversos agentes pató-

Malda, “Bases”, 1921, pp. 150-151.

³³² Aguirre, “Profilaxis”, 1921, p. 203.

³³³ Agostoni, “Delicias”, 2005, p. 567.

genos; en cambio el niño que vive sin higiene; en habitaciones sucias, mal ventiladas, oscuras, cuya alimentación es defectuosa en calidad y cantidad, que no se preocupa de su aseo personal, etc., estará en las condiciones más propicias para atrapar toda clase de enfermedades transmisibles.³³⁴

Y en este punto es que los médicos abanderaron un ideal del niño sano que en el contexto de la reestructuración del México posrevolucionario sobre el que trabajarían las siguientes décadas y que abarcaba el ámbito familiar y el escolar. Tomando como piedra angular la higiene —igual que en el siglo XIX— los médicos establecieron diversos discursos y acciones que se concretaron durante los siguientes años con el fin de abarcar cada vez a un mayor número de la población, por medio de “una intensísima propaganda de higiene” entre los padres de familia, los profesores y los niños que concurrían a la escuela por medio de consejos, conferencias, cartillas, folletos y la prensa diaria que tenía como objetivo final conformar una población sana y vigorosa:

Por tanto, el niño debe vivir en su hogar en las mejores condiciones higiénicas posibles y la escuela debe también encontrarse en las mismas condiciones. Desgraciadamente en la generalidad de los casos los niños que asisten a las escuelas municipales, no habitan casas modelos, ni la mayoría de las escuelas y *nuestros anhelos deben llegar a este ideal: hogar higiénico, escuela modelo, desarrollo normal, físico y moral del niño en relación con las prescripciones del arte-ciencia más humanitario: La Higiene.*³³⁵

Médicos y autoridades gubernamentales trabajaron los siguientes años en pos de ese “anhelo”, pero a la vez reconocían que “la generalidad” de la población no se acercaba a ese ideal. Como ha demostrado Agostoni, a pesar de que “la insistencia sobre las virtudes y beneficios de la higiene o la limpieza fue abrumadora durante las décadas finales del siglo XIX, los bandos y reglamentos que especificaban las medidas que debían observarse para que las calles y casas de la capital permanecieran limpias y ordenadas no eran cumplidas”.³³⁶ Los discursos de las autoridades marca-

³³⁴ Aguirre, “Profilaxis”, 1921, p. 210.

³³⁵ *Ibid.*, pp. 210-211. Las cursivas son nuestras.

³³⁶ Agostoni, “Delicias”, 2005, p. 565.

ban un rumbo, pero la cotidianeidad reflejaba que la realidad era distinta a los anhelos higiénicos. “Por eso, el gremio médico procuró transformar y hacer acorde con los dictados de la higiene algunos ámbitos de la vida cotidiana. Las casas o habitaciones debían poseer ciertas características para convertirse en un sitio saludable; se debía realizar el aseo o la limpieza del cuerpo de cierta manera, y hombres, mujeres y niños debían portar cierto tipo de vestimenta”.³³⁷

El funcionamiento de estos consultorios resultaba a los ojos de los médicos sencillo y económico. En el caso de los bebés y niños pequeños que no estuvieran enfermos se debía procurar que la madre los llevara cada ocho días al consultorio para llevar un registro de su desarrollo tomando nota en su “ficha sanitaria” del peso y la talla del menor. Una vez que se revisaban estos registros el médico daba a las madres indicaciones precisas sobre cómo alimentarlos, cómo brindarles buenos hábitos desde el nacimiento para preservar la salud del niño. En el caso de las madres que alimentaban a sus hijos artificialmente, es decir que no los amamantaban, recibían recomendaciones especiales sobre los cuidados que debían tener con los biberones y la leche de vaca que se les suministraban en la “Gota de leche” a un precio muy reducido. En el caso de los niños enfermos, además del registro anterior se suministraban a las madres en los dispensarios los medicamentos para sus hijos.³³⁸

Las principales actividades que realizaron los médicos y enfermeras fueron practicar visitas periódicas a las Escuelas, con el fin de vigilar que los edificios, mobiliario y útiles escolares, reunieran las condiciones higiénicas necesarias. Practicaron exámenes médicos a los alumnos con el fin de conocer el estado de su salud. Separaron a los que tenían algún padecimiento nocivo para la comunidad y vacunaron o revacunar a los que lo necesitaran. Visitaban las escuelas, cuando menos, dos veces en cada mes con el fin de que tanto ellas como los alumnos fueran beneficiados eficazmente por la inspección higiénica de este servicio, como por inspecciones dentales e inspecciones de enfermedades de la piel y de los ojos.³³⁹

A estas acciones se sumaron a partir de julio de ese año una serie de conferencias dadas en el Departamento de Salubridad Pública por médi-

³³⁷ *Ibid.*, 565.

³³⁸ Guajardo, “Informe”, 1921, pp. 372-373.

³³⁹ Aguirre, “Informe”, 1921, p. 26.

cos Inspectores del Servicio, clases de anatomía y artículos de propaganda higiénica y conferencias para las madres de familia que concurrieron a las Oficinas de Vacunación que trataron diversos aspectos del cuidado del niño, como la importancia de la higiene en general, aseo del cuerpo, aseo de la habitación, prevención de accidentes, las enfermedades transmisibles, la alimentación de los niños en edad escolar y el aseo de los dientes.³⁴⁰

Con la aplicación de estas acciones, se evidenció que desde el espacio escolar no se podrían atender todas las necesidades de salud infantil, por lo que se sugirió el establecimiento de Oficinas de Despiojamiento repartidas en las 8 zonas escolares de la ciudad y el establecimiento de baños de regadera de agua tibia en las escuelas municipales que más lo necesitaran, pues eran necesarias para promover la higiene en la población infantil.³⁴¹ Pero, además de estas dos propuestas, el médico Agustín Izaguirre, jefe del Servicio de Higiene Escolar, enfatizó una propuesta: “la conveniencia de establecer dispensarios; como dependencias de este Servicio, para la atención rápida y eficaz de los escolares enfermos que más la necesiten por su estado de salud y pobreza”.³⁴²

Esta propuesta de Izaguirre fechada en diciembre de 1921 formó parte a su vez del sentir que se dio en diversos países respecto a los niños: “Nunca como ahora, la protección de la infancia, sobre todo en su primera edad, constituye una de las principales preocupaciones de los gobiernos.”³⁴³ Sentir que había guiado el desarrollo del Segundo Congreso Internacional para la protección de la infancia que se llevó a cabo en Bélgica en junio de 1921 y logró reunir a representantes de varios países del orbe, entre los que se encontró México. Entre los variados temas y propuestas que se abordaron en este foro, llamó la atención de los dos médicos mexicanos que asistieron la opinión generalizada de los asistentes al Congreso de que “uno de los medios más eficaces para oponerse a la mortalidad infantil, protegiendo a los niños en su primera infancia, son los consultorios de niños de pecho, con sus anexos “Gotas de leche” y un pequeño dispensario para suministrar algunos medicamentos a los niños enfermos”.³⁴⁴

³⁴⁰ Aguirre, “Informe”, 1921, pp. 329-334 y *Memoria del Departamento*, 1921, p. 29.

³⁴¹ Aguirre, “Informe”, 1921, p. 329.

³⁴² *Memoria del Departamento*, 1921, p. 29.

³⁴³ Guajardo, “Informe”, 1921, p. 364.

³⁴⁴ *Ibid.*, p. 372.

De acuerdo con los médicos Eusebio Guajardo y Rafael Santamarina, quienes formaron la comisión mexicana en el mencionado Congreso, la experiencia de médicos de otros países indicaba que estos consultorios para niños de pecho debían ser “propagados y multiplicados por todos los medios posibles” al igual que las escuelas de enfermeras para higiene maternal e infantil (visitadoras de la infancia), pues eran “consideradas como las mejores auxiliares del médico en la propaganda y en la enseñanza práctica de la puericultura.”³⁴⁵

Ambos elementos, los consultorios y “el médico, y sólo al médico” auxiliado de las enfermeras serían los pilares por los que se lograría “difundir por todos los medios posibles de higiene pro-natal a las futuras madres; proteger y fomentar la alimentación maternal para los niños, como la más adecuada y racional; combatir la ignorancia y prejuicios de las madres en el cumplimiento de la más importante misión que la naturaleza les ha confiado”.³⁴⁶ Y efectivamente, este modelo de consultorios materno infantiles atendidos por médicos y enfermeras visitadoras fue un elemento medular en el modelo de atención médica infantil a lo largo de las décadas de 1920 y 1930, primero en la ciudad de México y posteriormente en distintos estados de la República.

El doctor Guajardo opinó que si este modelo se había llevado a la práctica con buenos resultados en ciudades como París, sería

[...] De desearse que entre nosotros, en toda la extensión de nuestra República, se generalicen los consultorios para niños de la primera infancia, medio de los más eficaces para contrarrestar la terrible mortalidad infantil cuyo porcentaje no nos recomienda [...]. Son nuestros deseos que los datos sean de alguna utilidad a nuestra Patria y que de alguna manera se haga algo práctico entre nosotros, en bien del mejoramiento en el que únicamente radica nuestro porvenir [...]. Las madres se dan pronto cuenta de la utilidad de visitar estos consultorios, las estadísticas de los lugares donde se establecen lo demuestran; en París, durante el año de 1906 asistieron a los consultorios establecidos, 4,863 niños, el año próximo pasado asistieron 123,138. Cifras demasiado elocuentes.³⁴⁷

³⁴⁵ *Ibid.*, p. 363.

³⁴⁶ *Ibid.*, p. 363.

³⁴⁷ *Ibid.*, p. 373. También aludió a la experiencia que se dio en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, donde “existió un consultorio de esta naturaleza que funcionó con regularidad

La salud escolar capturó el interés de organizaciones internacionales que habían puesto poca atención en este rubro. La División de salud internacional de la Fundación Rockefeller reconoció la importancia de esos esfuerzos en países como Brasil, México y Uruguay, a pesar de que su interés estaba centrado en la educación de la salud pública y campañas sanitarias en vez de la salud infantil en sí.³⁴⁸ Fue con estos antecedentes que en febrero de 1921 se realizó uno de los primeros esfuerzos para “colaborar activa y eficazmente en bien de la salud de los niños” por medio de la creación de Servicio de Higiene Escolar, instrumentado por el Departamento de Salubridad para trabajar en conjunto con los Ayuntamientos y las escuelas existentes en el Distrito Federal. El jefe del Servicio fue el médico Felipe Ferrer Beynón y estuvo a cargo del doctor Alfonso Pruneda, vocal del Consejo Superior de Salubridad encargado de la Higiene Escolar.³⁴⁹

Fue precisamente en los establecimientos del Departamento de Salubridad donde se concentraron varias acciones que buscaban favorecer las condiciones de la infancia y donde se puede rastrear el vínculo que se dio entre la higiene, la formación de futuros ciudadanos y las ideas eugénicas. Al respecto destaca el caso del médico Rafael Santamarina, quien participó en el Primer Congreso Mexicano del Niño y trabajó intensamente en el Departamento de Salud Pública; específicamente en el Servicio Higiénico Escolar y a partir de 1925 en el recién creado Departamento de Psicopedagogía e Higiene y para 1939 llegó a ser juez médico del Segundo Tribunal.

Santamarina se distinguió por su enfoque del desarrollo mental de los niños y por su diligente recopilación de estadísticas y gráficas tanto en los establecimientos del Departamento de Salud Pública, como en las escuelas de la Secretaría de Educación Pública. En opinión de Stern “cuando los higienistas escolares entraron en las aulas con sus calibradores y pruebas mentales, transformaron ese dominio público en un laboratorio de

por cerca de dos años; su estadística demuestra con claridad el interés creciente de las madres para ocurrir no tan sólo para aliviar algunas dolencias de sus hijos, sino para escuchar los consejos de cómo debían dirigir la alimentación de ellos de una manera racional. En este corto tiempo se consultaron más de 3,000 niños, con resultados muy satisfactorios”.

³⁴⁸ Birn, “Child”, 2007, p. 687.

³⁴⁹ Malda, “Bases”, 1921, pp. 150-151.

eugenesia dedicado a la medición, la clasificación y la cuantificación de la generación más joven de la nación”.³⁵⁰

Stern sostiene que la búsqueda de ciudadanos aptos conllevó a enfocar la mirada médica y antropométrica en los niños, en quienes por medio de diversas pruebas, traídas principalmente de Francia y posteriormente de Estados Unidos, se buscaba encontrar los rasgos que indicaran su grado de normalidad o “anormalidad” y por lo tanto decidir qué era lo mejor para ellos.

A lo largo de los años de 1920 y 1930, las aulas de las escuelas se convirtieron en laboratorios para la medición, clasificación y rastreo de los niños. Instaurados principalmente por los eugenistas, la antropometría y la psicometría llegaron a ser las prácticas privilegiadas para discernir entre lo normal y lo anormal, una distinción que pudiera conducir a otras arenas medicalizadas como eran el Tribunal para Menores, el asilo mental o el reformatorio.³⁵¹

Con lo expuesto en este capítulo hemos visto que los médicos fueron entretejiendo un discurso complejo sobre la función de la maternidad y sobre la correcta atención infantil que se contraponía a “la ignorancia de las madres” y a las prácticas populares. La difusión de estos discursos, ya fueran escritos o visuales, junto con la creciente presencia de los médicos en diversos ámbitos, como fue el escolar, los fue colocando en un lugar privilegiado, que les permitió autolegitimarse como los guías en la crianza de los niños. Aunado a que la presencia de los médicos en el espacio escolar les permitió desarrollar por medio de los niños un puente entre el espacio público de la escuela y los dispensarios médicos para llegar al hogar y así tratar de inculcar los preceptos médicos hacia todos los miembros de la familia y de allí hacia la comunidad. Consideramos que la experiencia que obtuvieron los médicos en su vinculación con las autoridades educativas fue vital para que a principios de la década de 1920 comenzaran a generarse acciones que permitieron que la atención médica infantil se empezara a institucionalizar, como se verá en el siguiente capítulo.

³⁵⁰ Stern, “Madres”, 2002, p. 317.

³⁵¹ *Ibid.*, p. 295.

Capítulo IV



LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA INFANTIL

El gran amor que sienten los hombres de la Revolución Mexicana hacia la niñez desvalida, cristalizó hoy en la inauguración del Hospital del Niño [...] orgullo de la capital, donde, en lo sucesivo, se podrá dar a los niños la atención que se merecen, y que no es posible proporcionarles actualmente en los establecimientos semejantes.³⁵²

El presente capítulo tiene como objetivo presentar las asociaciones y establecimientos más representativos que entre 1920 y 1943 fueron constituyendo los primeros pasos de la institucionalización de la atención médica infantil en nuestro país. En el primer apartado se abordan los cambios que se dieron en materia de salubridad a partir de la Revolución Mexicana y cuál fue la función y trascendencia de los Centros de Higiene Infantil que se fundaron en la ciudad de México a partir de 1922.

Posteriormente se verá como en 1929 el Estado junto con el apoyo de grupos de particulares unieron esfuerzos para unificar las diversas acciones que se venían ejecutando con el fin de proteger a la infancia, dando con ello origen a la Asociación Nacional de Protección a la Infancia. Se retomará cuáles fueron sus funciones y sobre todo sus alcances, pues se trató del primer esfuerzo coordinado para extender la atención médica a todos los estados de la República. A pesar de su corta vida como una asociación particular, se destacará que las autoridades de Salubridad tomaron el control de las acciones dirigidas a proteger a la infancia. Proceso que coincidió con la transición del concepto de Beneficencia hacia el de Asis-

³⁵² Nota periodística citada en *Boletín*, 2010, p. S1-35.

tencia y con ello la reconfiguración de la labor de las autoridades sanitarias y sus establecimientos.

En este punto entrelazamos algunos datos estadísticos que nos posibilitan un primer acercamiento para cuantificar cuál ha sido la tendencia de la natalidad, la esperanza de vida y la mortalidad en México en el siglo xx. Esto nos permite ubicar nuestro periodo de estudio en un contexto más amplio y por lo tanto dimensionar los momentos y la magnitud de los cambios en la tendencia de natalidad y mortalidad y con esto contrastar el discurso de las autoridades sanitarias, que en ocasiones sobrevaloraba los avances que se lograban en la disminución de los índices de mortalidad infantil.

Finalmente se verá cómo dentro del nuevo modelo asistencial se priorizó la apertura de hospitales de especialización que atendieran de forma puntual la salud de la población nacional. El más emblemático fue el Hospital del Niño. Proceso que de acuerdo con Rodríguez Ocaña se puede ubicar en el contexto contemporáneo, cuando tuvo lugar “la institucionalización en un espacio transnacional de las tareas de vigilancia y defensa de la salud”.³⁵³ La apertura del Hospital del Niño fue un suceso que marcó el inicio de una nueva etapa en la atención médica infantil en México. Sin duda puede verse desde diferentes perspectivas; en este caso lo retomamos como la culminación de un largo camino de poco más de veinte años en que los médicos, las autoridades sanitarias y las autoridades gubernamentales llevaron a cabo varias acciones que permitieron se fuera institucionalizando la atención que se brindaba a la población infantil. La puesta en marcha del Hospital posibilitó el inicio de la consolidación de la pediatría en el país y se erigió como un espacio de vanguardia en el ámbito de las especialidades médicas. Lugar que ha conservado con el paso del tiempo y hoy en día es uno de los doce institutos nacionales de salud.

LOS CENTROS DE HIGIENE INFANTIL

La puesta en marcha de los Centros de Higiene Infantil respondió en buena medida a las sugerencias expresadas en foros como el Primer Congreso Mexicano del Niño en 1920. Como ya se ha señalado en los capítulos anteriores, una sugerencia concreta fue la expresada en la sección de eugenesia por el médico Isidro Espinosa de los Reyes en su trabajo “Apuntes sobre

³⁵³ Rodríguez Ocaña, “Salud”, 2003, p. 35.

puericultura intrauterina”.³⁵⁴ En él sostuvo la propuesta de fundar en la ciudad de México clínicas de pre y post natalidad, con el fin de proteger al niño, aumentar los índices de natalidad y mejorar las condiciones físicas de los nacidos. Con esta propuesta, unos meses después de la realización de este Congreso, el Departamento de Salubridad Pública, bajo la dirección de los médicos Gabriel Malda y Alfonso Pruneda, aceptó esta propuesta y comisionó precisamente a Isidro Espinosa de los Reyes para visitar las clínicas de esta índole en Estados Unidos.³⁵⁵ A su regreso se le encargó la organización, instalación y dirección de la primera clínica en 1922, a la cual se le denominó Centro de Higiene, con la expectativa de que

[...] Esta oficina fuera un núcleo de donde partieran las enseñanzas de las prácticas de higiene tendientes a mejorar las condiciones higiénicas de la habitación y del individuo, aprovechando la concurrencia de madres embarazadas y de niños asistentes a las consultas de postnatalidad para divulgar durante el tiempo de estancia en la clínica, las enseñanzas higiénicas al mismo tiempo que por medio de las visitadoras sociales, se llegaba al domicilio de las mismas, la enseñanza práctica de los métodos y medios de higiene, para mejorar las condiciones físico-sociales de la comunidad.³⁵⁶

El primer Centro de Higiene Infantil, llamado “Eduardo Liceaga” fue fundado con el fin de “combatir con más eficacia la morbilidad y la mortalidad infantiles” y vigilar el “desarrollo de esta ardua labor de profilaxis y de protección a la infancia en la República”.³⁵⁷ Para finales de la década de 1920, se habían establecido cerca de diez centros en diferentes zonas de la ciudad de México, mismos que fueron puestos bajo la dirección del Servicio de Higiene Infantil, que a su vez dependía del Departamento de Salud Pública, espacio donde los médicos desarrollaron los principios de la puericultura, la eugenesia y la pediatría.

En poco tiempo el Centro de Higiene Infantil “Eduardo Liceaga” fue insuficiente para atender a aquellos que solicitaban consulta, por lo que fue preciso establecer un segundo centro, el llamado “Manuel Domínguez”

³⁵⁴ Espinosa, “Apuntes”, 1921, pp. 29-33.

³⁵⁵ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 1.

³⁵⁶ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 1.

³⁵⁷ Stern, “Madres”, 2002, p. 301.

que se inauguró un año después.³⁵⁸ La ubicación de los Centros de Higiene Infantil en la ciudad de México no fue casual, sino que se erigieron precisamente en aquellos sitios de la ciudad en los que había mayor densidad de población, al mismo tiempo que en los barrios de población con escasos recursos; en los que grupos de población como las mujeres y los niños eran más vulnerables a las enfermedades. Ambos Centros, el “Eduardo Liceaga” y el “Manuel Domínguez” estaban ubicados en el centro de la ciudad, mientras que los subsecuentes se situaron en distintas colonias. A estos acudían mujeres de escasos recursos económicos, algunas eran obreras y otras se dedicaban a labores domésticas.

Ya en septiembre de 1921, con motivo de los festejos de la “Semana del Niño” organizada por el Departamento de Salubridad, esta instancia solicitó la colaboración de los alumnos de la Escuela de Medicina para levantar un censo de los niños que nacieron durante ese mes. La finalidad fue entregar una canastilla por niño a las familias más pobres. Del listado que se publicó en la *Memoria* del evento, se puede inferir que el radio de acción del Departamento en ese año se concentró prácticamente en la zona que abarcó lo que ahora son las colonias Centro, Juárez, Roma, Doctores, Peralvillo, Guerrero, Penitenciaría y Vallejo.³⁵⁹

El Centro de Higiene Infantil “Eduardo Liceaga” se fundó en noviembre de 1922 y se ubicó en la calle de Colombia número 20, pero al volverse insuficiente el espacio en que estaba ubicado, fue trasladado en diciembre de 1929 a la calle de Argentina número 15. Este local también resultó insuficiente, por lo que se trasladó a un edificio arreglado por el Departamento de Salubridad en la calle de Moneda número 62 y posteriormente a Emiliano Zapata número 62. El segundo Centro de Higiene Infantil, “Manuel Domínguez” se inauguró el 23 de septiembre de 1923 y se ubicó en la calle de Violeta número 96. Ambos centros ubicados en el centro de la ciudad y en la colonia Guerrero fueron los únicos con los que el Departamento de Salubridad contó para atender a la población materna e infantil por cerca de seis años, aunque en los dispensarios del

³⁵⁸ Los nombres de los Centros de Higiene Infantil correspondieron a los de distintos médicos dedicados a la obstetricia o la pediatría, ya desaparecidos para ese entonces, como un homenaje y “ejemplo para nuestros jóvenes médicos, para despertar en ellos el entusiasmo por todo lo que se refiere al cuidado del niño.” AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 8.

³⁵⁹ *Memoria de la Semana*, 1921, pp. 117-138.

Departamento de Salubridad seguía brindándose atención a las madres y a los niños.

Fue hasta mayo de 1929, cuando con motivo de la organización del Servicio de Higiene Infantil —que se detallará en el siguiente apartado— se inauguraron cinco Centros más. En el número 29 de la segunda calle de Juventino Rosas en la colonia de Peralvillo entró en funciones el Centro de Higiene Infantil “Juan Duque de Estrada”. Ese mismo año abrió sus puertas el Centro “Francisco de P. Carral” en el número 404 de la 13ª calle de Pino, de la colonia de Santa María, que posteriormente se trasladó la esquina de Sabino y la Rosa. El quinto Centro de Higiene Infantil que llevó el nombre de “Luis E. Ruiz” fue inaugurado el 7 de septiembre de 1929 y se ubicó en el kilómetro 6 de la calzada de Balbuena. Dicho Centro contaba además con un comedor maternal, destinado a ministrar a las mujeres embarazadas, carentes de recursos, un alimento durante el día. El sexto Centro de Higiene Infantil llevó el nombre de “Juan María Rodríguez” y fue inaugurado el 30 de octubre de ese mismo año en la esquina de las calles de García Diego y Vértiz, en la colonia de los Doctores. Finalmente, el Centro de Higiene Infantil “Manuel Gutiérrez”, se instaló en mayo de ese año en las casas de los números 70 y 72 de la cuarta avenida, en la colonia Anáhuac y posteriormente en Laguna de Términos número 35.³⁶⁰

La ubicación de estos Centros de Higiene respondió a la distribución que existía acorde con la reorganización del Distrito Federal del 31 de diciembre de 1928. A partir de ese momento el territorio se dividió en un Departamento Central formado por las antiguas municipalidades de México, Tacuba, Tacubaya y Mixcoac y por trece delegaciones que correspondían a las antiguas municipalidades de Guadalupe Hidalgo, Azcapotzalco, Iztacalco, General Anaya, Coyoacán, San Ángel, La Magdalena Contreras, Cuajimalpa, Tlalpan, Iztapalapa, Xochimilco, Milpa Alta y Tláhuac.³⁶¹ En el mapa 1 se puede identificar la distribución territorial.

Así, el Departamento de Salubridad Pública distribuyó un Centro de Higiene Infantil por cada municipalidad; pues para los primeros meses de 1930 se informó que “las delegaciones de Tacuba, Tacubaya, Mixcoac, San Ángel, Tlalpan, Iztapalapa, Xochimilco y Guadalupe Hidalgo” ya contaban con servicios de higiene infantil y que además funcionaban “con no-

³⁶⁰ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 9-11.

³⁶¹ Hernández, *Distrito*, 2008, pp. 183-184.

tables resultados”.³⁶² Se trató del Centro número 8 “Manuel Cárdenas de la Vega” ubicado en Jardín Juárez número 11 en Villa Gustavo A. Madero, el Centro 9 fue el “Luis Morquio” en Avenida Martí número 48 en Tacubaya. Los siguientes Centros ya no llevaron nombres de médicos destacados, tal fue el caso del Centro de Higiene 10 en Tacuba ubicado en Mar Mediterráneo número 48. El Centro 11 en Villa Obregón estuvo en la calle de Madero número 12. El Centro de Ixtacalco, el número 12 se ubicó en Canal Nacional número 6 y el número 13, el de Ixtapalapa ocupó el atrio de la Parroquia ubicada en Av. Hidalgo.³⁶³

³⁶² *Salubridad*, 1930, pp. 25-26.

³⁶³ “En el niño está”, s/n.

El Departamento de Salubridad Pública generó una imagen ideal sobre los Centros de Higiene Infantil y la población que atendía. En la imagen 18 se aprecia un dibujo que fue parte del folleto “En el niño está el porvenir de la patria” y que fue hecho para difundir entre la población materna preceptos higiénicos y cuidados de los niños. En esta imagen, al igual que en las imágenes 14 a la 17 publicadas en el *Libro para la madre mexicana* aparecen representaciones de mujeres de las clases bajas y medias. En este caso aparece al fondo la representación de un Centro de Higiene Infantil, que para mediados de la década de 1930 ya eran Centros de Asistencia Infantil. El edificio se caracteriza por sus buenas condiciones de construcción, su limpieza y ventilación. Es justo una enfermera quien se encuentra en la puerta recibiendo a las madres y sus hijos pequeños, en este caso la mayoría son niños que ya caminan, sólo aparece un niño en brazos. Dos cuestiones importantes son que sólo se representó a las madres, una vez más no aparece la figura del padre y que éstas van de forma voluntaria y en grupo al Centro de Higiene. Otro aspecto importante es que aunque es una representación ideal de cómo debiera verse un Centro de Higiene, existen algunas fotografías de esta época que permiten ver cómo se veía la población que asistía cotidianamente a estos servicios de salud.

En la imagen 19 se puede ver el interior del Centro de Higiene Francisco de P. Carral, donde también se pueden apreciar paredes y puertas bien construidas y limpias. Resaltan en la fotografía tres enfermeras uniformadas rodeadas por una treintena de madres que aparecen con sus hijos en brazos y algunos que ya caminan.



Imagen 18

“En el niño está el porvenir de la patria”, México,
Dirección General de Asistencia Infantil, c.1934, s.p.



Imagen 19

“Centro de Higiene Infantil del Departamento de Salubridad Pública
Dr. Francisco de P. Carral” en *Revista Mexicana de Puericultura*.
Órgano de la Sociedad Mexicana de Puericultura, c. 1935

En estas imágenes el discurso visual refuerza los discursos escritos de que las enfermeras son las guías de la salud materna e infantil, son ellas las que aparecen y no los médicos.

La vestimenta de las madres muestra que provienen de clases medias y bajas y madres y sus hijos aparecen aseados y en orden. Algunas mujeres con rebozo y cabello recogido si lucen como en las representaciones de la imagen 18. Una amplia concurrencia, orden y limpieza son aspectos que se destacaron en este tipo de fotografías que debieron cumplir una función legitimadora de la labor de estos Centros y que no debieron reflejar la realidad de todos los días, pero que sin duda al difundirse buscaban ganar la confianza de la población.

Estos Centros de Higiene Infantil tenían por objeto dirigir la higiene prenatal y posnatal, además de distribuir leche en los casos que lo consideraran necesario porque la madre no pudiera amamantar a su hijo. Las acciones que llevaron a cabo principalmente fueron las consultas para mujeres embarazadas y para niños menores de dos años, que eran complementadas por estudios médicos que se realizaban por medio de un laboratorio de investigación clínica y de un consultorio especial para las embarazadas y los niños con padecimientos venéreos sifilíticos. En opinión de Isidro Espinosa, jefe de los Centros de Higiene Infantil, para 1929:

La labor desarrollada pone cada vez más en manifiesto que la población aceptaba muy de grado de existencia, y en muy poco tiempo las enseñanzas divulgadas; el constante trabajo de las visitadoras y la propaganda escrita y oral; dio lugar a que la población fuera acostumbrándose a considerar estos centros como clínicas de previsión más que de curación, y el porcentaje de niños sanos cuyas madres consultan sobre las reglas higiénicas principalmente por lo que respecta a la dietética, y el de las mujeres embarazadas que concurren desde los primeros meses del embarazo, en vez de los últimos como acaecía en un principio, ha aumentado progresivamente [...] aunque no con toda la rapidez que hubiéramos deseado.³⁶⁴

Sin embargo esta declaración se debe tomar con reserva, pues la población no asistía ni en gran número ni de manera constante a los Centros de Higiene, aunado a que los servicios que se brindaban eran limitados.

³⁶⁴ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 2.

En 1929 por lo menos los Centros de Higiene “Manuel Gutiérrez” y “Juan Duque de Estrada” fueron autorizados por las autoridades del Departamento de Salubridad para reducir su horario de servicio de 8:00 a 11:00 horas “mientras no se tenga suficiente número de personas a quienes consultar”.³⁶⁵ Esta debió ser sin duda una razón poderosa para articular mecanismos para atraer a las mujeres y a sus hijos, ya fuera la propaganda impresa, la exhibición de películas o las rifas y obsequios para aquellas que asistieran con constancia. Por ejemplo, el folleto “Diez mandamientos para que el niño conserve su salud” fue editado en 1922 y se comenzó a distribuir de forma gratuita en el centro de higiene “Eduardo Liceaga”. Fue utilizado para brindar a las madres consejos básicos en el cuidado de sus hijos, tales como la lactancia, la limpieza y su relación con el medio ambiente. Este folleto siguió vigente por varios años y de hecho fue reeditado en 1929 para servir como propaganda en las campañas de protección nacional de la infancia.³⁶⁶

Una particularidad de este folleto fue que resaltaba la idea de que los únicos que contaban con los conocimientos y las herramientas suficientes para mantener la buena salud de los hijos eran los médicos y las enfermeras que laboraban en los Centros de Higiene Infantil; por lo tanto cualquier otra opinión estaba desacreditada:

No debe usted escuchar los consejos de sus vecinos acerca del cuidado y tratamiento de su niño. Ellos están bien dispuestos, pero no saben. LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS *son las únicas personas* que le aconsejarán debidamente. Lo que fue un buen alimento para el niño de su vecina, pudiera enfermar al niño de usted. La enfermedad de su niño puede parecerse a la del niño de su vecina, pero puede ser enteramente diferente, y por eso necesita un tratamiento distinto. *Nadie puede determinar esto más que un médico.* Si como vecinos quieren aconsejarse mutuamente, dejen que ese consejo se manifieste por medio del ejemplo práctico de mantener limpios sus hogares y lo que les rodea, vecinos limpios, significan hogares y calles limpios. Hogares y calles limpias significan una ciudad sana.³⁶⁷

³⁶⁵ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, caja 1, exp. 24.

³⁶⁶ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, caja 1, exp. 1. Al respecto hemos comentado la imagen 8 que aparece en el capítulo II.

³⁶⁷ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, caja 1, exp. 1, f. 10. Las cursivas son nuestras.

Por lo tanto se fue reforzando la idea de que los padres sanos engendraban niños sanos, grandes, fuertes y bien desarrollados, mismos que tendrían menos probabilidades de enfermarse como los pequeños, débiles, delgados y enfermos, como se señalaba en el mismo folleto. Este discurso no fue trivial en una época en que “el problema fundamental de disminuir la mortalidad y atacar la morbilidad infantiles, quedaba en pie”.³⁶⁸ Espinosa de los Reyes consideraba que había 28% de mortalidad infantil sólo en la ciudad de México. En su opinión ésta no podía ser combatida, “mientras los factores de miseria e ignorancia no fueran eficazmente atacados”. Para ello se tenía que crear una instancia que proporcionara información a la población y vigilara su cumplimiento.

La labor de los Centros de Higiene Infantil cobró auge a partir de 1929. Estos establecimientos ofrecieron servicios gratuitos de higiene pre y posnatal. Contaban con las labores de un médico especialista en Puericultura y Pediatría, quien cumplía con las funciones de director. Otros dos o tres médicos se encargaban de la consulta de las mujeres embarazadas y de los niños; además de una partera, un ayudante de laboratorio encargado de los análisis de sangre, de orina y de tomar la tensión arterial, una enfermera titulada, y una enfermera visitadora; sumando el personal administrativo conformado por una administradora, una mecanógrafa, una afanadora, un conserje y un mozo.³⁶⁹

El médico encargado del servicio de higiene prenatal era quien brindaba consulta a las mujeres embarazadas que asistían por primera vez al Centro, así como en las consultas subsecuentes. Vigilaba el trabajo de la partera, recababa los resultados del análisis del laboratorio y daba las instrucciones a las enfermeras visitadoras de hogar sobre las personas que debían ser “vigiladas e instruidas en algún padecimiento especial en su propio domicilio”. En el caso de las mujeres que eran madres, las enfermeras visitadoras debían comprobar si éstas estaban alimentando a sus hijos conforme a las instrucciones que les había indicado el médico. Por su parte, la partera, estaba encargada de colaborar con el médico del servicio de prenatalidad en la consulta de las mujeres embarazadas. Previa autorización del médico podían atender a las mujeres en las consultas que

³⁶⁸ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 2.

³⁶⁹ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 13.

no fueran de primera vez, siempre y cuando los casos no mostraran complicaciones.³⁷⁰

En la imagen 20 se aprecia el funcionamiento de una Clínica de Higiene Infantil en los estados de la República. Se ve un espacio limpio e iluminado que conforma el consultorio austero que tiene pocos elementos pero resultan significativos, como la mesa de exploración que se aprecia en primer plano, una báscula en el piso, un estante al fondo y carteles en la pared para la revisión de la vista y otro se intuye que trata el tema de la maternidad, pues tiene una figura de una madre con su hijo. La parte central de la fotografía la ocupan el médico y la enfermera revisando a un niño, mientras cinco madres y sus hijos observan la escena en un segundo plano, pues no están interactuando con quienes revisan a los niños. Nuevamente el orden y la limpieza son elementos que se quieren resaltar para difundir la labor de los Centros y Clínicas de Higiene Infantil que se estaban difundiendo en distintos puntos de la República.

³⁷⁰ Ana María Carrillo ha mostrado como se fue transformando y reglamentando el papel de las parteras desde que estas accedieron a la Escuela de Medicina en el siglo XIX hasta entrado el siglo XX. Las parteras tituladas vieron cada vez más restringido su campo de acción y desde las reglamentaciones que se dieron en el porfiriato su labor quedó subordinada a la figura del médico. Podían intervenir en los casos en que los embarazos y partos no presentaran complicaciones y eran fuertemente sancionadas si no llamaban en esos casos a los médicos o no procuraban que la mujer fuera llevada a un hospital. Ver Carrillo, “Nacimiento”, 1999.



Imagen 20

“Clínica de Higiene Infantil. Contando con un médico especial como de Jefe de Servicio y siguiendo su programa, se combate la mortalidad infantil por medio de clínicas, donde los niños son atendidos y estudiados; las madres instruidas en alimentación y cuidados de sus niños y las enfermeras visitantes inician los trabajos que serán continuados en el hogar”, en Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia de la Salubridad y la Asistencia*, t. IV, p. 315.

El problema de la sífilis

Los encargados del laboratorio tenían funciones de gran importancia, pues eran quienes tomaban la tensión arterial de las mujeres antes de cada consulta y el análisis de orina, en el que buscaban principalmente la presencia de albúmina y glucosa. Pero sobre todo tomaban las muestras de sangre, una de las pruebas que fue privilegiada en estos Centros de Higiene, pues por medio de la reacción de Wasserman detectaban a aquellas mujeres que estaban contagiadas de sífilis. Como se ha mencionado en los capítulos previos se trató de una época en que las autoridades se interesaron por combatir los “venenos sociales”, entre los que se encontraba la sífilis, que en este caso se intentó erradicar en las mujeres embarazadas y en sus hijos, la llamada heredosífilis.

En este sentido los Centros de Higiene Infantil cumplieron una función trascendente para las autoridades. Pues con el tratamiento y seguimiento de los casos de sífilis articulaba, como ha señalado Stern, “acciones [que] se sumaron a la puesta en vigor de un nuevo Código Sanitario [1926], pues obsesionados por el espectro de las enfermedades como la sífilis, el alcoholismo y la tuberculosis, que creyeron tenían consecuencias hereditarias directas y graves, los [médicos y] eugenistas mexicanos apoyaron activamente el cumplimiento de la legislación sanitaria”.³⁷¹

Fue una época en que de acuerdo con Ana María Carrillo se pueden destacar cuatro aspectos en la lucha contra las enfermedades venéreas: “la búsqueda y control de los enfermos, la ley de certificado prenupcial, la abolición del reglamento de la prostitución y el establecimiento del delito del contagio venéreo”. Los médicos y sobre todo aquellos que compartían los ideales eugenésicos de la época, enfatizaron que un enfermo de sífilis representaba un peligro para quienes le rodeaban, “insistiendo en las consecuencias para los descendientes”. Estas ideas influenciaron en gran medida las acciones de la oficina de la campaña antivenérea y en el establecimiento de la ley de certificado prenupcial.³⁷²

³⁷¹ Stern, “Madres”, 2002, p. 295. La idea de que los padres engendran rasgos negativos en los hijos se plasmó en diversos escritos desde el siglo XIX. Un ejemplo representativo se encuentra en Ellen Key, quien en 1900 plasmó estas ideas en *El siglo de los niños*: “A menudo los padres nos han transmitido salud física y moral que ellos heredaron de una larga serie de matrimonios entre personas sanas y felices, pero con demasiada frecuencia los padres deberían pedir perdón a los hijos de haberlos engendrado. Al querer buscar la causa fundamental por la cual determinadas personas caen en la miseria o en el vicio, se ven atacadas de enfermedades nerviosas u otros males, o están moralmente degeneradas, hay que hacerlo en las circunstancias en que nacieron o pasaron los primeros años de su infancia. Tal vez eran sus padres demasiado jóvenes o muy viejos o enfermizos; tal vez fueron engendrados durante una borrachera, o concebidos por madres extenuadas por las privaciones o por numerosos partos. [...] La cuestión de los males hereditarios va tomando tal importancia, que algunos jóvenes sabiendo que llevan consigo malos gérmenes empiezan a persuadirse de que deben renunciar a las dichas de la familia, para no transmitir a una nueva generación tan funesto patrimonio”. Key, *Siglo*, 1906, pp. 48-49.

³⁷² Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 51. Para ver con detenimiento las acciones que se desarrollaron en esta época para el combate de las enfermedades venéreas ver Jiménez, “Lucha”, 2004. Para el caso de los instrumentos propagandísticos que las autoridades sanitarias implementaron en las campañas de salud como la antialcohólica o la antivenérea ver Gudiño, “Campañas”, 2009.

Nos podemos dar una idea de cómo era el diagnóstico y tratamiento de sífilis en los Centros de Higiene Infantil por medio del siguiente testimonio. Los médicos Armando L. Valenzuela y Roberto Romero, quienes laboraban en el Centro de Higiene Infantil “Manuel Domínguez” presentaron en el VII Congreso Médico latino americano en marzo de 1927 un trabajo producto de las reflexiones de los casos médicos que atendían cotidianamente: “Algo sobre el diagnóstico de la heredo sífilis comprendiendo: embarazadas, recién nacidos y lactantes”. En su escrito señalaron la importancia del diagnóstico oportuno en las mujeres embarazadas. Para ello se debían utilizar todos los medios clínicos y de laboratorio, además de hacer un interrogatorio y reconocimiento clínico-serológico del marido. Las mujeres eran interrogadas sobre “abortos, niños muertos, gemelidad, sintomatología general de sífilis, investigación de estigmas, personales y familiares”. Práctica que Valenzuela y Romero subrayaban que se hacía y se debía seguir haciendo “en cada una de las embarazadas” que concurrían a estos Centros.

Cuando diagnosticaban un caso de sífilis insistían que se debía proceder al tratamiento “lo más enérgico y lo más pronto posible”, para lograr que el producto recibiera el menor tiempo posible “la sangre parasitada de la madre”. A pesar de las dudas respecto a si el procedimiento médico podía propiciar abortos u otros accidentes, el texto defendía la práctica del tratamiento arsenical (neosalvarsán y sulfarsenol).³⁷³ De hecho aseguraban que en centro “Manuel Domínguez” se habían inyectado desde su fundación —es decir en cuatro años— “cerca de 7 mil enfermas con neosalvarsán y unas 800 con sulfarsenol” y que “no se había presentado ni un solo caso de muerte por culpa del tratamiento arsenical”. El control médico continuaba después del parto y en todos los casos se trataba a los hijos, calculando que se había aplicado sulfarsenol a “cerca de 10 mil niños” en la misma temporalidad.³⁷⁴

Más allá de la precisión o el posible incremento en las cifras, lo revelador de este comentario es que indicaba que la detección de casos de sífilis entre las asistentes era elevado y que una vez detectado se les aplicaba el

³⁷³ El salvarsán, el neosalvarsán y el sulfarsenol fueron productos que tuvieron una amplia difusión entre los médicos y en ocasiones sus distribuidores se anunciaban en publicaciones periódicas como fue el caso de *Medicina. Revista científica mensual de la Escuela Nacional de Medicina* en 1922.

³⁷⁴ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1927, vol. 1, exp. 9.

tratamiento. Cuando las mujeres dejaban de asistir al Centro y por lo tanto lo interrumpían, una enfermera visitadora la iba a buscar a su domicilio, donde la persuadía de seguir con el mismo, que podía ser aplicado en ese momento, pues la enfermera estaba autorizada para aplicar las inyecciones en los domicilios en los casos que considerara necesario. Compartimos la idea de Carrillo de que estas acciones estaban estrechamente relacionadas “con la idea de que el Estado tenía el deber de impedir la vida reproductiva de las personas con enfermedades que eran o se consideraban hereditarias de sífilis”.³⁷⁵ Los Centros cumplieron así una función de vigilancia y control en este asunto tan delicado. Los médicos podían expedir también a quienes querían contraer matrimonio los certificados de salud, pero también indicaban quienes, de acuerdo con los preceptos médicos, no eran aptos para el casamiento.

Diversas actividades en los Centros de Higiene Infantil

En lo que se refiere al funcionamiento de los Centros de Higiene, se buscaba otorgar las consultas a las mujeres que vivieran cerca de cada Centro y que además vivieran en “las barriadas más populosas y pobres” —retomando las palabras de Ignacio Chávez— para que así se beneficiara a la población que no podía acceder a consultas médicas privadas. Se solicitaba que las mujeres se presentaran dentro de las horas de admisión y en las mejores condiciones de aseo. “Esta última condición ha sido capital, porque nos han dado margen para mejorar las condiciones de limpieza de las asistentes, dándoles la oportunidad en caso de que no puedan tomar un baño en su domicilio antes de la consulta, de hacer uso del servicio de baños adscrito a cada centro”.³⁷⁶ Una vez que el personal contaba con los datos generales de cada paciente y con los resultados de los exámenes de rutina de laboratorio, decidía si había que canalizarla a algún otro servicio del Departamento de Salubridad o algún establecimiento de la Beneficencia Pública.

Los niños que asistían a la consulta de postnatalidad, eran por lo general, los hijos de madres que habían sido atendidas en los servicios de prenatalidad. A las madres se les instruía para que vigilaran el desarrollo de sus hijos, cuidados y alimentación. A pesar de que el personal de salu-

³⁷⁵ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 43.

³⁷⁶ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 14.

bridad consideraba que el servicio que brindaban era de gran utilidad, una de las quejas de los médicos era que con frecuencia las madres no llevaban a los niños como se les había aconsejado. Más bien, esperaban que los niños se enfermaran para llevarlos a recibir atenciones médicas curativas. Así, a pesar de que la intención de las autoridades de salubridad era que la atención que brindaban los Centros de Higiene Infantil fuera mayoritariamente preventiva y de seguimiento y control del crecimiento del niño, en la práctica se volvían lugares para atender a niños enfermos, cuestión que se esforzaron por corregir, difundiendo la importancia de procurar una buena higiene antes de que los niños se enfermaran y así ganar en el terreno educativo, que hoy en día se asocia a la prevención de enfermedades.³⁷⁷

Y esta causa que origina la ignorancia de las madres acerca de la necesidad de vigilar al niño antes que se enferma, motiva el que nos veamos en la necesidad, muy a nuestro pesar, de tener que recibir un buen número de niños enfermos, hijos de estas madres, o de otras, que no recibieron la atención del consultorio de prenatalidad, afortunadamente, entre este número de niños tiende a decrecer, y se atribuye esta reacción favorable en gran parte, a la educación higiénica y al trabajo constante y abnegado de nuestras visitadoras sociales.³⁷⁸

Las hojas de registro de los niños consignaban los datos personales del niño y la razón de la consulta: cambio de alimento, por enfermedad, o solamente para recibir los consejos del médico o consultar acerca del estado de salud del niño. Se registraban las observaciones del médico y las indicaciones que daba a la madre. La hoja con la que se quedaba la madre llevaba impreso en el reverso “diez consejos útiles para la madre” y en interior un registro con el peso del niño en cada consulta.

Ante la falta de asistencia que los médicos esperaban y como aliciente para las asistentes, en varios Centros de Higiene Infantil el personal implementó estrategias para que las mujeres se acercaran con sus hijos para ser atendidas por los médicos y las enfermeras. La que reportaron que les dio resultado consistía en que el personal cooperaba económicamente para ri-

³⁷⁷ Este interés de los médicos por desarrollar entre la población la idea de una medicina preventiva en lugar de una correctiva ha sido abordado en extenso por Claudia Agostoni.

³⁷⁸ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 17.

far, entre aquellas que asistían regularmente, canastillas para recién nacido, ropa para los niños y juguetes. Con esto buscaron estimular a las madres para que no dejaran de asistir puntualmente a las consultas.³⁷⁹ Incluso médicos como Federico Gómez salieron a las inmediaciones del Centro de Higiene “Francisco de P. Carral” para repartir juguetes, dulces y ropa entre los niños pobres en alguna navidad.³⁸⁰ Otra de las estrategias que se emplearon consistió en aprovechar la concurrencia al centro de higiene con motivo de las rifas y antes de llevarlas a cabo se proyectaban algunas películas relacionadas con la higiene. Así fue como “Aurora boreal”, “Cuidados a los niños”, “Frivolidades” de la casa Fox, “Falso pudor” y “Caballo gris” de la Metro Goldwin-Meyer Corporation, entre otros filmes, llegaron a aquellas personas que asistían a consulta a los Centros de Higiene Infantil.³⁸¹ Acciones con las que debieron “engancharse” a las madres y con ello generar un aumento paulatino en las consultas.

Además de llevar un control del niño, con información como la clase de inyección, la fecha de la prescripción y la dosis, se proporcionaba leche “con el fin de ayudar a la madre para combatir su miseria”. Con esto los médicos intentaban contrarrestar aquellos casos en que las familias no contaban con los recursos económicos suficientes y por tanto suministraban alimentos de mala calidad a los niños, lo que repercutía en su salud. Por tal razón, la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, puso al Servicio del Departamento de Salubridad Pública la Provisión de leche. Así, cuando médico llegaba a la conclusión de que un trastorno de nutrición se debía a la mala calidad del alimento suministrado y la madre manifestaba no tener los recursos necesarios para adquirirlo, se enviaba a las visitadoras sociales para que le rindieran un informe sobre las condiciones económicas de la madre. Si el resultado de la investigación comprobaba el estado de pobreza de la madre, el médico autorizaba que la Provisión de leche, ministrara diariamente, por el tiempo que él determinara, el alimento que le correspondía.

Cada Centro llevaba por medio de tarjetas *kardex* un control de las mujeres y niños que atendían. Con los datos registrados se formaban los informes mensuales que se dirigían a la oficina de estadística, que era la

³⁷⁹ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, vol. 1, exp. 24 y 25.

³⁸⁰ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, vol. 1, exp. 25.

³⁸¹ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, vol. 1, exp. 24.

encargada de elaborar los informes que expusieran periódicamente los resultados obtenidos. La documentación muestra que con el paso del tiempo fue incrementando el número de mujeres y niños que acudieron para recibir algún servicio en los Centros de Higiene. Por citar un ejemplo, se puede ver que durante el primer trimestre del año de 1925 se dieron más de 12,000 consultas a mujeres y cerca de 20,000 a niños con un gasto total por consulta de \$2.78 y un costo de medicinas por consulta de \$0.27. En el primer trimestre de 1929 se llegó a 21,569 consultas a mujeres y a 60,656 de niños, con un gasto total de \$.66 por consulta y de \$0.12 en medicinas por consulta.³⁸² Con estos datos lo que se quería destacar era lo bajo de los costos que representaba cada consulta y que por lo tanto se beneficiaba a la población de escasos recursos.

En 1929 se observó que el porcentaje de mujeres multíparas que fueron atendidas en los Centros fue mayor que el de las primíparas; que cerca de 50% de mujeres atendidas estaba comprendido dentro de los 15 hasta los 24 años de edad y que solamente 12% eran mayores de 35 años. Se redujeron los abortos 11% y en los partos prematuros con feto vivo, hubo una ganancia de 1%. En los casos de embarazo a término hubo un aumento de 12% y en los partos gemelares fue de 1.5%. El control de la sífilis mejoró al aplicarse un 43% de inyecciones de arsénico y un 31% bismuto, por lo que las reacciones de Wassermann solamente dieron 27% de resultado positivo.

En la imagen 21 se aprecia en la participación de madres y sus hijos en los festejos organizados por las autoridades sanitarias, como fue el día de la higiene en 1936. Bajo el lema “la higiene infantil es la esperanza más grande de los pueblos” se reúnen en lo que parece ser el kiosco morisco de la colonia Santa María la Ribera un copioso número de mujeres y niños acompañados una vez más por médicos y enfermeras, “los guías de la salud”. En esta ocasión sobresalen mujeres de clase media y algo que es importante es que debieron ser en buena parte las mujeres que acudían al Centro de Higiene Infantil Francisco de P. Carral que estaba ubicado en la colonia Santa María la Ribera y que el evento tuvo lugar fuera de las instalaciones del Centro, lo cual deja ver que después de cinco años desde su inauguración de labores del Centro debieron estar difundidas entre los habitantes de su entorno y por lo tanto las actividades que se llegaron a

³⁸² AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 26.

organizar fuera de las instalaciones debieron tener una acogida aceptable y por lo tanto se difundieron imágenes para respaldar el discurso de expansión de los Centros de Higiene Infantil. Instituciones que como se ha dicho tuvieron una presencia importante en el proceso de institucionalización de la atención médica infantil.



Imagen 21

“El Director de la Revista Mexicana de Puericultura y el personal del Centro de Higiene Infantil Dr. Francisco de P. Carral en la celebración del día de Higiene Infantil” en *Revista Mexicana de Puericultura. Órgano de la Sociedad Mexicana de Puericultura*, México, octubre de 1936, tomo VI, número 72.

ESTADÍSTICAS SOBRE LA MORTALIDAD EN MÉXICO

Antes de abordar las motivaciones que dieron origen a la Asociación Nacional de Protección a la Infancia consideramos necesario precisar de cuántos habitantes estamos hablando; pues una forma de dimensionar el discurso de las autoridades es relacionarlo con los datos cuantitativos. En la gráfica 1 se puede ver, dentro de una temporalidad de prácticamente dos siglos, que el ritmo de crecimiento de la población comenzó a aumentar hacia finales del siglo XIX y que fue hasta la década de 1930 cuan-

to ese ritmo comenzó a acelerarse.³⁸³ De acuerdo con Cecilia Rabell “el primer paso de la transición demográfica fue el descenso sostenido de la mortalidad”.³⁸⁴

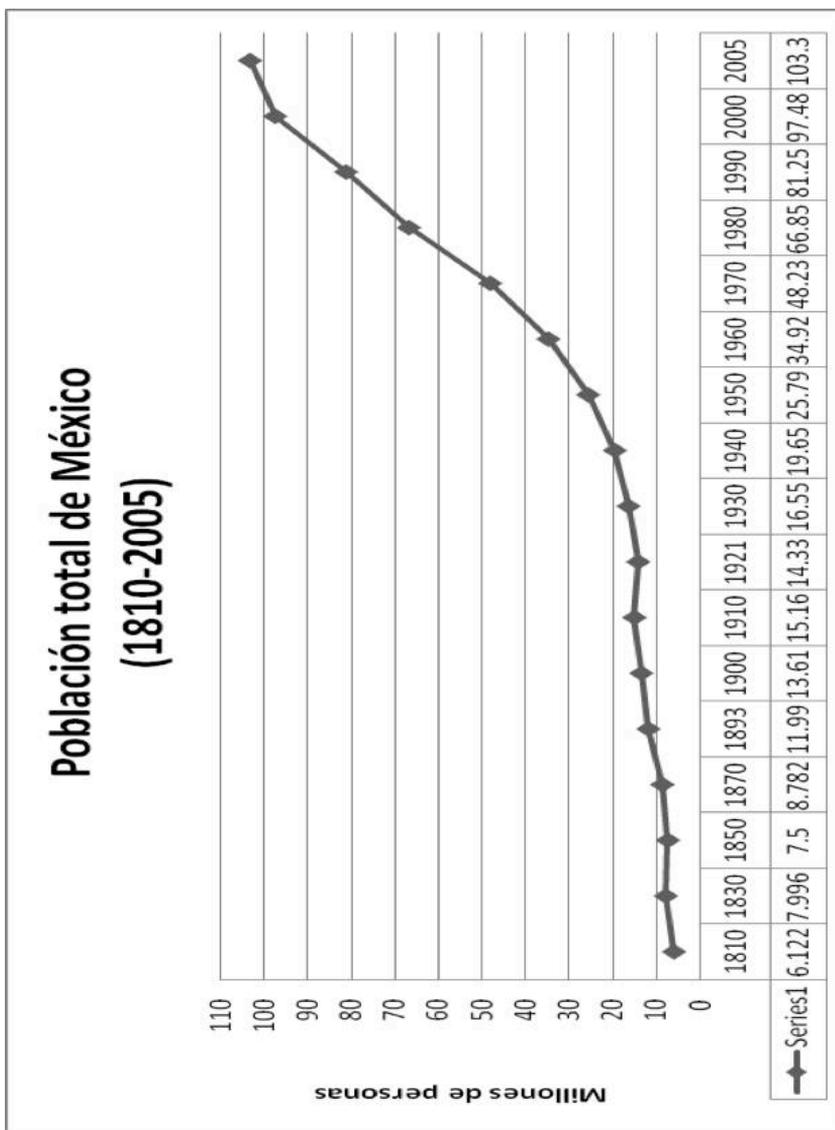
En la gráfica 1 se puede apreciar que el número total de la población en la República Mexicana había experimentado pocos cambios a lo largo del siglo XIX, pero justo en el periodo del porfiriato comienza a mostrar un aumento. Al respecto las *Estadísticas sociales del porfiriato* señalan que entre 1877 y 1910 la población total del país aumentó cerca de 60% y en el mismo periodo en el Distrito Federal prácticamente se duplicó.³⁸⁵ Cuestión que en parte debió ser resultado de los cambios en infraestructura y los cambios en los hábitos higiénicos dirigidos por las autoridades sanitarias.

³⁸³ Un esbozo de los principales cambios de la población en el siglo XX se encuentra en Rabell, “Introducción”, 2001.

Las referencias cuantitativas se tomaron de las *Estadísticas históricas de México* publicadas por el INEGI en su edición de 2009, por considerar que es una fuente que proporciona datos en una temporalidad que se pueden apreciar los cambios a lo largo del siglo XX y porque sintetiza información de diversas fuentes primarias que si se consultaran de forma particular, muy probablemente no nos permitirían uniformar datos ni hacer generalizaciones en un periodo de tiempo largo. No perdemos de vista que los datos utilizados pueden ser inexactos en un momento determinado, pero más allá de mostrar cifras precisas, consideramos que estas estadísticas nos auxilian en el objetivo de mostrar las tendencias generales. A pesar de que en las gráficas se pueden percibir algunos cambios en las tendencias de natalidad y mortalidad general e infantil, por alejarse de la temporalidad de estudio y carecer de los elementos para elaborar un análisis profundo de los mismos, no se mencionarán.

³⁸⁴ Rabell, “Introducción”, 2001, p. 7.

³⁸⁵ Secretaría, *Estadísticas*, 1956, p. 7.



Gráfica 1

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI,
Estadísticas, 2009, t. I. Población, cuadro 1.1

Durante la revolución mexicana se marcó una considerable disminución en la tasa de crecimiento poblacional, como se puede ver en la gráfica 2. En las gráficas 1 y 2 se puede apreciar que fue a partir de la década de 1920 cuando el crecimiento poblacional volvió a retomar una tendencia ascendente. Pero fue a partir de la década de 1940 cuando la población aumentó de manera significativa.

Para 1920 después de diez años de violencia armada revolucionaria el paisaje citadino había cambiado y la población urbana comenzó a incrementar. Este fenómeno se debió “a la cantidad de personas que llegaron a la ciudad de México después del movimiento armado, pues miles de éstas emigraron en busca de refugio y alimento, lo que trajo como consecuencia un doble problema para la metrópoli: gran hacinamiento de la población y precarias condiciones de higiene”. Estos fueron factores que de acuerdo con Armando Marcial contribuyeron para que a inicios de la década de los veinte la urbe presentara un aspecto triste, el de “una ciudad sucia”.³⁸⁶

Alberto J. Pani ya había señalado desde 1916 en su estudio sobre la higiene en México que “la ciudad de México, capital de la República Mexicana es, seguramente, la ciudad más insalubre del mundo”.³⁸⁷ Esta frase polémica dejaba en claro que el país pasaba por un atraso considerable en el que la pobreza y la falta de condiciones higiénicas se encontraban presentes. Por lo tanto, una vez que se pacificó el país, uno de los intereses gubernamentales fue generar acciones para lograr un aumento cualitativo y cuantitativo de la densidad poblacional.³⁸⁸ Panorama que se dificultaba al tomar en cuenta el crecimiento irregular de los asentamientos que representó diversos problemas en el proceso de urbanización de la ciudad.³⁸⁹ El intento de sanear y establecer mejores condiciones de vivienda ratificaba el proceso de reconstrucción de la nación y la presencia del Estado y del poder central, de manera que los intentos de higienización de la ciudad de México eran una forma de consolidar el gobierno de Álvaro Obregón. Además, como señala Regina Hernández “no existía una normatividad que regulara la formación de colonias y fraccionamientos”, por lo que la falta de servicios públicos como el agua potable continuaron presentes.³⁹⁰

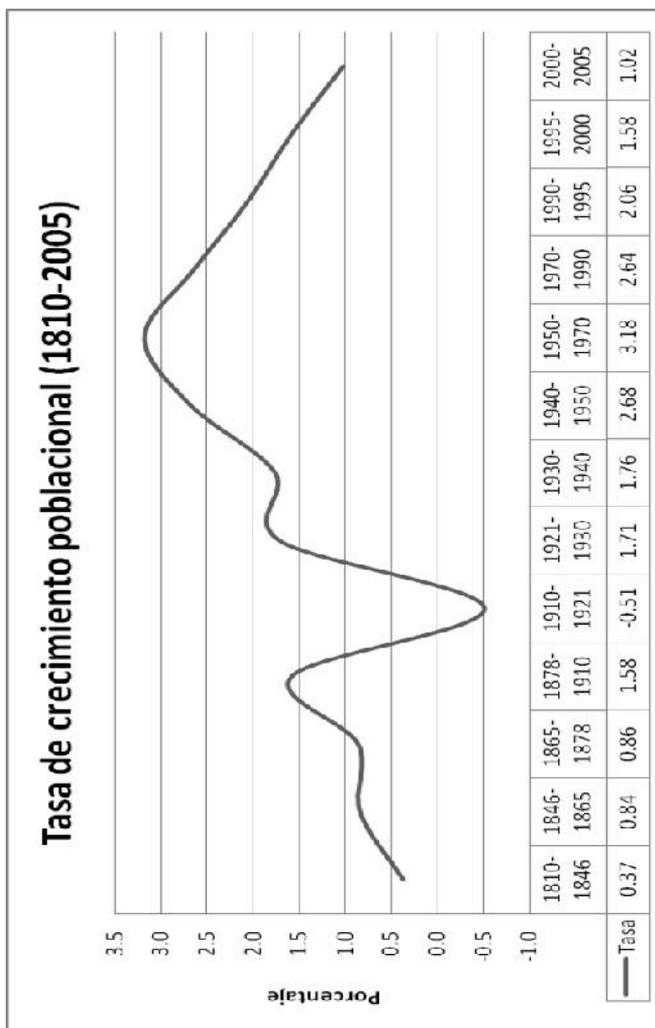
³⁸⁶ Marcial, “Higiene”, 2004, pp. 333-334.

³⁸⁷ Pani, *Higiene*, 1916, p. 19.

³⁸⁸ Stern, “Mestizofilia”, 2000, p. 68.

³⁸⁹ Marcial, “Higiene”, 2004, p. 336.

³⁹⁰ De hecho, “el proceso del crecimiento urbano tuvo dos efectos: uno de expulsión, de la



Gráfica 2

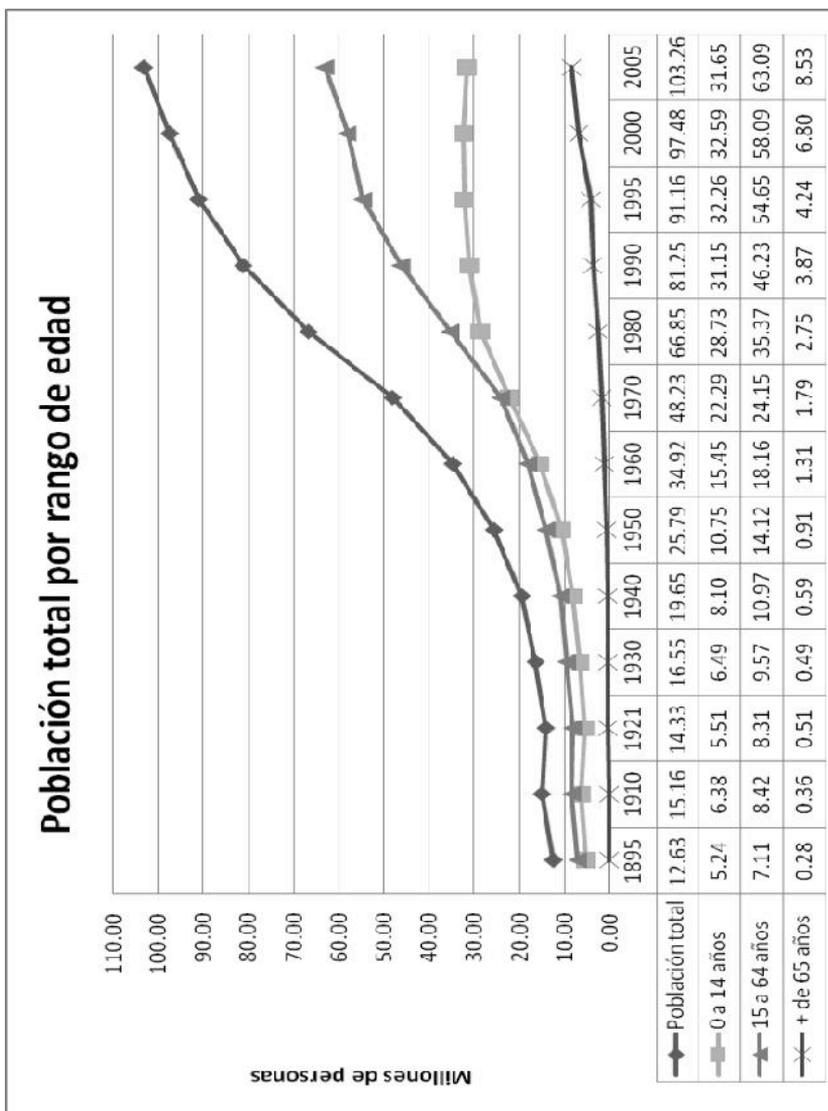
Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI, *Estadísticas, 2009, T. I Población*, cuadro 1.4

ciudad de México hacia los distintos puntos de la municipalidad y las poblaciones aledañas, y otro de atracción que venía de las municipalidades hacia el área de la ciudad". Hernández, *Distrito*, 2008, p. 178.

La mortalidad infantil

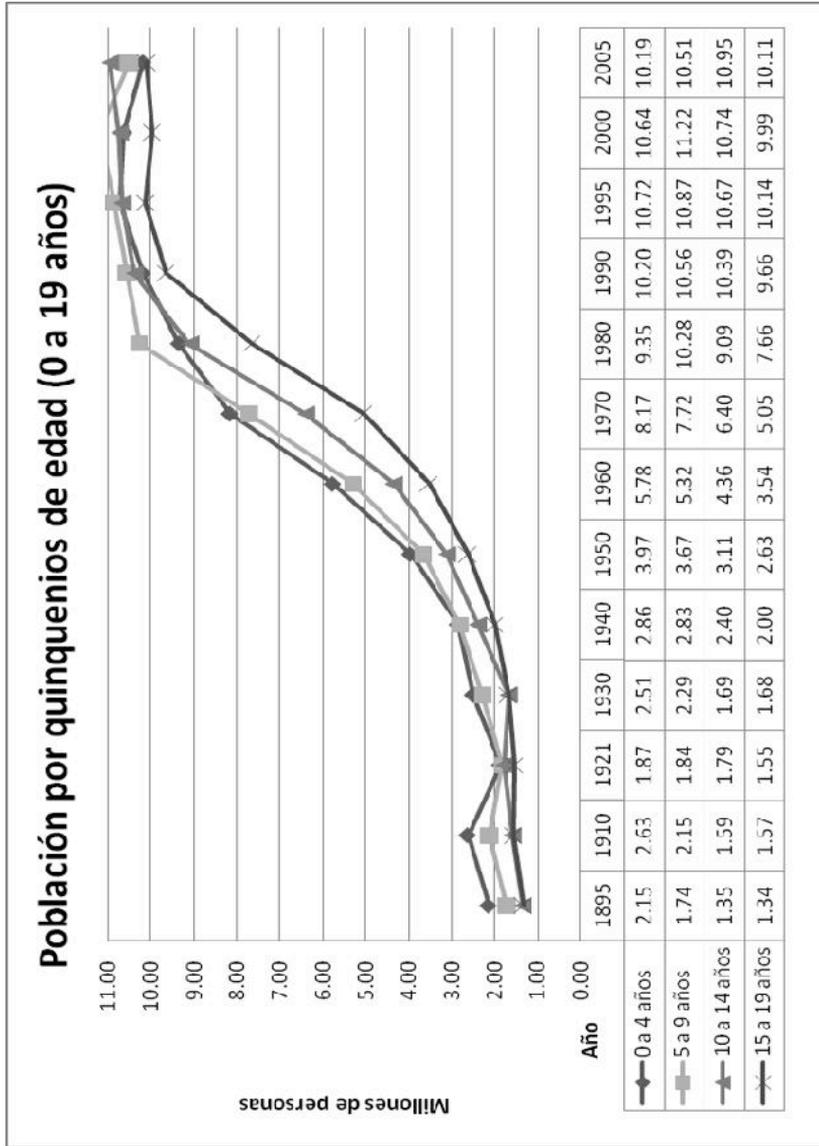
Para poder situar en México las cifras de la mortalidad infantil es necesario ubicar cómo fue la dinámica de la población y en particular de la población infantil. En la gráfica 3 se puede ver la distribución de la población total del país por rangos de edad. Si bien durante el porfiriato la población entre cero y 14 años había pasado de 5'239,399 a 6'375,530; para 1921 —una vez terminados los años de la lucha armada revolucionaria— este grupo de edad había disminuido a 5'505,503, prácticamente como se encontraba veintisiete años atrás. A partir de 1921 la población infantil aumentó paulatinamente, sin presentar ningún retroceso. En la década que va de 1921 hasta 1931 el aumento fue modesto comparado con las décadas que siguieron, poco menos de un millón de niños. Pero de 1930 hasta 1940 el aumento fue de poco más de un millón 600 mil niños.

En la gráfica 4 podemos ver de forma más específica cómo fue la dinámica de los grupos de edad desde cero hasta 14 años. En esta gráfica se vuelve a apreciar la disminución poblacional de este grupo de edad entre 1910 y 1921, los años revolucionarios. Fueron los grupos entre cero y nueve años —agrupados aquí en dos rubros— los que sufrieron un mayor decrecimiento, pues eran los más vulnerables a las enfermedades. El grupo de cero a cuatro años disminuyó 759,268 habitantes, el de cinco a nueve años disminuyó 308,493 habitantes, mientras el grupo de 15 a 19 años sólo disminuyó 19,432 habitantes. A partir de 1921 se puede ver el aumento poblacional que se mencionó para la gráfica 3, a lo que podemos añadir que los grupos de cero a cuatro años y de cinco a nueve años son los que aumentaron en mayor proporción que la población a partir de los diez años.



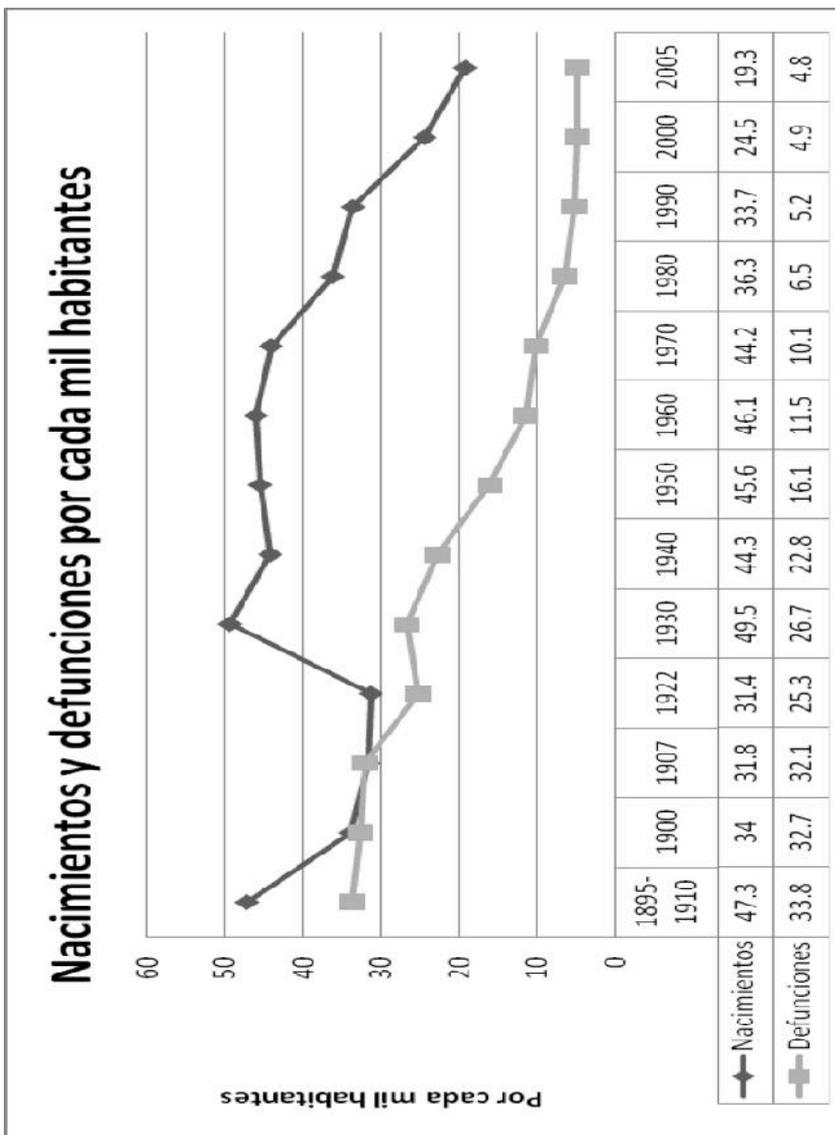
Gráfica 3

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI,
Estadísticas, 2009, T. I Población, cuadro 1.2



Gráfica 4

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI, *Estadísticas, 2009, T. I Población*, cuadro 1.3



Gráfica 5

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI, *Estadísticas, 2009, T. I Población*, cuadro 1.5

En la gráfica 5 se destaca cómo fue la relación directamente proporcional entre nacimientos y defunciones en la población total del territorio mexicano. En este rubro Cecilia Rabell ha señalado que fue a partir de 1930 cuando los índices de mortalidad comenzaron a descender no sólo en México, sino en la mayor parte los países latinoamericanos. Sólo Argentina, Uruguay y Cuba habían comenzado a reflejar menor mortalidad desde el siglo XIX. Y dentro de esta tendencia “la mortalidad infantil fue la que más descendió”.³⁹¹ Esto nos da luces para contextualizar el caso mexicano y entrever que los discursos y acciones médicas a favor de la infancia no fueron restrictivos de nuestro país, sino más bien respondieron a una tendencia en América Latina. El texto de la costarricense María Carmela Velázquez es sugerente en este sentido. En su planteamiento muestra cómo las autoridades de salubridad y los médicos entre 1870 y 1930 elaboraron discursos y desplegaron acciones para mejorar la salud infantil al combatir enfermedades para tratar de abatir los altos índices de mortalidad infantil.³⁹²

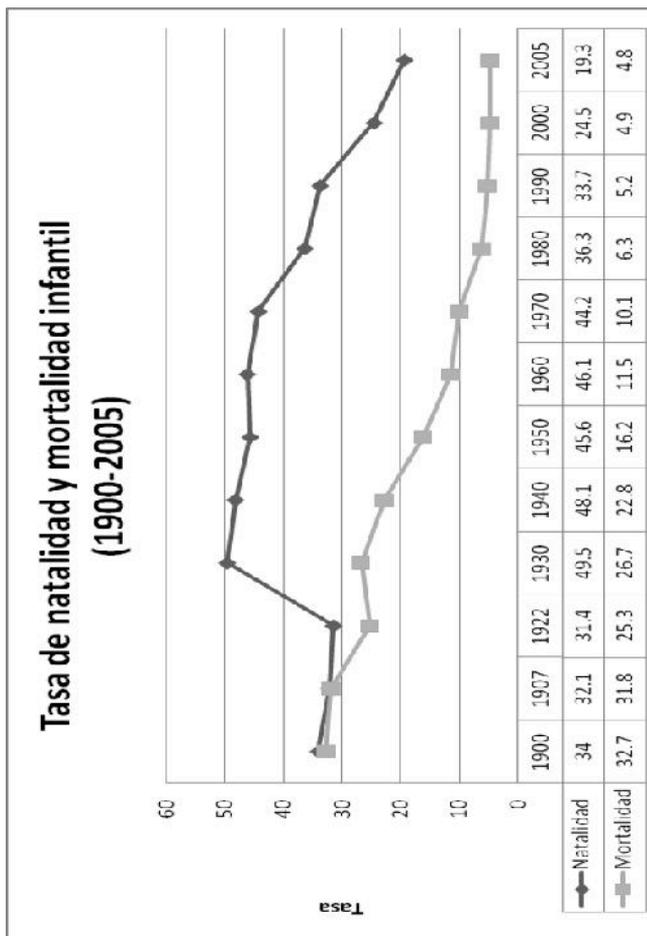
En la gráfica 6 se muestra la relación de los porcentajes de las tasas de natalidad y mortalidad infantil. Aunque los datos no especifican el rango de edad, suponemos que en estas y otras estadísticas del INEGI se trata del rango de 0 a 14 años, tal como hizo la división con los datos de la gráfica 3. De acuerdo con los datos recabados la “terrible mortalidad infantil” que preocupó tanto a las autoridades gubernamentales y sanitarias desde el porfiriato reflejó un descenso a lo largo del siglo XX. Se ubica nuevamente la década de 1930 como el inicio de una tendencia en el descenso. Rabell refiere que fue la relación entre el descenso de la mortalidad y la tasa de fecundidad lo que favoreció un alto crecimiento de la población latinoamericana, marcadamente en la segunda mitad del siglo XX, tal como se aprecia en las gráficas presentadas. Por lo tanto se deben tomar en cuenta que las complejas relaciones entre factores económicos y sociales incidieron en los cambios demográficos.

De acuerdo con la teoría clásica de la transición demográfica, el descenso de la mortalidad infantil tiene como consecuencia una disminución en la fecundidad. En las sociedades rurales tradicionales, la fecundidad era elevada para compensar la alta tasa de mortalidad infantil, asegurar la supervivencia de la

³⁹¹ Rabell, “Introducción”, 2001, p. 8.

³⁹² Velázquez, “Políticas”, 2010, pp. 149-160.

familia y proveer de mano de obra a la empresa familiar [...] a medida que las sociedades se modernizan, mediante la industrialización y la urbanización, se expande la educación y aumenta el costo de los hijos.³⁹³



Gráfica 6

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI, *Estadísticas*, 2009, T. I *Población*, cuadro 1.7

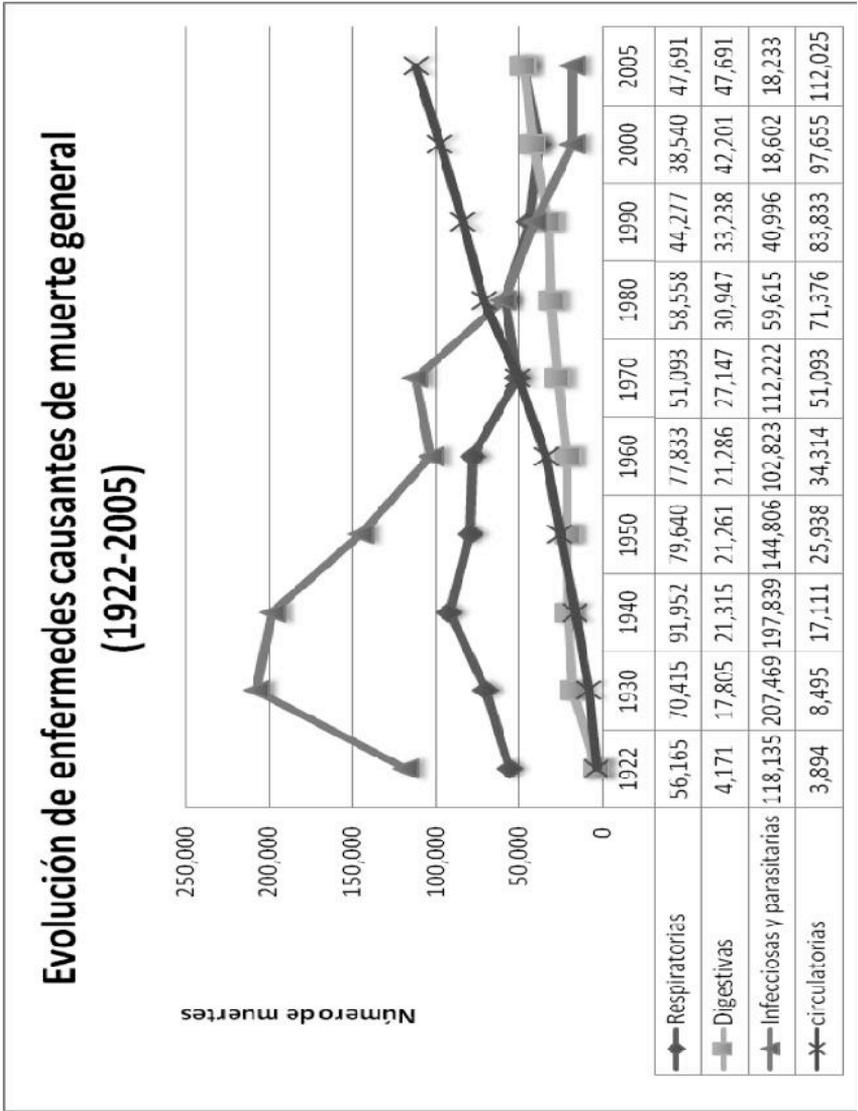
³⁹³ Rabell, “Introducción”, 2001, pp. 9-10.

Sin restar importancia a los factores que inciden en el cambio demográfico que apunta Rabell, queremos destacar otro factor, el de la salud y la enfermedad. En la gráfica 7 se señalan las principales causas de mortalidad en la población. En 1922 se puede ver que las enfermedades infecciosas y parasitarias seguían ocupando la primera causa de muerte, seguida de las enfermedades respiratorias y en tercer lugar las digestivas. Así, el gobierno de Obregón enfrentaba un panorama difícil, pues “además de los problemas de urbanización, la morbilidad afectaba a los diferentes cuarteles sobre todo por el tifo, la viruela, la tuberculosis, la varicela, la difteria, la fiebre tifoidea, la tos ferina, la escarlatina, la meningitis cerebroespinal, el sarampión y la lepra”.³⁹⁴

Como ha señalado Carrillo, “el Estado nacido de la Revolución estaba preocupado por el descenso de la población [...] al gremio médico le alarmaba particularmente la sífilis, la tuberculosis, el alcoholismo, la alta mortalidad infantil, la desnutrición, y la falta de cuidados pre y posnatales”.³⁹⁵ El Departamento de Salubridad Pública fue el instrumento con el que los gobiernos posrevolucionarios pusieron en marcha diversas acciones para atender estos problemas que aquejaban a la población. Se instaló un dispensario antituberculoso, uno antivenéreo, el Servicio de Higiene Infantil y se creó el Servicio de Propaganda y Educación Higiénica con el fin de impartir conferencias sobre alcoholismo, higiene y hábitos en el cuidado de la salud.

³⁹⁴ Marcial, “Higiene”, 2004, p. 340.

³⁹⁵ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 36.



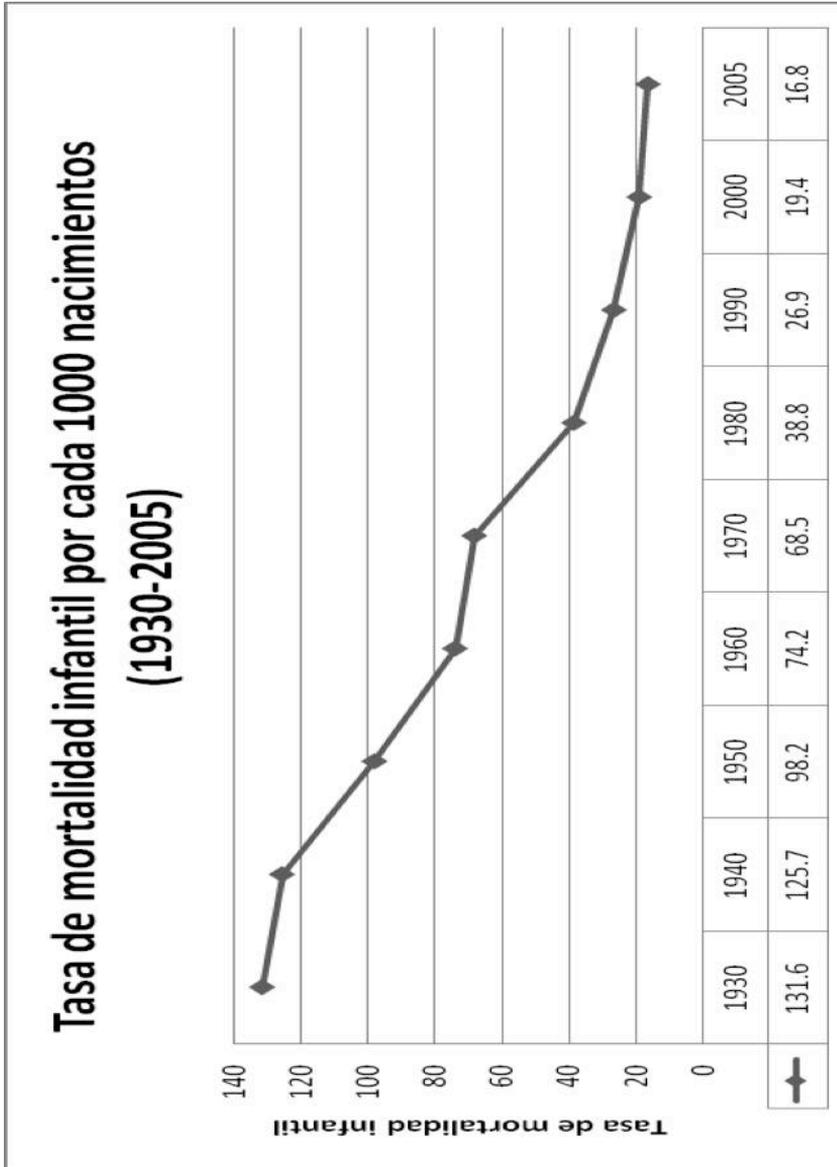
Gráfica 7

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI,
Estadísticas, 2009, T. IV *Salud*, cuadro 4.13

Las tasas de mortalidad general en el país seguían siendo altas y en particular las de mortalidad infantil. Los discursos médicos que centraban su mirada en la “terrible mortalidad infantil” se basaban en la realidad que veían, como se muestra en la gráfica 6. Las autoridades prestaron atención a esta problemática y para disminuir esos índices de mortalidad se fue conformando un sistema de atención médica infantil. De acuerdo con el resumen de las cifras de mortalidad que se publicaron en el *Boletín del Departamento de Salubridad* en enero de 1920, el año que comenzaba se mostraba desalentador, pues “la cifra de la mortalidad general” en ese mes llegó a un total de 1355 defunciones, de las cuales 590, es decir 43.54%, correspondía a niños que iban de los cero a los diez años, mientras que el 56.46% restante abarcaba un rango de edad más amplio, desde los diez hasta más de 90 años. Esta división mostraba que prácticamente la mitad de las muertes registradas se concentraban en los niños, en un rango de apenas diez años, mientras que en el rango de 80 años se distribuían las muertes restantes. Al ver con más detenimiento la distribución de las muertes infantiles se encuentra que la etapa más vulnerable fue el primer año de vida y que conforme crecían los infantes la mortalidad disminuía:

| Edad | Muertes |
|----------------|---------|
| De 0 a 1 año | 422 |
| De 1 a 2 años | 86 |
| De 2 a 5 años | 47 |
| De 5 a 10 años | 35 |
| Total | 590 |

Estos datos, aunque parciales, coinciden con la tendencia que se registró sobre mortalidad infantil, que todavía para 1930 era de 140 muertes infantiles por cada mil nacimientos, como se puede ver en la gráfica 8. En ésta se puede apreciar que la tasa de mortalidad infantil comenzó a descender de forma significativa sólo a partir de la década de 1940.



Gráfica 8

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI,
Estadísticas, 2009, T. I Población, cuadro 1.7

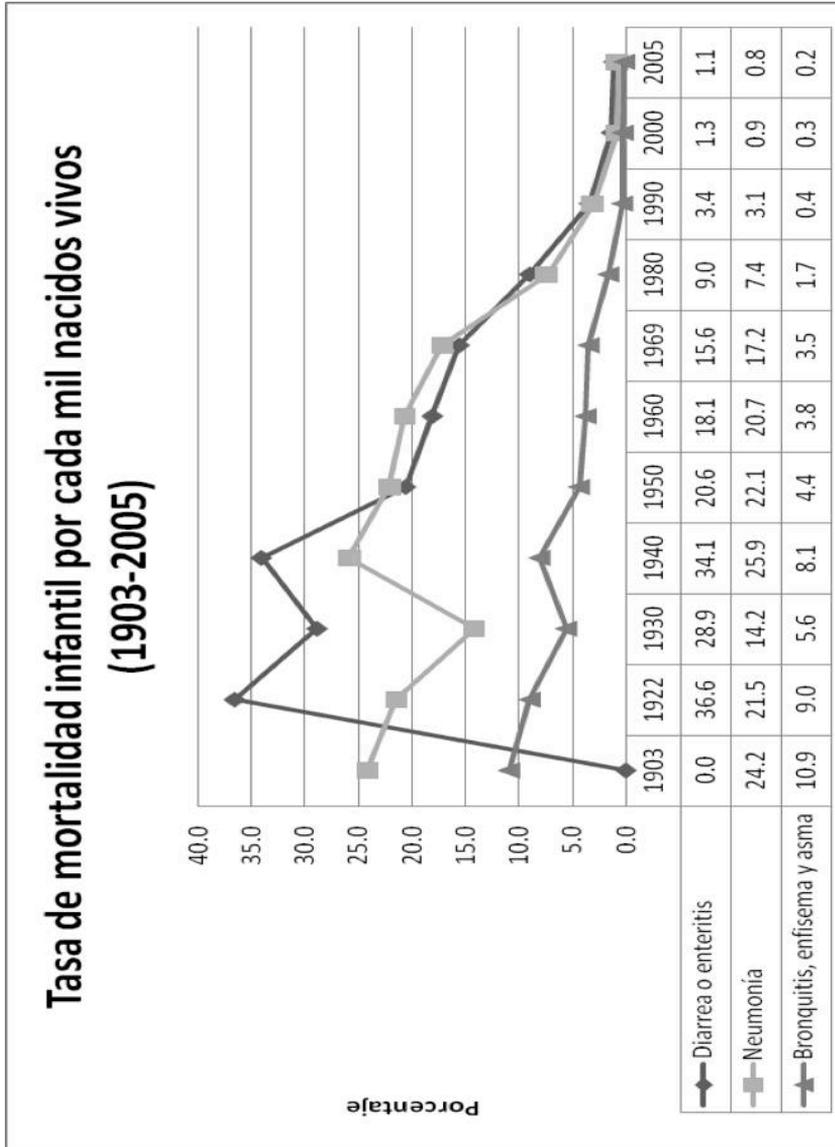
Las causas que llevaron a los índices de mortalidad de enero de 1920 no se registraron con precisión y sólo se ofreció un conteo general de los padecimientos. Como no podemos obtener mayores datos del amplio rubro “otras enfermedades”, que generó 42.88% de las defunciones, es necesario centrarse en las enfermedades agudas del aparato respiratorio y las gastro-intestinales, las principales causas que terminaron con la vida de 623 personas, prácticamente la mitad de la cifra presentada. Causas que coinciden con la tendencia de la incidencia de las enfermedades que presenta la gráfica 7.

Pero las causas relacionadas con el embarazo y el parto que llevaron a la muerte a mujeres sí fueron referidas con mayor puntualidad en el resumen de enero de 1920. Las causas de muerte intrauterina se clasificaron en:

- I. Enfermedades de la madre: sífilis, predisposición al aborto
- II. Enfermedades del feto: vicios de conformación, nacimiento prematuro
- III. Accidentes del parto: parto laborioso, mala presentación del feto, asfixia.³⁹⁶

De las cuales los índices más altos eran generados por la sífilis de la madre y la asfixia del feto, lo cual lleva a reflexionar en torno a dos cuestiones que aquejaban a la población en la época: los altos índices de contagios por sífilis y por otra parte que aún se presentaban complicaciones en el momento del parto. Partos que debieron ser atendidos en su mayoría en el ámbito privado de las casas, pues las maternidades todavía eran escasas y aún allí los médicos no siempre contaban con las condiciones necesarias para llevar el nacimiento a buen término. En la gráfica 9 se pueden ver los índices de las enfermedades que con mayor frecuencia se volvieron mortales en los niños.

³⁹⁶ “Observaciones” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, número 1, 31 de enero de 1920, pp. 26-29.



Gráfica 9

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI, *Estadísticas*, 2009, T. II *Salud*, cuadro 4.16

En la gráfica 9 se puede apreciar que la principal causa de muerte infantil a principios de la década de 1920 fueron las enfermedades relacionadas con el aparato digestivo, aquí registradas como diarrea o enteritis. La segunda causa fue la relacionada con el aparato respiratorio, aquí registrada en dos categorías, como neumonía y como bronquitis, enfisema y asma. De acuerdo con un artículo publicado en 1925 en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, “los factores causantes de la mortalidad infantiles son numerosos y varían de intensidad en las diferentes localidades. Si fuera posible señalar un factor único como la causa esencial de la mortalidad infantil la solución del problema sería fácil; pero desgraciadamente no es único”.³⁹⁷

Siguiendo un estudio realizado con bebés nacidos en ocho ciudades de los Estados Unidos, las causas de muerte de menores de hasta un año fueron las enfermedades gástricas e intestinales seguidas de las respiratorias. El estudio también señaló que las condiciones físicas, la edad de la madre y la alimentación que proporcionaron a sus hijos influyeron en los índices de mortalidad infantil y finalmente argumentó que “la aglomeración en el hogar, el trabajo de la madre fuera de su casa y los bajos ingresos de parte del padre, fueron otros factores importantes que influyeron en los índices de mortalidad [...] se comprobó que la mortalidad infantil varía en razón inversa de la cantidad de dinero que gana el padre”.³⁹⁸

De tal manera se señaló que la falta de recursos económicos, como apuntaron varios médicos en el siglo XIX, en el hogar y la salud de la madre fueron factores que contribuyeron en el aumento de las muertes infantiles, igual que ocurría en nuestro país. Pues a pesar de las acciones que se habían implementado desde principios de la década de 1920, para 1927 los médicos del Departamento de Salubridad Pública seguían considerando que “la mortalidad infantil es uno de los graves problemas que México tiene la obligación de resolver. *De la salud y robustez de nuestros niños estará hecha una de las felicidades de la patria futura*”.³⁹⁹ Como una respuesta para conseguir la “salud y robustez” infantil, para 1930 ya estaban en funcionamiento en diversas áreas del país varios Centros de Higiene Infantil y a partir de

³⁹⁷ “Factores”, 1925, p. 235.

³⁹⁸ *Ibid.*, p. 237.

³⁹⁹ “Instrucciones”, 1927, p. 23. Las cursivas son nuestras.

ese año se registró una disminución marcada en ambas causas, aunque se volvieron a incrementar en una década.

Esto permite ver que las constantes referencias de las primeras décadas del siglo xx acerca las altas tasas de mortalidad infantil y las acciones para disminuir las enfermedades gastrointestinales y respiratorias, tuvieron un sustento real, como se puede apreciar en las gráficas. Sin embargo, queda por saber cómo se dio el proceso entre la labor de las políticas de salud, las acciones de médicos y enfermeras y las acciones que tomaron o rechazaron los diversos sectores de la población. Pues en este sentido es necesario matizar que la gran disminución de estos índices sea únicamente atribuida al gremio médico.

LA JUNTA FEDERAL DE PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

A pesar de la asistencia que se brindaba a los niños enfermos por parte del Departamento de Salubridad Pública y en especial por medio de los dos Centros de Higiene Infantil, estos esfuerzos no eran suficientes. En un memorándum que un grupo de profesionistas y funcionarios públicos dirigió en 1924 al presidente Plutarco Elías Calles se consideró:

Que en nuestro país no se ha hecho, hasta ahora, nada verdaderamente serio a favor de la protección de los niños, a pesar de haber concurrido representantes de nuestro gobierno a varios Congresos nacionales y extranjeros, que de esos asuntos se han ocupado, y que en todas las resoluciones aprobadas en ellos ha quedado consignada la necesidad de organizar esa protección.⁴⁰⁰

En el mismo documento se apuntó que la protección a la niñez que se buscaba debía abarcar “desde los trabajos de eugenesia, protección de las madres en la gestación, y de los niños durante el nacimiento y la primera infancia; durante la edad preescolar, en la escuela y fuera de ella” para así lograr “el mejoramiento social de todos, haciendo efectiva su educación, y mejorando sus condiciones de vida”.⁴⁰¹ Si bien el Departamento de Salubridad Pública había destinado recursos y personal para trabajar junto con la Secretaría de Educación Pública para atender los puntos que se señalaban, se subrayaba la necesidad de contar con “un órgano coordinador de

⁴⁰⁰ “Memorándum”, 1924, p. 7.

⁴⁰¹ *Ibid.*, p. 7.

sus funciones, que se ocupe de promover las reformas sociales y legislativas [...], que facilite el aprovechamiento de las energías ahora dispersas, y que garantice la protección efectiva del niño”. Tal como sucedía con “La obra nacional de la infancia” en Bélgica, “El Patronato de protección de la infancia” en España o el “Consejo Superior de Tutela” en Dinamarca.

Por tal motivo se propuso la creación de una Junta Federal de Protección de la Infancia. Instancia que radicaría en la capital de la República y estaría presidida por el presidente de la República y formada por funcionarios y particulares que independientemente de su profesión demostraran “su amor por los niños”. Dentro de sus funciones se ocuparía de formar Juntas locales en diversos estados, recopilar y hacer efectivos leyes y reglamentos el establecimiento de instituciones para completar la obra, coordinar el funcionamiento de las instituciones existentes.⁴⁰²

El 29 de diciembre de 1924 Calles autorizó que la SEP estableciera la Junta Federal de Protección de la Infancia, quedando como presidente José Manuel Puig Casauranc, secretario de Educación Pública. La Junta contaría con representantes de Secretaría de Gobernación, la Universidad Nacional, el Departamento de Salubridad Pública, el Gobierno del Distrito Federal, la Junta de Beneficencia, la Cámara Nacional de Comercio, la Asociación Médica Mexicana, la Asociación Nacional de Arquitectos, la Cruz Roja Mexicana y el Jefe del Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la SEP.

Entre los primeros representantes se encontraron Alfonso Pruneda, rector de la Universidad, Isidro Espinosa de los Reyes, por parte del Departamento de Salubridad, Rafael Santamarina, jefe del Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación.⁴⁰³ De acuerdo con los informes de Puig Casauranc de abril de 1925 para esa fecha los estados de Jalisco, Guerrero, Nuevo León, Chihuahua, Oaxaca, Durango, Guanajuato, Nayarit, Aguascalientes, Querétaro, Sinaloa, Chiapas, Coahuila, Michoacán, Puebla, Veracruz, Tabasco y México, habían aceptado la invitación para formar una Junta local de Protección de la Infancia. Ade-

⁴⁰² *Ibid.*, p. 8.

⁴⁰³ *Ibid.*, pp. 9-11.

más de que la Junta estaba actuando favorablemente por medio de sus comisiones de educación, higiene, medicina, legislación y social.⁴⁰⁴

Consideramos que la relevancia de esta Junta es que fue la primera instancia en el México posrevolucionario que se formó con el objeto de institucionalizar las acciones en pro de la protección a la infancia; acciones, que como hemos señalado, estuvieron enfocadas en gran medida a mejorar la salud infantil. Resulta significativo que la Junta fue un espacio que coordinó los esfuerzos de las autoridades sanitarias en instancias como el Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la SEP y los dispensarios y Centros de Higiene Infantil dirigidos por el Departamento de Salubridad Pública. Espacios en que confluyeron un grupo de médicos que había tenido presencia en foros como el Primer Congreso Mexicano del Niño en 1920, como ya se ha mencionado. Por otra parte fue una instancia que conjugó los esfuerzos gubernamentales con los de la iniciativa privada, para contar con los recursos necesarios para poder concretar sus objetivos. La Junta constituyó un primer modelo de institucionalización, que en cierta forma fue retomado por iniciativas posteriores, como se verá a continuación.

LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

Se podría considerar 1929 un año clave para entender el proceso de institucionalización de la atención médica infantil, pues a partir de esta fecha se puede percibir el impulso y la mayor organización y coordinación que se dieron por parte de las autoridades gubernamentales para atender a la población infantil. El impulso fue promovido en buena medida durante el mandato de Emilio Portes Gil, quien asumió la presidencia el 30 de noviembre de 1928. Entre los miembros del nuevo gabinete se encontraba el médico Aquilino Villanueva, a quien se le encomendó la jefatura del Departamento de Salubridad. Villanueva estaba preocupado por los índices de mortalidad infantil. Consideraba que debido a la “ignorancia de las clases populares”, junto con la falta absoluta de cuidados higiénicos, precauciones y hábitos en la alimentación de los niños, México “era uno de los países en donde mueren más niños”.⁴⁰⁵

⁴⁰⁴ *Ibid.*, pp. 11-13.

⁴⁰⁵ Fuentes, *Asistencia*, 1998, p. 38.

Tales afirmaciones se deben tomar con reservas. En diciembre de 1928 el Departamento de Salubridad envió un cuestionario a cada una de las municipalidades de la República para que contestaran a su juicio cuáles eran las causas que propiciaban “la elevada mortandad infantil”.⁴⁰⁶ Las respuestas que se conservan ofrecen una amplia gama de argumentos; pero en varios municipios de diferentes estados la respuesta fue simple: “en este municipio no se ha registrado elevada mortalidad infantil y cuando se ha registrado ha sido muy moderada”.⁴⁰⁷ Es decir, que la alta mortalidad infantil no se presentaba en “toda la República” o que al menos había municipios que no la consideraban como una cuestión alarmante.

Dejando de lado a quienes dijeron no contar con alta mortandad infantil, prácticamente la mayoría de las autoridades municipales no titubearon en responder afirmativamente a las siguientes opciones que les enumeró el cuestionario: la ignorancia de las madres, alimentación insuficiente o indebida, falta de asistencia médica y de higiene en los niños y poco o nulo conocimiento de las parteras. En este sentido no resulta extraño que la única parte del cuestionario que era de respuesta más libre —la de “criterio particular para combatir la mortalidad infantil”— los encuestados plasmaran las siguientes afirmaciones: “según mi criterio para combatir en este municipio la moderada mortalidad infantil es que hubiera médico y parteras con suficientes conocimientos”, “la mortandad infantil se debe en parte a la falta de conocimiento de las madres a la de higiene y al poco conocimiento de las parteras”, “parteras recibidas, doctor en la población e instrucción a los padres de familia”, “un médico en la localidad”, “proporcionar por todos los medios posibles un facultativo”, “en primer lugar las atenciones de algún facultativo”, “ilustración a las madres por conferencias”.⁴⁰⁸

Estos fueron argumentos suficientes, inducidos o no, para que el Departamento de Salubridad Pública reafirmara su actuación insistiendo que era urgente intervenir para disminuir los altos índices de mortalidad infantil. Sin embargo, las acciones del Departamento no eran suficientes, pues se requería el apoyo de otras instancias, sobre todo las particulares si se quería contar con recursos necesarios para combatir la mortalidad infantil.

⁴⁰⁶ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, caja 1, exp. 11-14.

⁴⁰⁷ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, caja 1, exp. 11.

⁴⁰⁸ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, caja 1, exp. 11-14.

En 1927 el Departamento había expresado lo siguiente:

Ha creído no equivocarse al suponer que la *generosidad de las mujeres de México* corresponderá a este propósito de coordinación y que esta colaboración desinteresada suplirá en breve la insuficiencia de los medios oficiales puestos hasta ahora en práctica. El Departamento de Salubridad espera que *los sentimientos de piedad que existen en la mujer mexicana encuentren en esta cruzada en pro de la higiene infantil un campo verdaderamente práctico de aplicación.*⁴⁰⁹

Argumento que fue muy similar al expresado en 1929 cuando se renovó el interés por institucionalizar la protección a la infancia:

Era indudable que los propósitos del jefe del Departamento [de Salubridad] requerían para su inmediata realización ir más allá de la esfera oficial; y comprendiéndose la necesidad de llevarlos al terreno de la iniciativa privada, el doctor Villanueva confió su valiosa idea a la consideración de Carmen García de Portes Gil, quien dando señalada muestra de su bien entendido consentimiento filantrópico, prometió su valiosa colaboración y la de sus distinguidas amistades para la cristalización de una Asociación Nacional de Protección a la Infancia.⁴¹⁰

Así, el 24 de enero de 1929 se constituyó de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia como una institución de asistencia privada con la presencia de varias damas distinguidas encabezadas por la esposa del presidente Portes Gil y los médicos Ignacio Chávez e Isidro Espinosa de los Reyes. En la sesión inaugural Aquilino Villanueva, en su cargo de jefe del Departamento de Salubridad, expuso que la gravedad del problema de la protección de la infancia, demandaba la cooperación eficaz de todos y especialmente de la iniciativa privada bien dirigida, “pues resulta imposible que el gobierno tome sobre sí y resuelva el problema en su totalidad”,⁴¹¹ por lo que era necesario contribuir de manera importante en la protección del niño.

⁴⁰⁹ “Servicio”, 1927, p. 11. Las cursivas son nuestras.

⁴¹⁰ Departamento, *Organización*, 1989, p. 2.

⁴¹¹ *Ibid.*, p. 8.

Por su parte Ignacio Chávez enfatizó las iniciativas del jefe del Departamento de Salubridad y subrayó “la elevada cifra que arroja en nuestro país la mortalidad infantil y en que puede medirse el grado de adelanto de un pueblo por la manera como defiende a la niñez de los múltiples peligros que la rodean en los primeros años”.⁴¹² Argumento que también estuvo presente en la fundación del Servicio de Higiene Infantil. La creación de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia fue una muestra, como ha señalado Birn, que la agenda de la salud materno infantil se consolidó en varios países en estos años. Lo cual se puede apreciar por la regulación de los cuidados asistenciales y de adopción, la fundación de hospitales, el establecimiento de clínicas para consulta interna y externa, supervisión de mujeres embarazadas y el cuidado de recién nacidos.⁴¹³

Esta Asociación recién creada tuvo por objeto proteger al niño desde los puntos de vista físico, social y moral. “Para esto se propuso crear y sostener Centros de Higiene para el cuidado de mujeres embarazadas, casas de maternidad, casas para niños semiabandonados [*sic.*] en la edad preescolar y en la edad escolar, colonias de vacaciones, campos de juegos, servicios de enfermeras visitadoras de los hogares pobres, bibliotecas especiales para niños y ciclos de conferencias sobre higiene y moral para las madres, etc. Para lograr tal propósito se propuso colaborar con las instituciones oficiales que se ocuparan en labores semejantes y con agrupaciones científicas, nacionales y extranjeras”.⁴¹⁴

Unos cuantos meses después, el 22 de abril de 1929, se creó el Servicio de Higiene Infantil, dependiente del Departamento de Salubridad Pública. Después de aprobar el proyecto que Aquilino Villanueva, jefe del Departamento de Salubridad encargó al médico Ignacio Chávez para que integrara un proyecto con la finalidad de crear un servicio de higiene infantil dentro del Servicio de Demografía, ejercicio de la medicina y propaganda y educación higiénicas, del cual era responsable. En el decreto de creación de este Servicio se señaló que era “un deber y preocupación constantes del Estado, el combatir con la mayor eficacia la morbilidad y mortalidad infantiles, sobre todo cuando dicha morbilidad alcanza cifras tan elevadas

⁴¹² *Ibid.*, p. 8.

⁴¹³ Birn, “Child”, 2007, p. 688.

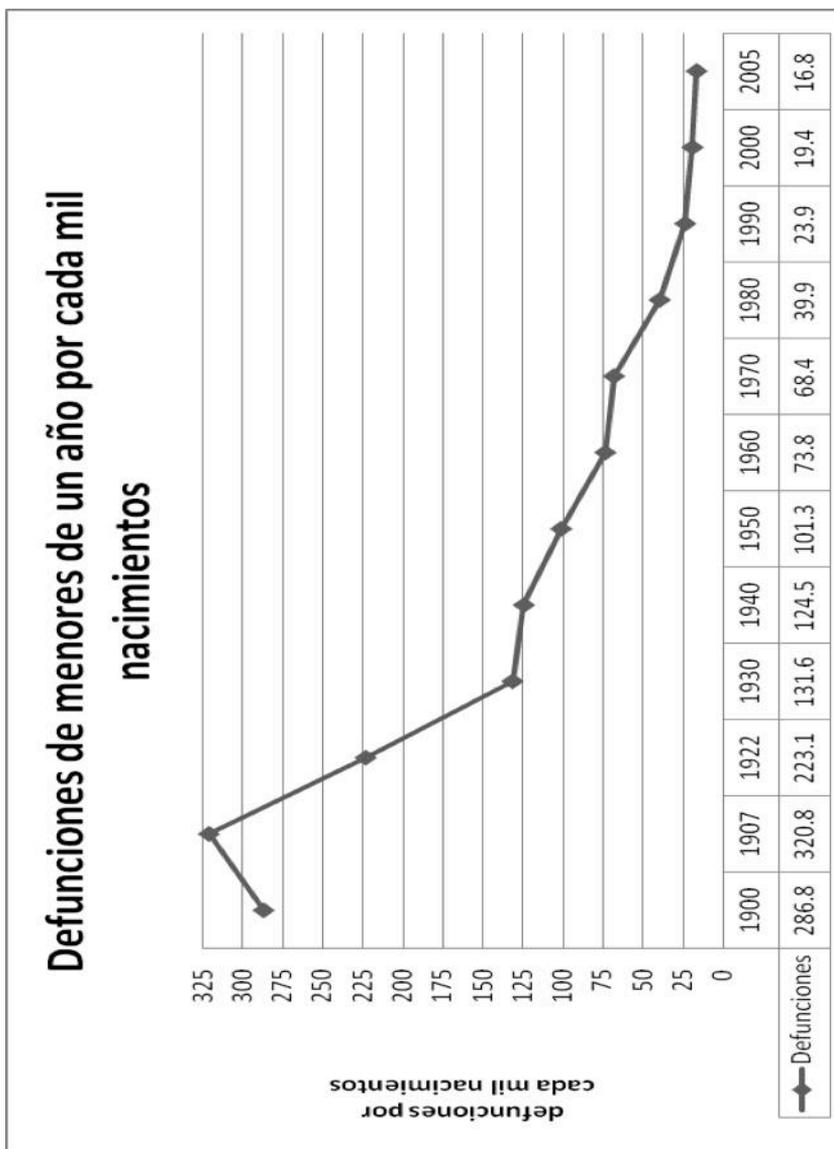
⁴¹⁴ Departamento, *Organización*, 1989, p.9.

como la del 28% en la ciudad de México y aún más alta en algunas entidades federativas”.⁴¹⁵

En este punto es necesario reflexionar en torno a las altas cifras de mortalidad infantil que arguyeron los médicos, en este caso para organizar el Servicio de Higiene Infantil. De acuerdo con los datos de la gráfica 6 para 1929 efectivamente se registró una tasa de mortalidad infantil general muy cercana a 28%. De acuerdo con los datos obtenidos del INEGI, después de 1922 se registró, respecto a los años anteriores, una alza considerable en la tasa de natalidad infantil, que pasó de 31.4% en 1922 a 49.5% para 1930. Esta alza también se registró en la tasa de mortalidad infantil, que aunque de forma más moderada aumentó de 25.3% en 1922 a 26.7% para 1930. Aunque de acuerdo con la gráfica los índices de mortalidad infantil estaban comenzando a descender a principios de la década de 1920, hacia 1930 registraron un ligero aumento, pero a partir de allí se registró una tendencia constante en la disminución de la mortalidad, llegando en 1940 a 22.8% y para 1950 a 16.2%. Prácticamente la mitad del 28% que tanto aludieron las autoridades para el año de 1929.

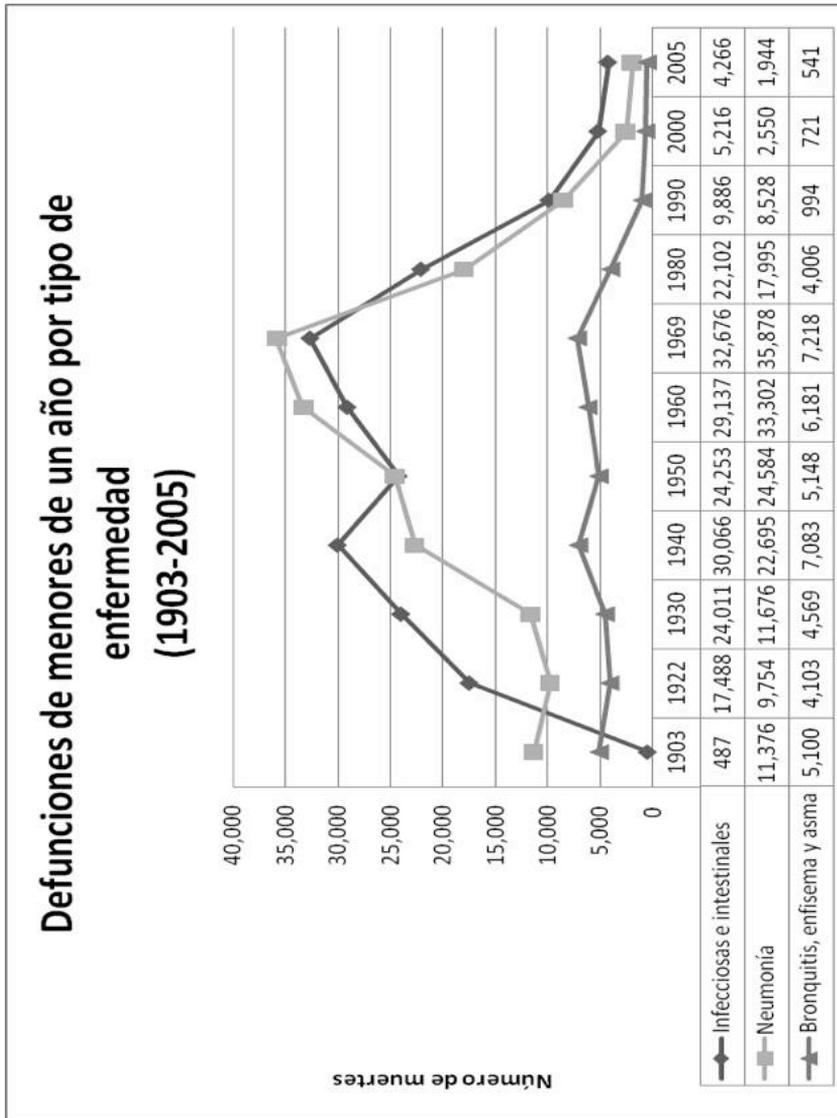
En la gráfica 10 se puede ver con mayor claridad la tendencia de la mortalidad infantil en la población menor a un año de edad. Justamente la población por la que las autoridades de Salubridad inquirieron en cada municipio de la República a finales de 1928 y la que justificó la apertura y expansión de los Centros de Higiene y las labores de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y el Servicio de Higiene Infantil.

⁴¹⁵ Citado en Álvarez Amézquita, *Historia*, 1960, t. IV, p. 304.



Gráfica 10

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI, *Estadísticas, 2009*, T. I *Población*, cuadro 1.5



Gráfica 11

Gráfica elaborada a partir de datos tomados de INEGI,
Estadísticas, 2009, T. II *Salud*, cuadro 4.15

De acuerdo con la gráfica 10 la cifra más alta de mortalidad en menores de un año se registró en 1907. En 1922 la cifra disminuyó de 320.8 muertes por mil nacimientos a 223.1 muertes, y en 1940 llegó a 124.5. Desde entonces la disminución de muertes ha seguido constante y de forma gradual. En la gráfica 11 se pueden ver cuáles fueron las principales causas de muerte en los menores de un año.

Las infecciones intestinales y la neumonía dentro de las afecciones respiratorias fueron las mayores causas de muerte en menores de un año en gran parte del siglo xx. La tendencia de las infecciones intestinales comenzó a descender a partir de 1940, mientras que la de la neumonía lo hizo a partir de 1969. Esto permite ver que los discursos médicos acerca de los terribles índices de mortalidad infantil tuvieron un sustento real. Para cambiar ese panorama insistieron en la necesidad de inculcar preceptos higiénicos en la población para influir en la disminución de muertes infantiles por infecciones intestinales y respiratorias. A pesar de los discursos, la propaganda y el sustento de los establecimientos asistenciales que funcionaron entre 1920 y 1943, esta tendencia comenzó a disminuir en forma continua en años posteriores.

Médicos como Ignacio Chávez esperaban que la creación del Servicio de Higiene Infantil contribuyera a una correcta atención de las mujeres embarazadas “indigentes” y sus hijos. Pues los dispensarios de salud y los dos Centros de Higiene Infantil no se daban abasto para atender adecuadamente a las mujeres que se acercaban. Se recomendó que se vigilara estrictamente que las consultas que se brindaran en estos Centros fueran exclusivamente para aquellas mujeres que no contaban con los recursos necesarios para pagar una consulta médica privada, pues de lo contrario estos establecimientos perdían efectividad. Isidro Espinosa de los Reyes quedó a cargo de la organización y funcionamiento de este Servicio. Nuevamente, al igual que en 1924 cuando se creó la Junta Federal de Protección de la Infancia, se señaló que:

La falta de preparación técnica de un gran número de médicos que ejercen en las diversas regiones del país, ha hecho que hasta la presente no se haya emprendido una vigorosa cruzada de iniciativa particular a favor del niño, que obligue al Estado a proveer con urgencia a las necesidades y derechos de la población infantil de la República, sino que se ha dejado con lamentable descuido a la exclusiva responsabilidad de los padres o tutores de los niños; por lo que, ante la ignorancia general de nuestras grandes masas de

población y la falta de educación médica en particular, se impone el que la vigilancia sanitaria oficial se ejerza de una manera constante y efectiva, a fin de resolver los trascendentales problemas de la puericultura, muy principalmente de la primera infancia.⁴¹⁶

Con esta consideración, se apeló al artículo 293 del Código Sanitario de 1926 que señalaba que “el Consejo de Salubridad General determinará por medio de los reglamentos que expida, las medidas que estime convenientes sobre higiene prenatal, infantil y preescolar. La ejecución de estas medidas queda a cargo del Departamento de Salubridad Pública, al igual que los servicios que las mismas reclamen”.⁴¹⁷ Así, el Servicio de Higiene Infantil quedó a cargo de la “ardua labor de profilaxis y de protección a la infancia en la República” o lo que se denominó el ramo sanitario federal de higiene infantil. Las finalidades de este Servicio, de acuerdo con el primer artículo de su reglamento provisional fueron: aumentar la densidad de población de la república y contribuir al perfeccionamiento integral del niño para conseguir el mejoramiento global de la sociedad. Para alcanzar estos propósitos el Servicio se centró en cuatro aspectos:

1. Disminuir la mortinatalidad.
2. Combatir la morbilidad infantil.
3. Evitar la influencia nociva del medio en que actúa el niño, desde el momento del nacimiento hasta la iniciación de la pubertad.
4. Difundir el conocimiento de la puericultura.

Los medios de trabajo que utilizaron fueron los siguientes:

- a) Servicios de higiene prenatal.
- b) Cuerpo de enfermeras visitadoras de hogar.
- c) Reglamentación de la naturaleza del trabajo, así como el descanso de la mujer embarazada.
- d) Maternidades.

⁴¹⁶ Departamento, *Organización*, 1989, pp. 35-36. No se debe perder de vista que esta argumentación se fundamentó en buena medida en los cuestionarios enviados a las municipalidades, y si bien hicieron eco de las evidencias que se plasmaron en el decreto, no se debe olvidar que hubo municipalidades que aclararon que no había “altos índices de mortandad infantil” que combatir.

⁴¹⁷ *Código*, 1926, p. 70.

- e) Provisiones de leche.
- f) Hogares infantiles.
- g) Hospitales para niños.
- h) Higiene escolar.
- i) Reglamentación de la naturaleza del trabajo de los niños.
- j) Escuelas de puericultura.⁴¹⁸

Los rubros en que se organizó este Servicio fueron:

1. La jefatura del Servicio de Higiene Infantil con su sección administrativa.
2. Los Centros de Higiene Infantil.
3. El departamento de estadística.
4. La escuela de Puericultura.
5. Las visitadoras de hogar.

La Asociación tenía como objetivo proteger al niño y evitar la mortalidad infantil y actuaba desde distintas esferas. Isidro Espinosa de los Reyes, en su calidad de jefe del Servicio, era el encargado de supervisar el funcionamiento los Centros de Higiene en todo el país y de resolver todos los asuntos relacionados con el Departamento de Salubridad y los relacionados con la Escuela de Puericultura, con el Departamento de estadística y con la jefe de las visitadoras de hogar.⁴¹⁹

⁴¹⁸ Departamento, *Organización*, 1989, pp. 37-43.

⁴¹⁹ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, 1930, vol. 4, exp. 21, f. 6.

Las funciones de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia

Como parte del Servicio de Higiene Infantil se organizó en 1930 una Escuela de Puericultura para asegurar que médicos y enfermeras brindaran una mejor atención a los niños. “Allí, la asistencia a las materias de nivel introductorio sobre la pediatría y la atención pre y post natales, fue un requisito para la certificación de médicos y enfermeras que deseaban trabajar como higienistas infantiles”. Desde 1920 se había manifestado en el Primer Congreso Mexicano del niño la necesidad de contar con una escuela donde se difundieran los conocimientos de puericultura tanto al personal médico, como a las mujeres próximas a ser madres.⁴²⁰ En los cursos de esta escuela se prepararon a las enfermeras, a la par se ofrecían pláticas y cursos de puericultura para mujeres y jóvenes que se mostraran interesadas al respecto, como ha señalado Stern.⁴²¹ La trascendencia de la Escuela de Puericultura, más allá de preparar técnicamente a las enfermeras visitadoras de hogar, es que extendió su labor a diversos sectores de la sociedad al preparar técnicamente a los grupos que desarrollaban actividades acerca del niño: maestros de escuela, amas de casa o niñeras. Además sirvió como un establecimiento asesor para las autoridades escolares del Distrito Federal, territorios y entidades federativas en la formación de los programas de puericultura.

El primer curso que impartió se llevó a cabo en septiembre de 1929, duró cuatro semanas y se dirigió a los médicos titulados que ya prestaban en esa época sus servicios en los Centros de Higiene del Distrito Federal y en los estados de la República, con una inscripción de 26 alumnos. Este curso tuvo por objeto principal uniformar criterios y procedimientos y abarcó cuatro materias: puericultura e higiene prenatal, puericultura de primera infancia, nociones de pediatría y puericultura de la segunda infancia, e higiene escolar. Posteriormente, durante los meses de enero y febrero de 1930 se dio un curso breve de cuatro semanas de divulgación a profesores normalistas, con una asistencia de 22 alumnos con un programa que se enfocó en la puericultura de la segunda infancia, la higiene general y la higiene escolar. En febrero de ese año se inauguró el curso de visitadores sociales, dirigido a enfermeras y parteras tituladas, que tuvo una asistencia

⁴²⁰ “Debe”, 1921, pp. 284-290.

⁴²¹ Stern, “Madres”, 2002, pp. 301-302.

media de 30 personas. Una condición de los cursos de enfermeras visitadoras desde 1927 era que debían incluir la enseñanza teórica con la práctica en los Centros de Higiene.⁴²²

Además la intención era que se impartieran cursos gratuitos para las mujeres que así lo desearan como amas de casa y niñeras, que comprendían la enseñanza de la higiene general, nociones de puericultura y alimentación infantil. Esto era parte de las funciones del Departamento de Salubridad que no perdía de vista su objetivo de instruir a las mujeres próximas a ser madres, de “civilizarlas” como señala Boltanski, pues consideraban que era vital que aquellas mujeres que estaban próximas a ser madres recibieran consejos de higiene general, la limpieza del niño, la importancia del baño, vestido, cunas, lactancia materna, la lactancia artificial y los cuidados que había que tener durante los primeros meses de vida del niño.⁴²³

En palabras de Espinosa de los Reyes la labor que desarrollaron las enfermeras visitadoras fue crucial para difundir y consolidar la labor que los médicos llevaban a cabo en los Centros de Higiene.

[...] La madre recibiera no sólo los cuidados de orden médico terapéutico, sino los consejos médicos para curar o prevenir enfermedades o accidentes, la confianza en el grupo de médicos y enfermeras que desempeñan su noble misión en la propia oficina, para que estas nos sirvieran como una introduc-

⁴²² El programa abarcaba distintos tópicos. Comenzando por la técnica del trabajo social: a) visitas domiciliarias, b) casos individuales, c) conferencias, d) estudio del medio, e) formación de grupos. El segundo tema era la economía doméstica: a) presupuestos, b) higiene de la habitación, c) aseo del hogar, d) vestidos, e) muebles, d) decoración. Luego se insistía puntualmente en la alimentación: a) clasificación, valor calórico estimado en proteínas, hidratos de carbono y gases, b) procedimientos para cocinar, hervir, asar a la parrilla, asar al horno, freír, cocer al vapor, c) bebidas en general: té, café, cacao, d) cereales: trigo, maíz, etc., atoles, e) carnes: caldos, bisteks, asados guisados, f) sopas: pastas, tapioca, etc., g) verduras: composición de platillos preparados con legumbres, h) papas: composición, preparación, purés, i) huevos: composición, distintos usos, j) harina, pan, distintas clases, royal, levadura, batidos, masas, pinturas, salsas blanca, k) fruta: composición, clasificación, usos, jaleas, frutas evaporadas. Como parte de la formación era necesario que conocieran la legislación vigente por lo que estudiaban códigos como: a) sanitario, b) del trabajo, c) relaciones familiares. Finalmente se enfatizaba la relevancia social de su labor: a) su relación con el paciente o caso social, b) su relación con el médico, c) su relación con la comunidad. Ver AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, vol. 1, exp. 29.

⁴²³ “Servicio”, 1927, p. 11. Para un estudio de los proyectos de Gotas de leche en el siglo XIX ver Carrillo, “Alimentación”, 2008.

ción, facilitándonos el acceso en el domicilio de las embarazadas o de los niños, para interesarlas ya no solamente en los cuidados de orden higiénico, cumpliendo las órdenes del médico del Centro, sino también dándonos la oportunidad de enseñar prácticamente en el hogar, las reglas más elementales de la higiene, tomando como núcleo de acción los beneficios que reporta un niño cuyos padres observan las reglas de higiene.⁴²⁴

Además las enfermeras visitadoras del hogar organizaron “clubs” o asociaciones de “pequeñas madres” en diversas escuelas públicas de la capital, como ha referido Agostoni. En éstos se instruía a las niñas entre 12 y 14 años sobre los cuidados que requerían los bebés desde el momento de su nacimiento. Se enfatizaba que las reglas de higiene se debían seguir al pie de la letra en la casa y en la escuela, y “los peligros que para la salud individual y colectiva tenían los gérmenes, los microbios y las bacterias. Con ello, se esperaba sembrar en las futuras madres los principios básicos de la medicina preventiva y evitar que por ignorancia o desconocimiento propagaran enfermedades infectocontagiosas”.⁴²⁵

Otra instancia que dependió del Servicio de Higiene Infantil y que trabajó en conjunto con los Centros de Higiene y fue ampliamente promovido por su personal médico fue la provisión de leche. Su implementación fue considerada como parte de las acciones del Departamento de Salubridad para mejorar las condiciones de salud de los niños y evitar la mortalidad infantil, asociada en gran medida a la mala o escasa alimentación. Desde finales del siglo XIX, países como Francia, Inglaterra, Alemania y Estados Unidos implementaron programas de asistencia infantil para fomentar la buena alimentación en momentos de crisis severa y de carestía, como fue a principios del siglo XX la Primera guerra mundial. Tomando el ejemplo francés estos programas se conocieron como “La Gota de Leche”.⁴²⁶

Médicos como Ignacio Chávez, Manuel Martínez Báez, Aquilino Villanueva e Isidro Espinosa se interesaron en la aplicación de este modelo en México y que tuviera una función cualitativa y no sólo cuantitativa, pues enfatizaron que era preferible contar con un solo servicio, pero que

⁴²⁴ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene, vol. 4, 1930, exp. 21, f. 32.

⁴²⁵ Agostoni, “Mensajeras”, 2007, p. 112.

⁴²⁶ Ver, Viesca, “Gota”, 2008, pp. 202-203.

fuera realmente eficiente. El servicio de provisión de leche organizado en 1929 tuvo por objeto “dar a los Centros de Higiene infantil, el alimento que esas instituciones proporcionan al niño, cuya madre se encuentra en la imposibilidad material de amamantarlo o adquirir para su hijo el alimento que necesita”.⁴²⁷ Esto es reflejo de una época en la que las ideas acerca de los beneficios o perjuicios de la leche, en cualquiera de sus formas seguían siendo confusas y polémicas entre diversos sectores de la población.

La postura de los médicos de los Centros de Higiene Infantil fue tajante. La enfermera visitadora debía insistir a la madre que:

Por ningún motivo deje de amamantar a su hijo; le hará comprender que la naturaleza ha preparado un solo alimento al niño y que este alimento es la leche de su propia madre; que *el desgraciado ser* que tiene necesidad de alimentarse con otra leche, aun cuando sea la de otra mujer, y con mayor razón la de un animal (vaca, cabra, burra), está expuesto a mil peligros, porque la composición química y las propiedades digestivas son distintas de la leche materna; que es una triste verdad conocida en todo el mundo que la morbilidad y la mortalidad infantiles son mucho más elevadas en los niños alimentados con biberón.⁴²⁸

Sin embargo, si a la madre no le era posible amamantar al niño, no debía recurrir a las “nodrizas mercenarias”, como se les denominó, sino que debía alimentar a su hijo con leche de vaca.⁴²⁹ Como las condiciones higiénicas en el manejo y conservación de la leche de vaca dejaban con frecuencia mucho que desear, la Provisión de leche buscaba asegurar que los sectores más desposeídos de la población tuvieran acceso a un alimento de calidad para sus hijos. Así, “el programa de la Gota de Leche, consistía en establecer entidades que distribuirían leche, de manera gratuita, a los niños que carecieran de una buena alimentación. La leche a distribuir sería de vaca, y por tanto, era también necesario implementar medidas para

⁴²⁷ Departamento, *Organización*, 1989, p. 65.

⁴²⁸ *Ibid.*, p. 65. Las cursivas son nuestras.

⁴²⁹ Uno de los estudios que se han enfocado en el tema de la alimentación y la leche es el de López Ferman. Ver López, “Leche”, 2007. El calificativo de nodrizas mercenarias cobró auge desde el siglo XIX cuando los médicos empezaron a reglamentar los aspectos de la alimentación de los niños de pecho.

controlar la higiene de los establos y la manera de manejar el producto” como señala Carlos Viesca.⁴³⁰

La leche se obtenía de granjas establo y pasaba por diversos procedimientos en el laboratorio para preparar los alimentos antes de distribuirse en los Centros de Higiene. De acuerdo con la reglamentación de estos establecimientos, la leche pasaba por un estricto control para asegurar que conservara su buen estado.⁴³¹ Incluso se publicaron diversas imágenes en que se mostraba el estado en que se encontraban las granjas, las vacas y los laboratorios.

Parte de las funciones del Servicio de Higiene Infantil era rendir informes periódicos al Departamento de Salubridad detallando los avances que se habían tenido en sus diferentes actividades. En 1930 comunicó que en colaboración con la Asociación Nacional de Protección a la Infancia se realizaron investigaciones económico-sociales para fijar la cuota que debían pagar los niños que recibían alimentos o el servicio de la Maternidad de la Asociación.⁴³² Se informó que ese año las delegaciones de Tacuba, Tacubaya, Mixcoac, San Ángel, Tlalpan, Iztapalapa, Xochimilco y Guadalupe Hidalgo ya contaban con servicios de higiene infantil y que funcionaban “con notables resultados”.⁴³³ Ese mismo año el Departamento de Salubridad anunció que, con el fin de extender la labor de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, se habían instalado sub-comités en los estados de Baja California, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Tamaulipas, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán.

La Asociación sostenía para ese momento cinco escuelas-hogares, los Centros de Higiene Infantil, una casa de maternidad y contaba con un amplio servicio de propaganda por medio de carteles y folletos con enseñanzas de higiene en beneficio de las madres y de los niños. Como señaló el Departamento de Salubridad “el programa de la Asociación es muy amplio y la Institución tiene fe en poder realizarlo, ya que espera contar para

⁴³⁰ Viesca, “*Gota*”, 2008, p. 206.

⁴³¹ Ver AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1926, vol. 1, exp. 7 y Departamento, *Organización*, 1989, pp.65-67.

⁴³² *Salubridad*, 1930, p. 25.

⁴³³ *Ibid.*, pp. 25-26.

ello con la colaboración de todos los habitantes del país, especialmente la de aquellas personas de buena voluntad que tienen afecto a los niños. La obra realizada será la base fundamental de una raza fuerte y sana”.⁴³⁴

A pesar de que la Asociación trabajó de manera constante desde su creación y tenía injerencia en los establecimientos de Salubridad y de Beneficencia, para 1933 su capacidad de acción se acotó, pues por el acuerdo presidencial del 10 de septiembre de 1933 los establecimientos que pertenecieron a la Asociación Nacional de Protección a la Infancia fueron incorporados al Departamento de Salubridad, pues se consideró que “una asociación particular no debe manejar fondos del Estado, y luego que llamada a realizar una labor higiénica ésta no podía ser controlada en todos los casos por el Departamento ni se ajustaba siempre al criterio del mismo”. Por lo que la campaña prenupcial, los Centros de Higiene, el servicio de maternidad, la provisión de leche, los hogares infantiles en el Distrito Federal y en los estados pasaron a depender de Salubridad. “Siendo satisfactorio manifestar que no solamente no han sufrido interrupción o entorpecimiento, sino que por el contrario, ha podido mejorárseles, suministrándoles artículos alimenticios de mejor calidad, ropa y mobiliario adecuado, prestándoles escrupulosa atención médica y observando una estricta vigilancia de la salud y de la higiene de los pupilos”.⁴³⁵ De hecho se trató de que el Estado tomara las riendas de la asistencia infantil por medio del fortalecimiento de los diversos establecimientos que habían cobrado auge con la Asociación, junto con campañas como la que se dio en 1939, la *Campaña Nacional por la Madre y el Niño*. En este año se tomó en cuenta:

Que la mortalidad infantil ha ido bajando; pero muy lentamente. Es necesario, por lo tanto, poner en juego numerosas e intensas fuerzas del Estado y de la población para hacerlo más rápido. El gobierno de la Revolución, ante la dura verdad de los datos estadísticos, se ha encarado ante el problema y ha aumentado los presupuestos para mejorar los servicios existentes y ha creado organismos que llevan a todas partes del país la protección a la madre y al niño.⁴³⁶

⁴³⁴ *Informe*, 1930, pp. 11-12.

⁴³⁵ *Memoria*, 1933, pp. 26 y 273.

⁴³⁶ Secretaría, *Asistencia*, 1940, p. 43.

Así, tras un emocionante mensaje de Silvestre Guerrero, secretario de Asistencia Pública que buscó “conmover la conciencia del país” y fue transmitido por radio a la nación el 10 de mayo de 1939, se fundó en la capital el Comité Nacional por la Madre y el Niño, en el cual quedaron representados grupos de campesinos y obreros, la banca, el comercio, la prensa, los intelectuales, los estudiantes, las dependencias oficiales, los gobiernos de los estados, la campaña nacional pro educación, entre otros, en total, 45 de los principales sectores que integraban la sociedad mexicana. Para una mejor organización de las actividades se organizaron el Comité Central del Distrito Federal, 23 comités delegacionales y 38 comités estatales y municipales.⁴³⁷ Fue así como se llevó a cabo en todo el país el 20 de julio de ese año la celebración de la Primera Semana de la Madres y los Niños, en la que “esencialmente se trató de despertar el sentimiento de responsabilidad pública, para que todos los sectores sociales fijen su atención y colaboren en resolver ese problema fundamental de nuestra Patria: la protección a la Madre y el Niño”.⁴³⁸

A pesar de que la Asociación Nacional de Protección a la Infancia tuvo una corta presencia en el rubro de la asistencia infantil, el hecho de que las autoridades gubernamentales no podían llevar totalmente la carga económica para atender a las madres y sus hijos fue evidente. De hecho la Campaña Nacional por la madre y el niño buscó “canalizar y estimular la cooperación privada en beneficio de la madre y el niño, dándoles alimentos y vestidos, o por medio de la educación higiénica. Se organizaron clubes de madres alrededor de los Centros de Higiene Infantil; las sociedades de madres celebraron jornadas de higiene infantil, entre otras muy diversas actividades. Así, a finales de la década de 1930 el Departamento Autónomo de Asistencia Infantil fue el vínculo entre el Comité Nacional de Protección a la Infancia y la Secretaría de la Asistencia que entonces estaba en funciones.

LAS ESPECIALIZACIONES MÉDICAS: EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

La puesta en marcha de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia conformó una primera etapa donde se establecieron bases sólidas para poner en marcha un programa gubernamental de asistencia infantil que

⁴³⁷ *Memoria*, 1933, pp. 26 y 273. Secretaría, *Asistencia*, 1940, pp. 45-46.

⁴³⁸ *Memoria*, 1933, pp. 26 y 273. Secretaría, *Asistencia*, 1940, p. 46.

abarcó cada vez a un mayor número de niños, tanto en el Distrito Federal como en los diversos estados de la República. De acuerdo con Mario Luis Fuentes durante el sexenio cardenista se dio un cambio importante en cuestiones de asistencia. Se suprimieron el Departamento de Salubridad Pública y la Beneficencia Pública, cuyas funciones se fusionaron en la Secretaría de Asistencia Pública y posteriormente, en 1943 en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Una instancia que cumplía con parte de las obligaciones del Estado para ayudar a los sectores desprotegidos de la población. Más allá de un cambio de denominación se trató del reflejo de un cambio.

[...] El concepto de beneficencia experimenta cambios en su significación e interpretación pública y social; esto es, dejará de gravitar alrededor de los conceptos cristianos de caridad y gratuidad, para responder a lógicas concretas derivadas de los conflictos militares y problemas económicos [...] así comienza a trasladarse hacia la responsabilidad estatal.⁴³⁹

El cambio del término beneficencia por el de asistencia reconocía la obligación del Estado para intervenir en cuestiones de auxilio social, como afirma Fuentes, además de que esta acción respondía a los postulados de la Constitución de 1917, con la que se había iniciado “una legislación diferente en materia de salubridad y de beneficencia”, pues se incluyeron por primera vez “puntos específicos que contribuían al fomento y la construcción de un aparato administrativo capaz de regular de manera sistemática la salud, la educación y la beneficencia pública y privada”.⁴⁴⁰ Así, el Estado dio un “carácter definitivamente laico” a las funciones de asistencia, como apunta Fuentes.

De hecho en 1935 el director de la Beneficencia Pública anunció el cambio de nombre de la institución encargada de otorgar los servicios de atención y auxilio de los más necesitados, señalando la nueva orientación que le daba el Estado: “Los desamparados o desvalidos no tienen por qué pedir por favor que se les atienda; tienen el derecho de solicitarlo y el Estado debe acudir en su ayuda en la medida de sus propios recursos, que son los que propia sociedad le ha proporcionado para tal efecto”.⁴⁴¹

⁴³⁹ Fuentes, *Asistencia*, 1998, pp. 73-74 y 110.

⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 74.

⁴⁴¹ *Ibid.*, p. 110.

Uno de los proyectos centrales de la recién creada Secretaría de Asistencia Pública consistió en construir un programa sostenido de apoyo y atención médica a las madres y a los niños menores de seis años, aunque éstos no fueran necesariamente parte de los sectores más desfavorecidos. Este proyecto, en opinión de Fuentes, fue “uno de los más importantes en la historia del apoyo y la ayuda a las madres y los menores de nuestro país; de hecho, su continuidad a través del tiempo con diferentes nombres y estrategias obedece a la efectividad que ha mostrado para beneficiar a las personas”.⁴⁴²

Con respecto a los servicios de salud, el Plan Sexenal planteó como primer punto la necesidad de aumentar las asignaciones presupuestales, como ha desarrollado Carrillo. El médico Francisco de P. Miranda había sugerido un par de años antes que la mortalidad infantil y las enfermedades endémicas eran “plaga más espantosa para México que la guerra, las inundaciones y otras catástrofes juntas, y que podrían evitarse invirtiendo anualmente en salubridad un peso por habitante”. El presupuesto destinado al rubro de salud ascendió durante el primer año del gobierno de Cárdenas.

La idea sugerida en el Plan era destinar este incremento al mejoramiento de la salud de campesinos y obreros. Siurob justificaba la mayor atención que el Departamento de Salubridad Pública daba a las clases proletarias en todas sus actividades tanto porque su morbilidad y mortalidad eran mayores como porque constituían la mayoría y eran las fuentes de energía y las reservas del país.⁴⁴³

Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas tuvieron un gran impulso las campañas de las unidades de higiene rural. Estas fueron respaldadas por la Fundación Rockefeller que capacitó a enfermeras y personal que enseñó medidas de higiene a los niños como una forma de inculcar valores sanitarios a través de las generaciones. Esta situación respondió a un cambio de mayor envergadura, pues dentro de la institucionalización que se vivía en materia de salud en diferentes países latinoamericanos, la salud infantil se

⁴⁴² *Ibid*, p. 114.

⁴⁴³ Carrillo, “Surgimiento”, 2002, p. 47.

convirtió en un componente central dentro de la agenda modernizadora que permanecería con el paso del tiempo.⁴⁴⁴

La Secretaría de Salubridad y Asistencia fue creada por el decreto presidencial del 15 de octubre de 1943 y fusionó a la Secretaría de Asistencia y al Departamento de Salubridad Pública. Esta Secretaría tendría como primera misión proteger a los ciudadanos contra los males que podrían lesionar y aún destruir su existencia. Para tal propósito contaría con diversos servicios organizados de asistencia pública y de protección sanitaria.⁴⁴⁵ Esta fusión se realizó prácticamente sin dificultades y Gustavo Baz fue nombrado secretario de Salubridad y Asistencia y Manuel Martínez Báez subsecretario para el sexenio de 1940-1946. Gustavo Baz encabezó la obra nacional de hospitales de especialidades que deberían atender las necesidades de salud de la población nacional. El proyecto incluyó hospitales para Cardiología, enfermedades de la Nutrición y el de enfermedades del niño. Adicionalmente se adquirieron terrenos y se estructuraron las bases para construir un nuevo Hospital General y un Instituto del Cáncer.⁴⁴⁶

A la par de la puesta en marcha del amplio proyecto hospitalario, el 15 de mayo de 1943 se implantó en México el régimen del seguro social y en julio de ese año se inició la afiliación de trabajadores al Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal. Pronto esta prestación se extendió a Puebla, Monterrey, Nuevo León, Guadalajara y Orizaba. El IMSS cubrió tres aspectos: seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, seguro de enfermedades generales y maternidad, y seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.⁴⁴⁷ Se trató en suma de una época de la seguridad social. En palabras de Enrique Cárdenas de la Peña la seguridad social se define como “la protección permanente que garantiza la satisfacción de las necesidades vitales de cualquier sujeto”.⁴⁴⁸ El IMSS

[...] Constituyó el primer intento serio de aliviar en algo la lucha de clases, [...] el seguro social constituye [...] el primer esfuerzo venturoso para establecer las bases de seguridad social liberando a las familias obreras del temor a la miseria, y aliviando por ello mismo muchas tensiones [...] El Seguro

⁴⁴⁴ Birn, “Child”, 2007, p. 687.

⁴⁴⁵ Neri, “Salud”, 2002, p. 89.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 74.

⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 88.

⁴⁴⁸ Cárdenas de la Peña, *Introducción*, 2008, p. 162.

comenzó a autodefinirse, no como una mera dádiva destinada al socorro de los desamparados, sino como una victoria de la democracia y un triunfo revolucionario de la clase trabajadora.⁴⁴⁹

A pesar de los avances que se habían logrado durante las décadas de 1920 y 1930 en la atención médica materna e infantil, el gobierno seguía preocupado por la vulnerabilidad en que vivían aún un considerable número de madres y niños mexicanos, quienes necesitaban atención especial, por lo que uno de los proyectos centrales del gobierno de Manuel Ávila Camacho fue la apertura del Hospital Infantil de México. Un proyecto que duró más de 20 años y finalmente se consolidó el 30 de abril de 1943.

La apertura del Hospital Infantil fue resultado del empeño de médicos y diversas autoridades gubernamentales por más de dos décadas ante la falta de una institución que atendiera a la población infantil necesitada de cuidados médicos especiales y una adecuada administración de medicinas, y que al mismo tiempo funcionara como el espacio apropiado para el estudio y la curación de enfermedades infantiles.

En vista de que el gobierno actual está animado de los mejores deseos para proteger a los niños pobres de las enfermedades propias de su edad y tomando en consideración que en muchos casos, carecen de los medios necesarios para atenderlos, el Ciudadano Presidente Constitucional Sustituto de la República, se sirvió acordar se instale en esta capital un establecimiento de beneficencia que se denominará «El Hospital del Niño».⁴⁵⁰

Se podría decir que con estas palabras, fechadas el 2 de julio de 1920, durante el gobierno de Adolfo de la Huerta, inició el largo y azaroso camino que habría de recorrerse para llegar a la inauguración del Hospital Infantil de México. Poco queda por agregar a las muchas líneas que se han dedicado a relatar los días previos, el día de la inauguración y los primeros años del funcionamiento del Hospital, como son el texto de Eugenio Toussaint o el de Carlos Viesca y Martha Díaz de Kuri.⁴⁵¹ Sin embargo, consideramos que lo expuesto a lo largo de estos capítulos ha mostrado

⁴⁴⁹ Benejam, *et al.*, *Historia*, 1983, pp. 111-112.

⁴⁵⁰ AHSSA, fondo Beneficencia Pública, sección Establecimientos Hospitalarios, serie Hospital del Niño, 1920, legajo 1, exp. 2.

⁴⁵¹ Ver Toussaint, *Hospital*, 1983; Viesca y Kuri, *Hospital*, 2001.

que lo que comúnmente se toma sólo como los “antecedentes” del Hospital Infantil, se trató más bien de un periodo en que se llevaron a cabo diversas acciones para mejorar la salud infantil que cimentaron en buena medida la pediatría mexicana contemporánea.

Fue poco más de una década después de las palabras citadas de 1920 —en 1933— bajo la presidencia de Abelardo L. Rodríguez cuando la labor de varios médicos miembros de la Sociedad Mexicana de Puericultura, creada en 1929, se interesó en contribuir en “el combate a la mortalidad infantil y en la promoción del estudio médico de los niños”.⁴⁵² Por tal motivo comenzaron a reunirse para compartir sus inquietudes sobre la atención infantil. Sus inquietudes trascendieron y la Junta Directiva de la Beneficencia Pública organizó una comisión para formular un anteproyecto para crear el Hospital del Niño. El médico Manuel Cárdenas de la Vega, director en ese momento de la Casa de Cuna, junto con Federico Gómez Santos, Mariano Romero y Rigoberto Aguilar Pico fueron los integrantes de dicha comisión que veía la necesidad de concentrar en un hospital a todos los niños internados en los diversos establecimientos existentes, “pues en un hospital de carácter no especial no podrá darse servicio eficaz como en el Hospital de niños, porque no se cuenta con los elementos necesarios para ello”.⁴⁵³

Después de varias juntas la comisión acordó que el Hospital del Niño contaría con dos secciones: una de hospitalización y otra de consulta externa y que las consultas externas de los consultorios de las instituciones continuarán funcionando. Se ofrecerían tres servicios a niños de hasta 14 años de edad: el de medicina, el de cirugía y de padecimientos mentales. Se fundarían servicios especiales como ortopedia, servicio de lactantes, el de infecciosos, de observación, de especialidades de nariz y garganta, de traumatología y de tuberculosis. Los preparativos continuaron, se destinó presupuesto para la obra y comenzó la construcción del Hospital del Niño en las cercanías del pueblo de la Piedad, a inmediaciones del Hospital General.

Incluso se recabaron fondos para la construcción por medio de espectáculos como el del primer festival pro-Hospital del Niño, que contó

⁴⁵² AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil, 1929, caja 4, exp. 13.

⁴⁵³ AHSSA, fondo Beneficencia Pública, sección Establecimientos Hospitalarios, serie Hospital del Niño, 1933, legajo 1, exp. 4.

el 31 de mayo de 1934 con la representación de la ópera *Aída* en el Teatro Esperanza Iris. Sin embargo, el entusiasmo pronto se vino abajo, pues a partir de ese año se registraron hundimientos en la plataforma de cimentación del edificio. Después de suspender la obra mientras se llevaban a cabo varios estudios y recomendaciones por parte de ingenieros y arquitectos, el 20 de junio de 1938, durante la presidencia de Lázaro Cárdenas, el médico Salvador Zubirán, al frente de la Secretaría de la Asistencia Pública, determinó que se continuara la construcción del Hospital del Niño hasta su terminación. Para vigilar tal encomienda se nombró una comisión cuyos encargados permanentes fueron el médico Federico Gómez Santos y el arquitecto José Villagrán García.⁴⁵⁴ Fue hasta 1942, durante el sexenio de Manuel Ávila Camacho, cuando se concluyó el edificio. La siguiente etapa, consistente en dotar al hospital con equipos hospitalarios modernos, tardó todavía unos meses, en virtud de los percances económicos que se vivían por el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial. Después de sortear aún varias vicisitudes llegó el ampliamente conocido momento de la inauguración el 30 de abril de 1943.

En la ceremonia de inauguración del Hospital Infantil de México, las palabras de Federico Gómez, su primer director, dejaron ver su entusiasmo ante las posibilidades de atención infantil que ofrecía el establecimiento: “estamos celebrando hoy la ansiada inauguración del Hospital y ya tenemos enfrente la idea realizada. Ahora nos toca, a los médicos que vamos a colaborar en la institución, hacerla marchar y crecer y prestigiarse, dando a los niños enfermos de México el servicio más completo y eficiente que pueda darse a la infancia en cualquier país de la tierra”.⁴⁵⁵ La apertura del Hospital Infantil fue resultado de una época de especialización médica, igual que el Instituto Nacional de Cardiología, el Nacional de la Nutrición y el Nacional de Neumología.

El Hospital Infantil de México representó la transición del modelo hospitalario que se había desarrollado durante las primeras décadas del siglo xx, hacia el de las especialidades médicas. Se estructuró de forma que “desecharía las viejas prácticas hospitalarias para colocar su funcionamiento, organización y administración en un patronato privado”.⁴⁵⁶ El

⁴⁵⁴ AHSSA, fondo Beneficencia Pública, sección Establecimientos Hospitalarios, serie Hospital del Niño, 1938, legajo 1, exp. 18.

⁴⁵⁵ Villalbazo, “Hospital”, 1993, p. 182.

⁴⁵⁶ *Ibid.*, p. 180.

decreto expedido el 31 de mayo de 1943 por el que se constituía el patronato, expresaba que la Secretaría de la Asistencia Pública delegaba sus facultades en ese organismo presidido por Gustavo Baz, secretario de la Asistencia Pública. Así, el Hospital funcionó como un organismo público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, teniendo como objetivo brindar atención médica en todos sus aspectos a los niños indigentes o de pocos recursos económicos; propagar la enseñanza de la pediatría; fomentar la producción científica y la investigación de los problemas médico sociales de la niñez.⁴⁵⁷

La organización médica del hospital estaba conformada por un director, cuatro médicos residentes, 16 médicos jefes de servicio, médicos externos, técnicos de laboratorio, supervisores de enfermeras, jefes de servicio, enfermeras generales, enfermeras estudiantes y ayudantes de enfermería. Al ser una de las prioridades del Hospital conformar la base de la Escuela de Pediatría en México, la Secretaría de Asistencia Pública se ocupó de la preparación del personal médico. Muchos médicos fueron becados para ampliar sus conocimientos en el extranjero en las ramas de cirugía infantil, medicina infantil, fisioterapia, estudios *postmortem*, técnicas hospitalarias, enfermedades contagiosas, higiene mental y psicología infantil. Buena parte de estas especialidades fueron estudiadas en la Universidad de North Western en Cleveland.

Otro de los objetivos del Hospital fue convertirse en un centro de formación para aquellos médicos que ejercían en los diferentes estados de la República. Por esta razón el hospital abrió sus puertas para aquellos médicos, estudiantes de medicina y enfermeras tanto de la capital, como de los estados que deseaban especializarse y después irían a diversos puntos del territorio nacional a propagar los conocimientos para conservar la salud y la vida de los niños. El hospital cumplía la función de un hospital general especial para niños, atendía desde recién nacidos hasta los 15 años de edad que padecieran alguna enfermedad, con excepción de los padecimientos mentales. Al inicio de sus actividades el hospital siguió el tradicional sistema de hospitalización por edades: sala de prematuros, de lactantes, de preescolares y de escolares. Sin embargo

⁴⁵⁷ *Ibid.*, p. 183.

[...] La influencia de la medicina norteamericana ejercida en ese entonces por la educación —flexneriana— contribuyó a modificar la estructura del hospital en el sistema de departamentalización por especialidades, independientemente de la edad y sexo de los pacientes; éstos se agruparon en salas de acuerdo al órgano o sistema donde se localizaba predominantemente su enfermedad, dando lugar así, a las disciplinas de especialización pediátrica, como la nefrología, la hematología, la oncología, la endocrinología, la cardiología, etc.⁴⁵⁸

Esto favoreció el desarrollo de las especialidades infantiles al llevar aparejada la residencia hospitalaria de tiempo completo para los médicos de base e investigadores. Con estas acciones se fueron conformando “las bases de la pediatría científica y por lo tanto de la escuela pediátrica mexicana”,⁴⁵⁹ además de que fue la época en que el Instituto Nacional de Cardiología, el Nacional de la Nutrición y el Nacional de Neumología siguieron los mismos senderos.

El Hospital Infantil fue de los primeros en ofrecer características innovadoras como su gobierno descentralizado, la erradicación más firme del concepto de caridad por el de asistencia social, en el que no se atendía a los niños por ofrecer una ayuda, sino como un derecho social. Se implementó una cuota de restitución por parte de los pacientes, mientras que el personal, médicos, enfermeras, técnicas y trabajadoras sociales contaron con una preparación más especializada; se llevaron expedientes clínicos sistematizados, supervisados y evaluados por un departamento de bioestadística y archivos clínicos; que contaban con sesiones clínicas oficiales y clínico patológicas a cargo de un departamento de patología con sistematización de autopsias.

Con lo expuesto en este último capítulo podemos decir que durante el periodo de 1920 a 1943, en el contexto de la etapa de reconstrucción del México posrevolucionario, tuvieron lugar distintas instituciones que asistieron a la niñez mexicana. Por un lado se ha mostrado que los diferentes gobiernos de este periodo apoyaron en distinta forma las acciones que las autoridades de salubridad y los médicos articularon para asistir a la niñez desde diversos establecimientos pertenecientes a la Secretaría de Educa-

⁴⁵⁸ *Ibid.*, p. 185.

⁴⁵⁹ *Ibid.*, p. 186.

ción Pública, la Beneficencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública. Sabemos que el estudio pormenorizado de cada establecimiento médico y asistencial enriquecerá sin duda la historiografía de la asistencia infantil en México. Sin embargo, en vista de que esta labor rebasaba los límites y tiempos de esta investigación, se optó por enfatizar tres momentos claves para entender cómo se fue institucionalizando la atención médica infantil.

De allí que nos enfocamos en la apertura y funcionamiento de los Centros de Higiene Infantil a partir de 1922. En un segundo momento se expuso acerca de la puesta en marcha de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia en 1929. Un proyecto que involucró los esfuerzos gubernamentales junto con los de la iniciativa privada y a pesar de su corta existencia, hoy en día sigue siendo considerada como uno de los pilares en la asistencia infantil en el siglo xx. Finalmente se abordó la apertura del Hospital Infantil de México en 1943, como uno de los primeros hospitales de especialidades que se fue consolidando a lo largo del siglo xx.

Consideramos, que además de mostrar las principales directrices de estas instituciones, era importante tratar de dimensionar cuál fue el impacto que tuvieron en el aspecto demográfico. Por esa razón se entrelazaron algunos datos estadísticos con el fin de ubicar cuál era la tendencia en la natalidad y la mortalidad infantil en esta época y relacionarlos con el impacto de los discursos médicos y las acciones de los establecimientos médicos.

Consideraciones finales

Cada año, millones de mujeres y niños mueren por causas evitables. No se trata de meras estadísticas: son personas con nombre y rostro cuyo sufrimiento es inadmisibile en pleno siglo XXI. Por lo tanto, tenemos que hacer más a favor de los recién nacidos que sucumben a una infección porque no reciben una simple inyección; a favor de los niños que nunca alcanzarán todo su potencial por culpa de la desnutrición. Tenemos que hacer más por la adolescente que se enfrenta con un embarazo indeseado; por la mujer casada que acaba de descubrir que está infectada con el VIH; y por la madre que padece complicaciones durante el parto.

Ban Ki-moon⁴⁶⁰

Estas son las palabras del Secretario General de las Naciones Unidas, fechadas en septiembre del 2010, con las que el lector se encuentra al comenzar a hojear la *Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños*. Al leerlas pareciera que uno volviera al punto de inicio de nuestra investigación. Altas tasas de mortalidad materna e infantil, pero no a principios del siglo XX, sino cien años después. ¿Qué sucedió con los avances gubernamentales, legislativos y médicos enmarcados en “el siglo de los niños”? Hoy en día existen mujeres que siguen muriendo por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto y niños que mueren a causa del paludismo, la tuberculosis, la neumonía, infecciones intestinales y por el VIH.

A pesar de los numerosos avances en políticas de protección a la infancia que tuvieron lugar en las primeras décadas del siglo XX, como hemos dado cuenta en estas páginas, la ONU ha declarado que en 2010

⁴⁶⁰ Ki-moon, *Estrategia*, 2010, p. 2.

El mundo no ha invertido todo lo que debía en la salud de las mujeres, las adolescentes, los recién nacidos, los niños menores de un año y los menores de cinco años. Como resultado, cada año se producen millones de muertes evitables, y hemos logrado menos progresos en el Objetivo de Desarrollo del Milenio: mejorar la salud materna, que en cualquier otro.⁴⁶¹

La Organización de las Naciones Unidas sigue considerando que el acceso a los servicios de salud es esencial, así como “el acceso a agua limpia, la lactancia materna exclusiva, la nutrición y la educación sobre cómo prevenir enfermedades”.⁴⁶² Las mismas condiciones que las autoridades sanitarias subrayaron desde las últimas décadas del siglo XIX. Esta instancia internacional ha expresado que cada país ha alcanzado distintos niveles de desarrollo para combatir la mortalidad materna e infantil, y como señalamos en la introducción, de acuerdo con el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* México ha tenido importantes avances en los últimos años en el abatimiento de la mortalidad materno e infantil, y como se señaló a lo largo de la investigación una parte importante del despeque de dicha tendencia tuvo lugar en el México posrevolucionario.

Sin embargo, a pesar de que este Programa reconoce los logros obtenidos a lo largo de las últimas décadas, también señala los retos que existen aún:

En materia de mortalidad infantil [el reto] son las brechas que existen entre los estados y áreas más desarrolladas, y las zonas marginadas. La probabilidad de que un niño nacido en Chiapas, Oaxaca o Guerrero muera antes de alcanzar su primer año de vida es 80% mayor que la probabilidad que presentan los niños nacidos en el Distrito Federal, Nuevo León o Coahuila [...] Una vez superado el primer año de vida, las tasas de mortalidad disminuyen de manera muy importante, para volver a incrementarse en las etapas más avanzadas de la vida. Las pocas muertes que se presentan en las niñas y niños de 1 a 4 años de edad se deben sobre todo a infecciones, problemas de la nutrición y lesiones.⁴⁶³

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 4.

⁴⁶² *Ibid.*, p. 3.

⁴⁶³ Secretaría, *Programa*, 2007, p. 26.

A lo largo de estas páginas se ha mostrado que el proceso de institucionalización en la atención médica infantil desde 1920 hasta 1943 no se puede entender como un proceso lineal y “triumfante”, pues las autoridades sanitarias no siempre contaron con los recursos necesarios para implementar y sostener los diversos proyectos para mejorar la salud materna e infantil. Además la población no siempre se manifestó dispuesta a modificar sus hábitos de vida y aceptar los preceptos higiénicos que las autoridades imponían.

El caso de la atención médica infantil en México entre las décadas de 1920 y 1940 se debe entender en el contexto de una tendencia en que distintos países europeos y del continente americano desplegaron diversos discursos y pusieron en marcha políticas para implementar y mejorar la atención a la niñez. Se mostró que los médicos tuvieron un papel importante en estas políticas en diversos países. Los médicos que asistían a la niñez y se desempeñaban en los establecimientos de la Secretaría de Educación Pública, la Beneficencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública consideraron alarmantes los índices de mortalidad infantil y formularon un complejo y heterogéneo discurso en torno a la infancia.

Por un lado delinearon el perfil de un “niño ideal”, aquel niño sano, robusto y sonriente que era sinónimo de buena salud y tenía mayores posibilidades de llegar a ser un futuro ciudadano saludable que un niño enfermo y débil. Sin embargo, es difícil ubicar a este niño ideal entre la población mexicana, pues por una parte las imágenes con que se le representó fueron en su mayoría tomadas de la propaganda estadounidense y poco o nada tenían que ver con la fisonomía mexicana. Por otra parte, se puede percibir que estos discursos médicos se dirigieron a dos sectores de la población bien diferenciados, aunque aparecen constantemente mezclados. Las clases medias y altas urbanas y los sectores populares urbanos y rurales. Aunque buena parte de los discursos médicos escritos y visuales llegaron a manos de las clases medias y altas, en la práctica los médicos atendían en los establecimientos asistenciales a mujeres y niños enfermos y a veces abandonados de los sectores populares urbanos, la llamada “niñez desvalida”. La intención de abordar estos elementos fue mostrar que el proceso de institucionalización de la atención médica infantil involucró muchas más aristas de las que se podrían pensar en un primer momento.

En esta investigación nos enfocamos en un plano más discursivo, aquel que diera cuenta de los distintos elementos que permitieron poner en marcha establecimientos donde se brindó atención médica a los niños

y que sostenemos que conformaron una etapa importante en la institucionalización de la atención médica infantil en el contexto de los gobiernos posrevolucionarios. Sin embargo, queda pendiente profundizar acerca de la recepción y resistencia hacia las políticas de asistencia infantil por diversos sectores de la población tanto urbana como rural, lo cual sin duda enriquecerá el conocimiento sobre la historia social de la salud en México. Tema sobre el que vale la pena plantear cuestionamientos y nuevas rutas de exploración para darle respuesta.

A lo largo de estas páginas se ha demostrado que la atención médica infantil en el México posrevolucionario se centró en buena medida en las madres y los niños en sus dos primeros años de vida, lo que para mediados de la década de 1930 se fue consolidando como atención materno-infantil o el binomio madre-hijo. Esta cuestión cobra relevancia por varios motivos. El primero es que las autoridades gubernamentales estaban interesadas en aumentar la densidad demográfica y en tener individuos vigorosos y longevos que fueran útiles y productivos en la etapa de reconstrucción nacional. Para ello se centraron en el individuo desde antes de su nacimiento. De allí que se insistiera en la importancia de que los progenitores y en especial las madres estuvieran sanos antes de procrear. Por otra parte, los discursos médicos sobre el cuidado infantil se dirigieron prácticamente en su totalidad a las madres, con lo que se les asignó la responsabilidad de vigilar la salud y el desarrollo de sus hijos. Tanto en los discursos como en la práctica médica se dio mayor atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio y a los niños en sus primeros años de vida, pues se consideraron el grupo más vulnerable y el que representaba altos índices de morbilidad y mortalidad.

En este punto las autoridades de salubridad y en particular los médicos y las enfermeras visitadoras cobraron relevancia al funcionar como los intermediarios para divulgar los preceptos científicos de la medicina y la higiene al “educar” a las madres tanto en el espacio público de los establecimientos asistenciales, como en el espacio privado del hogar, donde quisieron imponer los preceptos de la higiene. Cuestión que no debió ser fácil, pues en varias ocasiones la población se mostró reacia a aceptar los dictados de las autoridades de salubridad. Así se fue conformando un vínculo entre las autoridades, los médicos y las madres en el cuidado infantil.

Evidentemente el alcance de estos discursos y los establecimientos que brindaron atención médica a la niñez mexicana en esta época fue limitado. A pesar de que desde 1929 y sobre todo desde el cardenismo hubo

un interés de las autoridades porque los servicios de salud materna e infantil no se limitaran a la capital, sino que llegaran a diversos puntos de la República, ni los establecimientos ni el personal médico tenían la capacidad de atender a toda la población. Aún así consideramos que se trató de una época en que se establecieron las bases institucionales para el desarrollo de la atención infantil como una especialidad de la medicina, la pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadiano, Juan, *Establecimientos de beneficencia: apuntes sobre su origen y relación de los actos de su junta directiva*, México, Imprenta de la Escuela de Artes y Oficios, 1878.
- Agostoni, Claudia, “El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (eds.), *Modernidad, tradición y alteridad. La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2001, (Serie Historia Moderna y Contemporánea, 37), pp. 97-111.
- _____, “Salud pública y control social en la Ciudad de México a fines del siglo diecinueve”, en *Historia y Grafía*, Universidad Iberoamericana, núm. 17, 2001, México, pp. 73-97.
- _____, “Práctica médica en la ciudad de México durante el porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad”, en Laura Cházaro G., (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, Zamora Michoacán, El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2002, pp. 163-184.
- _____, *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*, University of Calgary Press/ University Press of Colorado/ Instituto de Investigaciones Históricas/ UNAM, 2003.
- _____, “Las delicias de la limpieza: la higiene en la ciudad de México”, en Pilar Gonzalbo, (dir.), *Historia de la vida cotidiana en México*. Anne Staples (coord.), IV *Bienes y vivencias. El siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica/ El Colegio de México, 2005, pp. 563-597.
- _____, “Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de 1920”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, ene.-jun. 2007, México, pp. 89-120.
- _____, “Historia de un escándalo. Campañas y resistencia contra la difteria y la escarlatina en la ciudad de México, 1926-1927”, en Claudia Agostoni, (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, pp. 287-311.

- _____, “Entre la persuasión, la compulsión y el temor: la vacuna contra la viruela en México, 1920-1940”, en Elisa Speckman, Claudia Agostoni y Pilar Gonzalbo (coords.), *Los miedos en la historia*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/ Instituto de Investigaciones Históricas/El Colegio de México/Centro de Estudios Históricos, 2009, pp. 149-173.
- Aguirre, Agustín, “Informe de los trabajos ejecutados en el Servicio de Higiene Escolar, en el primer semestre de 1921”, en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, t. 1, núm. 7 al 12, jul.-dic. 1921, pp. 325-329.
- _____, “Profilaxis de las enfermedades transmisibles de los niños en la edad escolar”, en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, t. 1, núm. 7 al 12, jul.-dic. 1921, pp. 203-212.
- Aguirre Arvizu, Virginia, “De la Beneficencia a la Asistencia Pública en México (1876-1940)”, tesis de licenciatura en historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
- Alanís Rufino, Mercedes, “El Hospital de Maternidad e Infancia, 1861-1905. Los inicios de la medicalización de la obstetricia en la ciudad de México”, tesis de maestría en historia, México, Instituto Mora, 2007.
- Álvarez Amézquita, José, Miguel E. Bustamante y Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, 4 vols.
- Apple, Rima D., *A Social History of Infant Feeding 1890-1950*, Wisconsin, The University of Wisconsin Press, 1987.
- _____, *Perfect Motherhood. Science and Childrearing in America*, New Jersey, Rutgers University Press, 2006.
- Arce Gurza, Francisco, “En busca de una educación revolucionaria, 1924-1934” en Vázquez, Josefina Zoraida, *Ensayos sobre historia de la educación en México*, México, El Colegio de México, 1995.
- _____, “El inicio de una Nueva Era, 1910-1945” en Francisco Arce Gurza, et al., *Historia de las profesiones en México*, México, Programas Educativos, 1982, pp. 223-379.

- Ariès, Philippe, *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*, Madrid, Taurus, 1989. (edición original en francés, 1960).
- Armus, Diego, (comp.), *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar editorial, 2005, (colección Salud colectiva).
- Arrom, Silvia Marina, *Las mujeres de la ciudad de México 1790-1857*, México, Siglo XXI Editores, 1988.
- Ávila Cisneros, Ignacio, *et al.*, *Historia de la Pediatría en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1997.
- Bajo, Fe y José Luis Betrán, *Breve historia de la infancia*, Madrid, ediciones Temas de Hoy, 1998.
- Ballester Añón, Rosa, “La infancia como valor y como problema” en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 15, 1995, Granada, pp. 177-292.
- , “Reseña”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 22, 2002, Granada, pp. 572-574.
- , y Enrique Perdiguero Gil, “Ciencia e ideología en los estudios sobre crecimiento humano en Francia y en España (1900-1950)” en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 23, 2003, Granada, pp. 61-84.
- Barbosa Cruz, Mario, *El trabajo en las calles. Subsistencia y negociación política en la ciudad de México a comienzos del siglo xx*, México, El Colegio de México/Universidad Autónoma Metropolitana-Cuajimalpa, 2008.
- Benavidez Vázquez, Lázaro, “Una disciplina, una decisión y una nueva visión. Federico Gómez y la escuela pediátrica”, en Roberto Uribe Elías (coord.), *El pensamiento médico contemporáneo*, México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina/Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2009, pp. 171-179.
- Benejam D., María Antonieta, *et al.*, *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, México, 1984.
- Bermúdez, Salvador, “La Escuela de Salubridad. Anexa al Departamento de Salubridad Pública. Por el Dr. Salvador Bermúdez. Director de la Escuela” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, Editorial Cultura, núm. 1, 1925, México, DF, pp. 51-55.

- _____, “Escuela de Salubridad. Informe correspondiente al año de 1931” en *Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública, Publicación a cargo del Servicio de Educación Higiénica, Imprenta del Departamento de Salubridad Pública*, vol. II, núm. 1-2-3-4, ene.-dic., México, DF, 1931, pp. 198-199.
- Birn, Anne-Emanuelle, *Marriage of Convenience. Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*, Rochester, University of Rochester Press, 2006.
- _____, “Child Health in Latin America: Historiographic Perspectives and Challenges” en *História, Ciências, Saude- Manguinhos*, v. 14, núm. 3, july-sept. 2007, Río de Janeiro, pp. 677-708.
- _____, “Revolución nada más. La campaña de la Fundación Rockefeller contra la uncinariasis en México durante la década de los años veinte”, en Claudia Agostoni, (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, pp. 257-286.
- Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 67, supl. 1, abril 2010, México.
- Bolstanki, Luc, *Puericultura y moral de clase*, Barcelona, editorial Laia, 1974. (edición original en francés, 1969).
- Borrás Llop, José, *Historia de la infancia en la España contemporánea 1834-1936*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales fundación Germán Sánchez Ruiperez, 1996.
- Burke, Peter, “Obertura: la nueva historia, su pasado y su futuro” en Peter Burke, *et al.*, *Formas de hacer historia*, Madrid, Alianza Universidad, 1993, pp. 11-37.
- Bustamante, Miguel E., “Salubridad local en México” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, 1930, vol. 1, num. 4, oct.-dic., pp. 1408-1425.
- _____, *et al.*, *La salud pública en México 1959-1982*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1985.
- _____, *Cinco personajes de la salud en México*, México, editorial Porrúa, 1986.
- Cárdenas de la Peña, Enrique, *Introducción a la Historia de la medicina en la ciudad de México*, 2ª edición, México, Méndez editores, 2008.

- Carrillo, Ana María, “El Servicio de Higiene Escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882” en *Revista Mexicana de Pediatría*, vol. 66, núm. 2, mar.-abr. 1999, pp. 71-74.
- _____, “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México” en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, vol. 19, 1999, pp. 167-190, (Separata).
- _____, “Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud” en Guillermo Fajardo Ortiz, *et al.*, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México, 1902-2002*, México, Organización Panamericana de la Salud/ Universidad Nacional Autónoma de México/ Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002, pp. 17-64.
- _____, “Salud pública y poder durante el Cardenismo: México, 1934-1940”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, vol. 25, 2005, Instituciones sanitarias y poder en América Latina (edición a cargo de Marcos Cueto), pp. 145-178.
- _____, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños. La inspección médica escolar (1896-1913)” en Laura Cházaro y Rosalina Estrada (eds.), *En el umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*, Guadalajara, El Colegio de Michoacán/ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2005, pp. 171-207.
- _____, “La alimentación «racional» de los infantes: maternidad «científica», control de las nodrizas y lactancia artificial” en Julia Tuñón, (comp.), *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México, 2008, pp. 227-280.
- Chaoul Pereyra, María Eugenia, “La escuela nacional elemental en la ciudad de México como lugar, 1896-1910” en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, Instituto Mora, núm. 61, ene.-abr. 2005, México, pp. 145-176.
- “Centro de Higiene Infantil “Manuel Domínguez”. Informe trimestral de las labores ejecutadas durante los meses de julio, agosto y septiembre de 1926” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Editorial Cultura, núm. 4, 1926, México, DF, pp. 129-130.

- Código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, edición oficial, Departamento de Salubridad Pública, 1926.
- Cuenya Mateos, Miguel Ángel, “La mortalidad infantil en la Puebla revolucionaria (1911-1920)” en María de Lourdes Herrera Feria, (coord.) *Estudios sociales sobre la infancia en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2007, pp. 313-341.
- Cueto, Marcos, *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2004.
- _____, Jorge Lossio y Carol Pasco (eds.), *El rastro de la salud en el Perú*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Estudios Peruanos, 2009.
- “Curso Para Enfermeras Visitadoras” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, Editorial Cultura, núm. 1 y 2 1926, México, DF, p. 370.
- Dávila Balsera, Paulí, “El largo camino de los derechos del niño: entre la exclusión y la protección” en Antonio Padilla y Alcira Soler, (coords.), *La infancia en los siglos XIX y XX. Discursos e imágenes, espacios y prácticas*, México, Casa Juan Pablos/ Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2008, pp. 71-110.
- Del Castillo Troncoso, Alberto, “La polémica en torno a la educación sexual en la ciudad de México durante la década de los años treinta: conceptos y representaciones de la infancia” en *Estudios sociológicos*, XVIII, núm. 52, 2000, pp. 203-226,
- _____, “Médicos y pedagogos frente a la degeneración racial: la niñez en la ciudad de México, 1876-1911”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman, (editoras), *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, UNAM-Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, (Serie Historia Moderna y Contemporánea, 43), pp. 83-107.
- _____, *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México 1880-1920*, México, El Colegio de México/ Instituto Mora, 2006.
- _____, “La invención de un concepto moderno de niñez en México en el cambio del siglo XIX y XX”, en María Eugenia Sánchez Calleja, y Delia Salazar Anaya, (coords.), *Los niños: su*

- imagen en la historia*, México, INAH, 2006, 167 pp., (Colección Científica, 492, Serie Historia), pp. 101-115.
- _____, “Infancia y revolución. Imágenes y representaciones de la niñez en México durante las primeras décadas del siglo xx”, en Pablo Rodríguez y María Emma Mannarelli, (coords.), *Historia de la infancia en América Latina*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 443-457.
- Del Castillo Troncoso, Carlos y Patricia Aceves Pastrana, “Roque Maucouzet y su arte de criar y de curar a los niños”, en Xóchitl Martínez Barbosa, (coord.), *Historia de la Medicina en el siglo XXI: distintas voces*, México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2010, pp. 273-285.
- Delgado, Buenaventura, *Historia de la infancia*, Barcelona, Ariel, 2000.
- Departamento de Salubridad Pública, *Organización y funcionamiento del Servicio de Higiene Infantil*, México, Dirección General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 1989, (primera edición, 1929).
- “Departamento de Salubridad Pública. Reglamento general” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, Editorial Cultura, núm. 1, 1925, México, DF, pp. 191-200.
- Díaz y de Ovando, Clementina, “Las fiestas del «Año del Centenario»: 1921” en *México: Independencia y Soberanía*, México, Secretaría de Gobernación/Archivo General de la Nación, 1996, pp. 103-187.
- “Discurso pronunciado por el Doctor Bernardo J. Gastélum en el Teatro Principal de Toluca, al inaugurar la Campaña Nacional Antivenérea” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Editorial Cultura, núm. 1, publicación trimestral, 1927, México, DF, pp. 6-8.
- Donzelot, Jacques, *La policía de las familias*, Valencia, Pre-textos, 1990, (edición original en francés, 1977).
- “El Instituto de Higiene se inauguró ayer. México, desde ayer, cuenta con una institución que justamente puede enorgullecer a toda la nación. El presidente hizo la gran inauguración. El jefe del Departamento de Salubridad, Dr. Bernardo J. Gastélum, pronunció un discurso alusivo”, en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, México, DF, T. III, 1927, Editorial Cultura, pp. 271-274.

- “El servicio de enfermeras visitadoras voluntarias” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, México, DF, núm. 1 y 2, 1927, Editorial Cultura, México, pp. 9-10.
- “En el niño está el porvenir de la patria”, México, Dirección General de Asistencia Infantil”, s.p.i., c. 1934.
- “Escuela de Salubridad. Informe de las labores efectuadas durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1926”, en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, Editorial Cultura, T. III, 1927, México, DF, p. 119.
- Espinosa de los Reyes, Isidro, “Apuntes sobre puericultura intrauterina” en *Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño*, México, *El Universal*, 1921, pp. 29-33.
- Espinosa de los Reyes Sánchez, Víctor Manuel, “Integración de la ciencia y la nueva tecnología con visión social: la gineco-obstetricia moderna. Semblanza de Isidro Espinosa de los Reyes y Luis Castelazo Ayala”, en Roberto Uribe Elías (coord.), *El pensamiento médico contemporáneo*, México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina/ Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2009, pp. 200-223.
- “Factores causantes de la mortalidad infantil. News Release, Children’s Bureau, U. S. Department of Labor (May 11, 1925).- Amer. Journ. of Public Health, Jul 1925” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, México, DF, número 1, 1925, Editorial Cultura, México, pp. 232-237.
- Fajardo Ortiz, Guillermo, *et al.*, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México, 1902-2002*, México, Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la medicina, 2002.
- Fonssagrives, Jean Baptiste, *Dictionnaire de la Santé ou répertoire d’hygiène pratique a l’usage des familles et des écoles*, Paris, Librairie Charles Delagrave, 1876.
- _____, *Tratado de higiene de la infancia*, versión castellana de Manuel Flores y Pla, Madrid, Librería de El Cosmos editorial, 1885.
- Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, trad. de Francisca Perujo, México, Siglo XXI Editores, 22° edición, 2006, (Salud y sociedad), (edición original en francés, 1953).

- _____, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, traducción de Aurelio Garzón, México, Siglo XXI editores, 24ª edición, 1996, (Nueva criminología y derecho), (edición original en francés, 1975).
- _____, “La política de la salud en el siglo XVIII” en *Saber y verdad*, (ed.), trad. y pról. Julia Varela, Madrid, ediciones de la Piqueta, 1991, pp. 89-106, (Genealogía del poder, 10), (edición original en francés, 1976).
- Fuentes, Mario Luis, *La asistencia social en México. Historia y perspectivas*, México, ediciones del Milenio, 1998.
- Galván Lafarga, Luz Elena, “La niñez desvalida. El discurso de la prensa infantil del siglo XIX, en Antonio Padilla y Alcira Soler, (coords.), *La infancia en los siglos XIX y XX. Discursos e imágenes, espacios y prácticas*, México, Casa Juan Pablos/Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2008, pp. 169-183.
- García Fuentes, D., “Observaciones” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, número 1, 31 de enero de 1920, pp. 26-27.
- García Icazbalceta, Joaquín, *Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección de esta capital; su estado actual; noticia de sus fondos; reformas que desde luego necesitan y plan general de su arreglo*, México, Moderna Librería Religiosa, 1907.
- Gargallo, Francesca, “Hacia una apreciación histórica de la niñez en la calle en América Latina” en Rodríguez, Pablo y María Emma Mannarelli, (coords.), *Historia de la infancia en América Latina*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 535-549.
- Genta Mesa, Giuseppe, “Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura” en *Iatreia*, Universidad de Antioquia, vol. 19, núm. 3, sep. 2006, Colombia, pp. 296-304.
- Giddens, Anthony, *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, Madrid, Amorrortu editores, 2006, (primera edición 1984).
- Giorgio, Michela de, “El modelo católico” en Georges Duby y Michelle Perrot, *Historia de las mujeres en Occidente*, vol. 7 siglo XIX. *La ruptura política y los nuevos modelos sociales*, trad. de Marco Aurelio Galmarini, Madrid, Taurus Ediciones, 1993, pp. 183-217.

- Gómez Santos, Federico, *La salud y la familia. Puericultura práctica*, México, Graphimed, 2010.
- _____, “La atención al niño enfermo a partir de la Independencia” en Ignacio Ávila Cisneros, *et al.*, *Historia de la pediatría en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1997, pp. 311-332.
- Guajardo, Eusebio, “Informe acerca del Segundo Congreso Internacional para la protección de la infancia, reunido en Bruselas del 18 al 21 de junio, que rinde al Departamento de Salubridad el Dr. Eusebio Guajardo, presidente de la Delegación Mexicana a dicho Congreso”, en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, t. I, núm. 7 a 12, jul.-dic. 1921, pp. 352-373.
- Gudiño Cejudo, María Rosa, “Educación higiénica y consejos de salud para campesinos en el sembrador y el maestro rural, 1929-1934”, en Claudia Agostoni, (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, pp. 71-97.
- _____, “Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960. Del papel a la pantalla grande”, tesis de doctorado en historia, México, El Colegio de México, 2009.
- _____, “Salud para las Américas y Walt Disney. Cine y campañas de salud en México, 1943-1946”, en Alicia Azuela y Guillermo Palacios, (coords.), *La mirada mirada. Transculturalidad e imaginarios del México revolucionario, 1910-1945*, México, El Colegio de México/ Universidad Nacional Autónoma de México, 2009 pp. 179-203.
- Guerrero Flores, David, “Los niños de la Beneficencia Pública en la Ciudad de México (1910-1920)” en Delia Salazar Anaya y María Eugenia Sánchez Calleja, *Niños y adolescentes: normas y transgresiones en México, siglos XVIII-XX*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2008, pp. 61-84.
- Guerrero Ochoa, Alberto C., “El doctor Alfonso Rafael Ochoa Maldonado” en *Boletín de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina*, vol. III, núm. 15, jun. 1976, México, pp. 51-63.
- Guy, Donna J., “The Pan American Child Congresses, 1916 to 1942: Pan Americanism, Child Reform, and the Welfare State in

- Latin America” en *Journal of Family History*, vol. 23, núm. 3, 1998.
- Hecht, Tobias, (ed.), *Minor Omissions. Children in Latin American History and Society*, The University of Wisconsin Press, 2002, 277 pp.
- Hernández Franyuti, Regina, *El Distrito Federal: historia y vicisitudes de una invención, 1824-1994*, México, Instituto Mora, 2008, (Historia urbana y regional).
- Herrera Feria, María de Lourdes, “El cuerpo de los niños bajo la mirada de las instituciones sociales y médicas en Puebla a finales del siglo XIX”, en Laura Cházaro, y Rosalina Estrada (eds.), *En el umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*, Guadalajara, El Colegio de Michoacán/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2005, pp. 209-239.
- _____, “La infancia asilada en las instituciones de asistencia pública en Puebla durante la segunda mitad del siglo XIX”, en María de Lourdes Herrera Feria, (coord.) *Estudios sociales sobre la infancia en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2007, pp. 269-300.
- Herrera Ortega, Silvia, “La eugenesia en México: antecedentes y primera década de trabajo de la Sociedad Mexicana de Eugenesia”, tesis de licenciatura en historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2007.
- INEGI, *Estadísticas históricas de México*, México, INEGI, 2009, (Colección Memoria).
- “Informe de trabajos realizados en la oficina técnica de educación higiénica, según los mandatos del plan sexenal” en *Memoria del Departamento de Salubridad Pública, septiembre de 1937- agosto de 1938. Presentada al H. Congreso de la Unión por el jefe del departamento Dr. Leónides Andrew Almazán*, México, D.A.P.P., 1938, pp. 137-140.
- Informe general del Departamento de Salubridad que comprende las labores llevadas a cabo durante la administración del c. Lic. Emilio Portes Gil, siendo jefe del Departamento el c. Dr. Aquilino Villanueva*, México, Departamento de Salubridad, 1930, pp. 11-12.
- Informes rendidos por el c. general Álvaro Obregón presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos ante el H. Congreso de la Unión durante el periodo de 1921 a 1924, y contestaciones de los cc. Presidentes del citado*

- congreso en el mismo periodo*, México, Talleres linotipográficos del “Diario Oficial”, 1924.
- “Instrucciones generales para la Unidad Sanitaria Municipal” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, México, DF, núm. 1 y 2, 1927, Editorial Cultura, México, DF, pp. 21-24.
- Jiménez Hernández, Juan Herman, “La lucha antivenérea en el Distrito Federal en los años veinte”, tesis de licenciado en historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.
- “Junta Federal de Protección de La Infancia, *Para las Madres* (por el Dr. J. M. Puig Casauranc)”, en *Publicaciones de la Secretaría de Educación Pública*. T. V, núm. 17, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1925.
- Key, Ellen, *El siglo de los niños (estudios)*, versión española por Miguel Domenge Mir, Barcelona, imprenta de Henrich y Compañía, 1906, 2 vols., (edición original, 1900).
- Ki-moon, Ban, *Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños*, Nueva York, ONU, 2010. Disponible en www.un.org/spanish/sg/pdf
- Knibiehler, Yvonne, *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001, (Colección Claves), (edición original en francés, 2000).
- Knight, Alan, “Estado, revolución y cultura popular en los años treinta” en M. T. Águila, *Perspectivas sobre el cardenismo. Ensayos sobre economía, trabajo, política y cultura en los años treinta*, México, Universidad Autónoma Metropolitana/ Azcapotzalco, 1996, pp. 297-323.
- La atención materno infantil. Apuntes para su historia*, México, Secretaría de Salud, 1993.
- Lain Entralgo, Pedro, *Historia Universal de la Medicina*, 7 vols., México, Salvat, 1972.
- Lara y Pardo, Luis, “La puericultura en México. Trabajo presentado a concurso ante la Academia de medicina” en *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de medicina*, T. III, 2ª serie, núm. 13, 1º de jul. 1903, pp. 201-288.
- Liceaga, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos*. Obra póstuma, arreglo, preliminar y notas por Francisco Fernández del Castillo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949.

- “Liminar” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, Editorial Cultura, núm. 1, 1925, México, DF, pp. 5-7.
- López de Nava Ysunza, Guillermo, *Higiene escolar. Breves consideraciones sobre el estado que guarda en el momento actual en la República Mexicana, prueba escrita que para su examen profesional de médico, cirujano y partero*, México, 1934.
- López Ferman, Lilia Isabel, “La leche de vaca en la dieta infantil de la ciudad de México, 1920” en María de Lourdes Herrera Feria, (coord.) *Estudios sociales sobre la infancia en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2007, pp. 199-219.
- López Piñero, José María, *Breve historia de la medicina*, Madrid, Alianza editorial, 2008, (Medicina y Salud), (primera edición, 2000).
- Lorenzo, María Dolores, “El Tecpam de Santiago-México. Una institución de asistencia pública para los futuros trabajadores” en Pablo Rodríguez y María Emma Mannarelli, (coords.), *Historia de la infancia en América Latina*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 247-261.
- Macouzet, Roque, *Arte de criar y de curar a los niños*, Barcelona, Fidel Giró, impresor, 1910.
- Malda, Gabriel, “Bases para la organización del servicio de higiene escolar. Correspondencia entre el Departamento Superior de Salubridad y el H. Ayuntamiento de la ciudad de México”, en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, t. I, núm. 1 a 6, ene.- jun. 1921, pp. 150-151.
- _____, “La nueva época del Boletín del Departamento de Salubridad” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, t. I, núm. 1 a 6, ene.- jun. 1921, pp. I-II.
- Marcial Avendaño, Armando D., “Higiene y metrópoli en el gobierno de Álvaro Obregón” en María del Carmen Collado (coord.), *Miradas recurrentes I. La ciudad de México en los siglos XIX y XX*, México, Instituto Mora/UAM, 2004, pp. 333-348.
- Martínez Báez, Manuel, *et al.*, *Libro para la madre mexicana*, sugerido por la señora Aída S. de Rodríguez y preparado por el doctor Manuel Martínez Báez con la colaboración de los señores doctores: Francisco de P. Miranda, Mario Torroella y Manuel Cárdenas de la Vega, México, 1934.

- Martínez Cortés, Fernando, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003, (La ciencia para todos/45). (Primera edición 1987).
- Martínez Cortés, Fernando, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, México, Bristol-Myers de México S.A de C.V., 1993.
- Martínez Cortés, Fernando y Xóchitl Martínez Barbosa, *El Consejo Superior de Salubridad, rector de la salud pública en México*, México, SmithKline Beecham, 1997.
- Martínez Cortés, Fernando y Xóchitl Martínez Barbosa, *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General III*, México, SmithKline Beecham, 2000.
- “Memorándum para pedir al Ciudadano Presidente de la República la Formación de la Junta Federal de Protección de la Infancia”, en *Boletín de la Junta Federal de Protección de la Infancia*, Secretaría de Educación Pública. Dirección Editorial, núm. 1, agosto 1924, México, p. 7.
- Memoria de la Semana del Niño. Organizada por el Departamento de Salubridad Pública, con motivo de la celebración del primer centenario de la consumación de la Independencia*, México, septiembre de 1921.
- Memoria del Departamento de Salubridad Pública*, 1920.
- Memoria del Departamento de Salubridad Pública*, 1921.
- Memoria del Primer Congreso Mexicano de Pediatría. Organizado por la Sociedad Mexicana de Puericultura*, publicado por el Comité organizador, bajo la dirección del Dr. Alfonso G. Alarcón, México, editorial NIPIOS, 1938.
- Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño 1921*, México, El Universal, 1921.
- Memoria del Segundo Congreso Mexicano de Pediatría. Reunido en la ciudad de México durante la semana comprendida del 16 de marzo al 1º de abril de 1944. Convocado por la Sociedad Mexicana de Pediatría, editada bajo la dirección del Dr. Alfonso G. Alarcón*, México, III tomos, 1946.
- Memoria del VII Congreso Panamericano del Niño. Reunido en la ciudad de México del 12 al 19 de octubre de 1935*, T. I, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1937.

- Memorias del Primer Congreso Higiénico-Pedagógico reunido en la ciudad de México el año de 1882*, México, Imprenta del Gobierno en Palacio, 1883.
- Memorias del Segundo Congreso Mexicano del Niño. Reunido en esta Ciudad el mes de enero de 1923. Informe del relator general Dr. J. M. Puig Casauranc*, México, Secretaría de Educación Pública/ Dirección editorial, 1925.
- Memoria de las labores realizadas durante el año fiscal julio 1932-junio 1933*, México, Imprenta del Departamento de Salubridad, 1933.
- “Ministerio de Justicia. Ley orgánica de Instrucción Pública en el Distrito Federal” 2 de diciembre de 1867, en Dublán y Lozano, *Legislación*, 1878, t. x, pp. 193-205.
- Muriel, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*, México, UNAM/Cruz Roja Mexicana, 2ª (ed.), 1990, II vols., (Instituto de investigaciones Históricas, Serie Historia Novohispana/12), (edición original, 1956).
- _____, “La transmisión cultural en la familia criolla novohispana” en Pilar Gonzalbo Aizpuru, (coord.), *Familias novohispanas. Siglos XVI al XIX*, México, El Colegio de México/ Centro de Estudios Históricos, 1991, pp. 109-122.
- Neri Vela, Rolando, “La salud en México durante los años 1941 a 1981” en Fajardo Ortiz, Guillermo, *et al.*, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México, 1902-2002*, México, Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la medicina, 2002, pp. 67-98.
- “Observaciones” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, núm. 1, 31 de enero de 1920, pp. 26-29.
- Pani, Alberto J., *La higiene en México*, México, imprenta de J. Balleca, 1916.
- Paredo, Pedro, “La obstrucción nasal como una de las causas de perturbaciones en el desarrollo físico, intelectual y moral en los niños” en *Gaceta Médica de México, Periódico de la Academia Nacional de medicina*, t. LV, (2ª de la 4ª serie), 1921, pp. 183-200.
- Perdigueró Gil, Enrique, (comp.), *Salvad al niño*, Valencia, Universitat de Valencia, 2004.
- Peset, José Luis, “*Dynamis* en sus 25 años” en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, “Institucio-

- nes sanitarias y poder en América Latina” (edición a cargo de Marcos Cueto), vol. 25, 2005, pp. 25-45.
- Peza, Juan de Dios, *La Beneficencia en México*, México, imprenta de Francisco Díaz de León, 1881.
- “El presupuesto del Departamento de Salubridad para 1943”, en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación bimestral, vol. VI, núm. 3, feb. 1943, pp. 1-2.
- Rabell Romero, Cecilia Andrea, “Introducción: el cambio demográfico en las sociedades modernas” en José Gómez de León y Cecilia Rabell, (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, Fondo de Cultura Económica-CONAPO, 2001. (Estructura económica y social de México).
- Ramírez, Santiago, “Niños perversos en periodo de lactancia” en *Boletín Médico del Hospital Infantil*, vol. 4, núm. 4, jul.-ago. 1947, México, pp. 444-453.
- “Reconocimientos y premios en la Escuela de Salubridad. Premios” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, Editorial Cultura, núm. 1, 1925, DF, México, p. 171.
- Ricard, Robert, *La conquista espiritual de México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1994, (primera edición, 1947).
- Rivera, Elva y Gloria Tirado, “Los derechos de la infancia en México (del pasado al presente)”, en María de Lourdes Herrera Feria, (coord.) *Estudios sociales sobre la infancia en México*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2007, pp. 35-66.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, Gabriela Castañeda López y Rita Robles Valencia, *Protagonistas de la Medicina Científica Mexicana, 1800-2006*, México, UNAM / Facultad de medicina, Plaza y Valdés Editores, 2008.
- Rodríguez Jiménez, Pablo, “La Pediatría en Colombia. 1880-1960. Crónica de una alegría” en Pablo Rodríguez y María Emma Mannarelli, (coords.), *Historia de la infancia en América Latina*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 359-388.
- Rodríguez Ocaña, Esteban, “La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 23, 2003, Granada, pp. 27-36.

- Rollet, Catherine, “History of the health notebook in France: A stake for mothers, doctors and state” en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 23, 2003, Granada, pp. 143-166.
- Román Villar, Martha, “Instituciones médicas, educación higiénica y puericultura en la ciudad de México, 1876-1930”, tesis de maestría en historia, México, UNAM, 2010.
- Romero, Susana, “Un siglo de legislación sobre infancia en América Latina. Un cuadro cronológico”, en Pablo Rodríguez y María Emma Mannarelli, (coords.), *Historia de la infancia en América Latina*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 615-632.
- Rosas Lauro, Claudia, “El derecho de nacer y de crecer. Los niños de la Ilustración. Perú, siglo XVIII” en Pablo Rodríguez y María Emma Mannarelli, (coords.), *Historia de la infancia en América Latina*, 2007, pp. 215-227.
- Ruiz, Luis E., *Nociones elementales de higiene*, 2ª edición, México, imprenta de Aguilar e hijos, 1898.
- _____, “Cartilla de higiene acerca de las enfermedades transmisibles destinadas a la enseñanza primaria” en *Gaceta Médica de México*, t. 3, 2ª serie, 1903, pp. 163-184.
- _____, *Tratado elemental de higiene*, México, oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1904.
- _____, *Apuntes históricos de la Escuela Nacional de Medicina*, pról. Salvador Iturbide Alvérez, México, UNAM, Facultad de Medicina, 1963, (Archivalia médica, 1).
- Saade Granados, Marta María, *El cultivo racional del pueblo. La Sociedad Mexicana de Eugenesia, 1931-1935*, tesis de maestría en Historia, ENAH, México, 2002.
- _____, “¿Quiénes deben procrear? Los médicos eugenistas bajo el signo social (México, 1931-1940)” en *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, nueva época, vol. 11, núm. 31, may.- ago. 2004, Raza, fobias e intolerancias, México, pp. 49-84.
- Saavedra, Alfredo M., “La obra pro-infancia en México”, en *Revista Mexicana de Puericultura. Órgano de la Sociedad Mexicana de Puericultura*, México, marzo de 1936, tomo VI, núm. 65, pp. 187-203.

- _____, “La Puericultura en México” en *Medicina. Revista Mexicana*, México, tomo XLVIII, año XLVIII, núm. 1029, febrero 1968, pp. 64-120.
- Salazar Anaya, Delia y María Eugenia Sánchez Calleja, (coords.), *Niños y adolescentes: normas y transgresiones en México, siglos XVIII-XX*, México, INAH, 2008 (Colección Científica, Serie Historia, 538).
- Salvadori, Massimo L., *Breve historia del siglo XX*, México, Alianza editorial/ Humanidades/ Historia, 2002.
- Sánchez Calleja, María Eugenia, “Prostitutas adolescentes en la Ciudad de México, 1926-1940”, tesis de licenciatura en historia, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1996.
- _____, “Prostitución en menores de edad: entre la prohibición y la tolerancia. Ciudad de México 1920-1940”, tesis de maestría en historia y etnohistoria, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2002.
- _____, “Niños desvalidos, abandonados o delincuentes. Sus derechos: una historia en construcción, 1920-1930”, en María Eugenia Sánchez Calleja y Delia Salazar Anaya, (coords.), *Los niños: su imagen en la historia*, México, INAH, 2006, (Colección Científica, Serie Historia, 492), pp. 117-133.
- _____, *Niños y adolescentes en abandono moral. Ciudad de México (1864-1926)*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2014, (Colección Historia, Serie Logos).
- _____ y Delia Salazar Anaya, (coords.), *Los niños: su imagen en la historia*, México, INAH, 2006, (Colección Científica, Serie Historia, 492).
- Sánchez Ríos, Feliciano, *La puericultura en México. Obra de texto de acuerdo con los programas vigentes de la materia*, México, Publicaciones “PUERICULTURA”, 1952.
- Sánchez-Valverde Visus, Carlos, “La Junta de protección a la infancia de Barcelona 1908-1985: aproximación histórica y guía documental de su archivo”, Barcelona, Universitat de Barcelona, tesis de doctorado en pedagogía, 2006.
- Santamarina, Rafael, “Informe rendido por el c. Dr. Rafael Santamarina, relativo al Congreso para la protección de la Infancia, reunido en Bruselas”, en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, tomo I, números 7 a 12, julio a diciembre de 1921, pp. 373-378.

- Santiago Antonio, Zoila, “Los menores infractores y el Tribunal para menores en el México posrevolucionario 1927-1934”, tesis de maestría en Historia, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, 2009.
- Schmidt, Samuel y Jorge Gil Mendieta, “La red de poder mexicana” en Gil Mendieta y Samuel Schmidt, (eds.), *Análisis de Redes. Aplicaciones en Ciencias Sociales*, México, UNAM, 2002, pp. 95-155.
- Secretaría de Economía, Dirección General de Estadística, *Estadísticas sociales del porfiriato 1877-1910*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1956.
- Secretaría de Educación Pública, “Derechos del niño” en *Boletín de la Junta Federal de Protección de la Infancia*, número 1 agosto, México, Publicaciones de la Secretaría de Educación Pública, tomo III, núm. 17, 1925.
- Secretaría de la Asistencia Pública, *La Asistencia Social en México. Sexenio 1934-1940*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1940.
- Secretaría de Salud, *Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”*, México, Secretaría de Salud / Secretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2002.
- Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, Secretaría de Salud, 2007.
- “Semanas de higiene” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación bimestral, vol. VI, núm. 3, feb. 1943, pp. 205-208.
- “Servicio” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, Editorial Cultura, núm. 1 y 2, 1927, México, DF, pp. 10-11.
- “Servicio de propaganda y educación higiénicas” en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, publicación trimestral, Editorial Cultura, núm. 1, 1925, México, DF, pp. 171-172.
- Silveira Netto Nunes, Eduardo, “Os Primeiros Congressos Panamericanos del Niño (1916, 1919, 1922, 1924) e participação do Brasil” en *Anais do XIX Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão*, ANPUH/SP, Sao Paulo, 2008.
- Siurob, José, “Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública en favor de la infancia” en *Salubridad. Publicación a cargo del Servicio de Educación e Higiene*, vol. VI, núm. I, Imprenta

- del Departamento de Salubridad Pública, ene.-dic. 1935 ene.-jun. 1936, México, DF, pp. 11-17.
- Sosa López, Consuelo Rosa, “El concepto de madre ideal en el discurso médico en México (1870-1930)”, tesis de doctorado en historia, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2005.
- Sosenski Correa, Susana, “Diversiones malsanas: el cine y la infancia en la ciudad de México en la década de 1920”, en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, México, Instituto Mora, núm. 66, sept.-dic. 2006, México, pp. 37-64.
- _____, “El trabajo infantil en la ciudad de México, 1920-1934”, tesis de doctorado en historia, México, El Colegio de México, 2008.
- _____, “Un remedio contra la delincuencia: el trabajo infantil en las instituciones de encierro de la Ciudad de México durante la posrevolución”, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. LX, núm. 2, jul.-dic. 2008, Madrid, pp. 95-118.
- _____, *Niños en acción. El trabajo infantil en la ciudad de México, 1920-1934*, México, El Colegio de México/Centro de Estudios Históricos, 2010.
- Speckman Guerra, Elisa, *Crimen y castigo. Legislación penal, interpretaciones de la criminalidad y administración de justicia (Ciudad de México, 1872.1910)*, México, El Colegio de México/UNAM, 2002.
- Staples, Anne, “Primeros pasos de la higiene escolar decimonónica”, en Claudia Agostoni, (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM / Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, pp. 17-42.
- Stern, Alexandra, “Mestizofilia, biotipología y eugenesia”, en *Relaciones. Revista de El Colegio de Michoacán*, invierno, vol. 21, núm. 81, Zamora, México, 2000, pp. 57-92.
- _____, “Madres conscientes y niños normales: eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario 1920-1940”, en Laura Cházaro G., (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, Zamora, El Colegio de Michoacán/ Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo, 2002, pp. 293-336.
- Súarez y López Guazo, Laura, *Eugenesia y racismo en México*, México, UNAM/ Dirección General de Estudios de Posgrado, 2005, (Colección Posgrado, 25).

- Szir, Sandra M., *Infancia y cultura visual. Los periódicos ilustrados para niños (1880-1910)*, Buenos Aires, Miño y Dávila editores, 2007.
- Toussaint Aragón, Eugenio, *Hospital Infantil de México. "Dr. Federico Gómez" 1943-1983*, México, 1983.
- Urías Horcasitas, Beatriz, *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*, México, Tusquets editores, 2007, (Historia).
- Ursúa, Antonia L., "Cartilla de puericultura para las madres", en *Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño*, México, El Universal, 1921, pp. 278-284.
- Urzaiz, Eduardo, *Eugenia (Esbozo novelesco de costumbres futuras)*, México, Publicaciones y Bibliotecas SEP, 1982, 126 pp., (La matraca, 20) (Primera publicación: Mérida, 1919).
- Valero Chávez, Aída, (coord.), Virginia Aguirre Arvízu e Isaac Venegas, *De la caridad a la Beneficencia Pública en la Ciudad de México (1521-1910)*, México, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, 2002.
- Velasco Ceballos, Rómulo, *El niño mexicano ante la caridad y el Estado. Apuntes históricos que comprenden desde la época precortesiana hasta nuestros días*, México, Beneficencia Pública en el DF, 1935.
- Velasco Suárez, Manuel, "Prólogo" en Martínez Cortés, Fernando, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, México, Bristol-Myers de México S.A. de C.V., 1993.
- Velázquez, María Carmela, "Las políticas y directrices del Estado para mejorar la salud de la niñez, Costa Rica 1870-1930", en Xóchitl Martínez Barbosa, (coord.), *Historia de la Medicina en el siglo XXI: distintas voces*, México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2010, pp. 149-160.
- Viesca Treviño, Carlos, y Martha Díaz de Kuri, *Hospital Infantil de México Federico Gómez. Medio siglo de historia*, México, Hospital Infantil de México, 2001.
- Viesca Treviño, Carlos, "La Gota de Leche. De la mirada médica a la atención médico-social en el México posrevolucionario" en Claudia Agostoni, (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM / Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, pp. 195-217.

- Villalbazo Reyes, José, “El Hospital Infantil de México. Antecedentes, fundación y primeros veinte años”, en *La atención materno infantil. Apuntes para su historia*, México, Secretaría de Salud/ Subsecretaría de Servicios de Salud/ Dirección General de atención materno infantil, 1993, pp. 171-194.
- Villanueva, Aquilino, “Discurso pronunciado por el doctor Aquilino Villanueva en la inauguración del nuevo edificio del Departamento de Salubridad”, en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 4, tercer trimestre, 1929, pp. 1-15.
- Wilkie, James Wallace, *La Revolución Mexicana (1910-1976). Gasto federal y cambio social*, México, Fondo de Cultura Económica. 1987.

SIGLAS Y ARCHIVOS

Academia Nacional de Medicina (ANM)

Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNAM (AHFM-UNAM)

- Fondo Escuela de Medicina y Alumnos

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA)

- Fondo Beneficencia Pública, sección Asistencia, serie Departamento de Acción Educativa y Social

- Fondo Beneficencia Pública, sección Establecimientos Asistenciales, serie Asilo de Mendigos

- Fondo Beneficencia Pública, sección Establecimientos Hospitalarios, serie Hospital del Niño

- Fondo Salubridad Pública, sección Higiene

- Fondo Salubridad Pública, sección Higiene Infantil



Revista Mexicana de Puericultura.
Órgano de la Sociedad Mexicana de Puericultura,
tomo VI, no. 71, sep. 1936, p. 446

La atención médica infantil en la ciudad de México.

Discursos, imaginarios e instituciones, 1861-1943

se diseñó en formato electrónico en la Dirección de Ediciones
y Publicaciones con el apoyo de la Imprenta Universitaria
y la Dirección de Tecnologías Web y Webometría
de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo,
en el mes de diciembre de 2022.

La salud de los niños es un tema que ha adquirido una dimensión especial a partir del siglo XIX a raíz de que la propia persona del niño toma una presencia histórica que antes nunca había tenido. El niño se hace sujeto de la historia y por ende de atención dirigida a él ex profeso en lo tocante al cuidado de su salud. *La atención médica infantil en la Ciudad de México. Discursos, imaginarios e instituciones 1861 – 1943*, que nos ofrece Mercedes Alanís, narra y analiza precisamente las preocupaciones y modalidades que ha tenido la atención de la salud de los niños en México en esta época de nacimiento y florecimiento de la atención materno infantil, la puericultura y la pediatría. Puede sonar extraña la afirmación de que el niño, o mejor dicho la niñez, no fuera sujeto de la historia antes del siglo XIX, ya que es obvio que siempre han existido niños y que siempre han sido objeto de cuidados por parte de sus familias, nucleares o extensas según el caso. Sin embargo, esta aseveración solo toma cuerpo al considerarse que la atención médica de los niños enfermos, la vigilancia y prescripción de normas higiénicas y dietéticas para los niños sanos y la posibilidad de prevenir algunas de sus enfermedades mediante actos médicos, como es el caso de la vacunación, trajeron como consecuencia una disminución significativa de la mortalidad infantil y la apertura de un nuevo espacio social y de expectativas a corto, mediano y largo plazo de esa niñez que dejaba de ser objeto de llanto y esperanza para una familia que le perdía en este mundo y se aferraba a creer que en un más allá le recuperaría. Medicalización del cuidado del niño es el concepto que engloba a toda esta gama de posibilidades y acciones.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE HIDALGO