

INTERSTICIOS **IS** SOCIALES

Año 8 - Núm. 16 - Septiembre de 2018-febrero 2019 ISSN 2007-4964



Presentación

Francisco Javier Velázquez Fernández 5

Reflexión Teórica

El concepto de huella en la filosofía de Walter Benjamin
Guillermo Pereyra Tissera 7

Espacios sociales a debate

Las últimas palabras y la sentencia inminente. Análisis semiótico de las estrategias de inversión de acusados en juicios por crímenes de lesa humanidad en Córdoba, Argentina

Paulo Damián Aniceto 47

Entre la autonomía y la dependencia: los desafíos de la colaboración entre el Gobierno y la sociedad civil en proyectos de desarrollo

Marta Ochman 97

Las estampas y los iconos religiosos y su reinención dentro del mercado mundial de las religiones y del esoterismo de masas

Fabián Acosta Rico 131

Sección General

En enfermedades y acciones de salud pública en Jalisco, 1917-1943: creación de organismos, vacunación y estadística

Zoraya Melchor Barrera 159

Diana Melchor Barrera

Los brazos de la abuela, un lugar para regresar.

Traectorias migratorias intergeneracionales de familias transnacionales, impacto social y económico desde la experiencia de las mujeres mexicanas

Gizelle Guadalupe Macías González 187

Andrea Victoria García Arriaga

Experiencias cotidianas de niños migrantes en California. Una mirada a través de sus ojos

Magdalena Barros Nock 225

Yuribi Ibarra Templos

Prevención del delito en adolescentes en el Estado de México. La idea de riesgo y el sistema de preceptorías

José Javier Niño Martínez 255

Abraham Osorio Ballesteros

Felipe González Ortiz

Versiones de la cultura hip hop en el grafiti en Ameca

Eduardo Plazola Meza 291

Las dos latino Américas. Los mecanismos estatales en la región ante las protestas por las minas

Mario Alberto Velázquez 317

Crecimiento urbano y patrimonios. Santa Anita y Toluquilla, dos pueblos en el Área Metropolitana de Guadalajara

Luis Felipe Cabrales 347



REVISTA SEMESTRAL DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES



El Colegio de Jalisco

Asociados numerarios

- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
- Gobierno del Estado de Jalisco
- Universidad de Guadalajara
- Instituto Nacional de Antropología e Historia
- Ayuntamiento de Zapopan
- Ayuntamiento de Guadalajara
- El Colegio de México, A. C.
- El Colegio de Michoacán, A. C.
- Subsecretaría de Educación Superior-SEP

Presidente Javier Hurtado González

Secretario general Roberto Arias de la Mora

Intersticios Sociales

Año #8, número 16, septiembre 2018 - febrero 2019
Publicación semestral de El Colegio de Jalisco
Con domicilio en 5 de Mayo, núm. 321, colonia Centro
C. P. 45100, Zapopan, Jalisco
www.coljal.edu.mx

Director/editor Francisco Javier Velázquez Fernández
Coeditora y cuidado de la edición Cristina Alviso Carranza
Diseño editorial Ediciones de la Noche
Diseño original y administración del servidor
Julio Almaraz Ortiz
Corrección de textos Ediciones de la Noche
Traductor Paul Kersey

Información y correspondencia

Tel. +52 (33) 36 33 26 16, ext. 109

Correo electrónico intersticios.sociales@coljal.edu.mx Página web www.intersticiosociales.com Reserva de derechos al uso exclusivo ante el Instituto Nacional de Derechos de Autor, núm. 04-2012-041814570400-203 ISSN-e: 2007-4964.

Derecho de uso

Se permite la reproducción, publicación, transmisión, difusión en cualquier modo o medio de cualquier parte del material contenido en el archivo (únicamente texto sin imágenes) sin alterar o modificar el original, con fines de referencia y/o reproducción académicos o educacionales, con excepción de los personales o comerciales, citando la fuente de referencia y otorgando el crédito correspondiente al autor y al editor.

La responsabilidad de los artículos es estrictamente personal de los autores. Son ajenas a ella, en consecuencia, tanto la revista como la institución que la patrocina.

Resumen del artículo

Acciones de salud pública en Jalisco, 1917-1943: creación de organismos, vacunación y estadística

Actions in the area of public health in Jalisco, 1917-1943: statistics, vaccination and the creation of organisms

Zoraya Melchor Barrera

Universidad de Guadalajara, SNI c

zoraya.melchor@cutonala.udg.mx

<http://www.orcid.org/0000-0002-8620-9723>

Doctora en Ciencias Sociales, por la Universidad de Guadalajara

Recibido: 2 de mayo de 2017

Aceptado: 11 de septiembre de 2017

Diana Melchor Barrera

Universidad de Guadalajara, SNI c

diana.melchor@academico.udg.mx

<http://www.orcid.org/0000-0001-5322-0689>

Doctora en Ciencias Sociales con Orientación en Sociología Política, por la Universidad de Guadalajara

El objetivo de este trabajo es analizar las acciones de salud pública en Jalisco en el periodo comprendido entre 1917 y 1943, a partir del análisis cualitativo y cuantitativo de la información derivada de la revisión documental de acervos estatales, informes de gobierno y censos. Se plantea que la creación de organismos de salud pública, la vacunación y la estadística fueron algunas de las acciones que se consolidaron e institucionalizaron durante la primera mitad del siglo xx, con el fin de conocer, prevenir y combatir las enfermedades.

Palabras clave:

acciones de salud pública, enfermedades, organismos de salud pública, vacunación, estadística

Keywords:

public health actions, disease,
public health organisms,
vaccination, statistics.

Abstract

The objective of this article is to analyze actions in the area of public health taken in Jalisco between 1917 and 1943, through a qualitative and quantitative analysis of information derived from the documentary review of state files, government reports, national censuses and statistical sources. It proposes that the creation of public health organisms, the implementation of vaccination campaigns, and the collection of statistical data were some of the actions that became consolidated and institutionalized during the first half of the 20th century as means of identifying, preventing and combatting diseases.

Zoraya Melchor Barrera
Diana Melchor Barrera
Universidad de Guadalajara

Acciones de salud pública en Jalisco, 1917-1943: creación de organismos, vacunación y estadística

Actions in the area of public health in Jalisco, 1917-1943: statistics, vaccination and the creation of organisms

Introducción

Entre 1917 y 1943 numerosas enfermedades afectaron a la población en México, la mayoría de ellas de carácter infectocontagioso o parasitario.¹ Las acciones implementadas para conocer, prevenir y combatir estos padecimientos fueron diversas; este trabajo se enfocará en tres de ellas: la creación de organismos de salud pública, la vacunación y la estadística. El periodo de estudio obedece al surgimiento, en 1917, del Consejo de Salubridad General (CSG) y el Departamento de Salubridad Pública (DSP), así como a la instauración, en 1943, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). El análisis se extiende hasta 1952 para observar los cambios que pudo suponer el nacimiento de este último organismo, pero también porque a partir de ese año las campañas de vacunación se orientaron a la erradicación, en lugar de al control de enfermedades.

El presente estudio plantea que la creación de organismos de salud pública, la vacunación y la estadística fueron algunas de las acciones que se consolidaron e institucionalizaron durante la primera mitad del siglo xx con el fin de conocer, prevenir y combatir las enfermedades. La institucionalización consiste en acciones habitualizadas; es decir, actos que se

- 1 A partir de la revisión documental efectuada para el presente análisis se observó el actuar de autoridades sanitarias ante los siguientes padecimientos: peste bubónica, escarlatina, cólera, erisipela, sarampión, difteria, uncinariosis, enfermedades de transmisión sexual (en particular la sífilis), influenza, alcoholismo, cáncer, viruela, tifo, lepra, influenza española, tifoidea, paludismo, tuberculosis, mal del pinto, meningitis, tétanos, disentería, toxicomanías, neumonía, enfermedades mentales, varicela y tosferina.

repiten con frecuencia, creando pautas que luego se pueden reproducir. La habituación antecede a toda institucionalización. Las tipificaciones de las acciones habitualizadas que constituyen las instituciones siempre se comparten, son accesibles a todos los integrantes de determinado grupo social. “Decir que un sector de actividad humana se ha institucionalizado ya es decir que ha sido sometido al control social”.² Las acciones de salud pública referidas comenzaron a hacerse habituales desde la centuria decimonónica, pero fue en el siglo siguiente cuando se institucionalizaron.

2 Peter Berger y Thomas Luckmann, *La construcción social de la realidad*, traducción de Silvia Zuleta (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2003), 72-75.

3 Eli de Gortari, *La ciencia en la historia de México* (México: Editorial Grijalbo, 1980), 328.

4 Estuvo al frente del CSS de 1886 a 1914, periodo en el cual incentivó destacadas acciones de salud pública. Según Eli de Gortari, a medida que se iban logrando avances médicos en Europa, Liceaga los ponía en práctica en México; así fue como trajo personalmente, del Instituto Pasteur de París, técnicas para la preparación y la aplicación de la vacuna contra la rabia, que fue utilizada por primera vez el 18 de abril de 1888. De igual forma se hizo con los laboratorios de microbiología, métodos de desinfección y combate contra epidemias. De Gortari, *La ciencia*, 332.

5 Ana Rodríguez y Martha Rodríguez “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 5, núm. 2 (1998). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>. Consultado: 22 de enero de 2013.

Creación de organismos de salud pública

En 1910 los organismos encargados de la salud pública en el ámbito nacional y estatal fueron, respectivamente, el Consejo Superior de Salubridad (CSS) y el Consejo Superior de Salubridad del Estado de Jalisco (CSSJ), que tuvieron su origen en el siglo XIX. Una vez consumada la etapa armada del movimiento revolucionario, se inició un lapso de centralización institucional en materia de salud pública. En las esferas federal y estatal fueron cinco los organismos que comenzaron a operar: el Consejo de Salubridad General (CSG), el Departamento de Salubridad Pública (DSP), la Secretaría de Asistencia Pública (SAP), las Delegaciones Federales de Salubridad (DFS) y los Servicios Coordinados de Salud Pública (SCSP). A partir de 1943, el organismo responsable de la centralización de la atención sanitaria fue la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Respecto del CSS, este fue creado en 1841, con la finalidad de vigilar solo en el Departamento de México el ejercicio de la medicina; ocasionalmente, emitió alguna disposición de aplicación nacional. La ampliación de facultades, así como de la jurisdicción de este organismo se presentó en el porfiriato;³ en 1879 se le dio autonomía y presupuesto propio y se le otorgó categoría de autoridad sanitaria. Las funciones del CSS se formalizaron con la presidencia de dicho organismo a cargo de Eduardo Liceaga.⁴ Durante su gestión se administraron vacunas, se estudiaron epidemias y se elaboró el primer código sanitario.⁵

El *Código Sanitario del Estado de Jalisco*, expedido en 1892, estableció la creación de un *css* estatal, que empezó a operar en 1894, para luego ser establecido formalmente el 15 de julio de 1895.⁶ Cuatro días después de su instalación se remitió una circular a las autoridades políticas de las localidades foráneas para informar que en adelante debían contactar al citado Consejo para la inspección de bebidas y alimentos, vacunación contra la viruela, enfermedades más frecuentes, apertura de cementerios, entre otras áreas.⁷ De acuerdo con el Código, el *css* dejaría de ser un mero cuerpo consultivo para convertirse en la principal autoridad en materia de salud pública después del Ejecutivo. Asimismo, aunque los ayuntamientos seguirían ocupándose de la salud pública a escala municipal, estarían respaldados directamente por los jefes políticos de los cantones, los directores políticos de los departamentos, el *css* y el gobernador del estado.

Las diferencias sociales acentuadas durante el régimen de Porfirio Díaz, en conjunción con otros factores, generaron el estallido del movimiento revolucionario. Este escenario contrastaba con el desarrollo que el país había alcanzado en otras áreas, entre ellas la salud pública. Algunas demandas sociales se incorporaron al nuevo proyecto de nación emanado de la Revolución, y uno de los puntos de mayor atención fue la creación de instituciones que le dieran legitimidad al nuevo Estado.

En este contexto, en 1917 se creó el *CSG* para sustituir al *css*, que llegó a adquirir mayor importancia que este último, por depender directamente del Presidente de la República. El *CSG* surgió con el objetivo de identificar los asuntos relevantes en materia de salud pública y dictaminar disposiciones de carácter nacional.⁸ El mismo año se creó el *DSP*, el cual se hizo cargo de la policía sanitaria en puertos y fronteras, vacunas, medidas contra el alcoholismo, epidemias, enfermedades contagiosas, preparación y administración de vacunas y sueros, congresos, control de alimentos, bebidas y drogas.⁹ De forma amplia, las atribuciones del *DSP* fueron las siguientes:

- Vigilar el cumplimiento del Código Sanitario y sus reglamentos.
- Practicar, por conducto de los inspectores, agentes sanitarios y empleados comisionados especialmente, las visitas a las habitaciones,

6 Archivo Histórico de Jalisco (AHJ), Fomento (F), Salubridad Pública (13), caja, 467, inventario (inv.) 2411, 1895.

7 AHJ, F-13-895, caja 467, inv. 2411.

8 Actualmente es un órgano colegiado que sigue dependiendo directamente del Ejecutivo Federal. Se trata de una entidad con carácter de autoridad sanitaria, sin intervención de ninguna secretaría de estado, y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país. Consejo de Salubridad General, "Misión". Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/contenidos/mision.html>. Consultado: 21 de abril de 2017.

9 José Álvarez, et al., *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, tomo II (México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960), 97-98.

escuelas, establecimientos peligrosos o insalubres, talleres, fábricas, industrias, enfermerías veterinarias, establos, zahúrdas, expendios de bebidas, comestibles o drogas, establecimientos de elaboración o expendio de medicinas, hospitales, panteones, teatros, templos, mercados, rastros, terrenos, basureros, baños, peluquerías y, en general, todos aquellos establecimientos donde haya aglomeración de personas o animales, o respecto de los cuales el citado Código Sanitario y sus reglamentos señalen determinados requisitos que deben satisfacerse (ubicación, acondicionamiento higiénico y sanitario, etcétera).

- Proponer al Ejecutivo cuarentenas.
- Vigilar la observancia de las convenciones sanitarias internacionales que México hubiere celebrado o celebre.
- Proponer al Ejecutivo las personas que deben ser nombradas delegados o representantes en los congresos de higiene o de salubridad que se formen en el extranjero para los cuales México reciba especial invitación.
- Promover la celebración de congresos sanitarios nacionales.
- Dictar, en los casos urgentes que la Constitución indica, las medidas que juzgue más adecuadas, a reserva de contar con la aprobación del Ejecutivo; dictar las medidas necesarias contra enfermedades contagiosas.
- Empezar campañas contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo.
- Empezar campañas contra enfermedades cuya propagación constituya un peligro para la salubridad general.
- Combatir enfermedades venéreas, estableciendo dispensarios para la atención gratuita de los enfermos; vigilando el ejercicio de la prostitución y la atención médica en hospitales especiales de las prostitutas que se encuentran enfermas.
- Señalar al Ejecutivo las sustancias alimenticias, bebidas o drogas y preparados cuya introducción al país pueda ser nociva para la salud.

- Vigilar la venta y el uso de sustancias venenosas.
- Procurar que se formen “oficiales de salubridad” suficientemente preparados para atender los servicios sanitarios.
- Enseñar y propagar las prácticas de higiene entre las clases sociales que más lo necesiten, por medio de un servicio de propaganda y educación higiénica, centros de higiene infantil y en general por todos los medios que juzgue adecuado.
- Cuidar que se propague, conserve y aplique la vacuna en toda la República.
- Conservar el virus de la rabia, emplearlo en las inoculaciones preventivas y aplicarlo a las personas que lo necesiten, dando para ello toda clase de facilidades.
- Preparar en el Instituto de Higiene las otras vacunas preventivas.
- Mantener relación con las autoridades sanitarias de toda la República y el extranjero.
- Informar a las autoridades respectivas cuando el agua sea escasa o perjudicial debido a su impureza.
- Señalar las causas de insalubridad que encuentre en hospitales, cárceles, hospicios, mercados, rastros y demás establecimientos públicos, lo mismo que en las atarjeas, canales, basureros, acequias y en los servicios municipales que tengan relación con la salubridad, e indicar las medidas que creyere oportunas para remediar las faltas encontradas.
- Resolver las consultas que le hagan las demás autoridades.
- Recabar las noticias de todas las autoridades sanitarias para conocer el estado sanitario del país para la formación de la Geografía Médica y sin perjuicio de obtener esos mismos datos del Departamento de Estadística Nacional.
- Hacer las publicaciones que estime conveniente.
- Iniciar ante el Ejecutivo de la Unión todas las medidas que estime convenientes para el mejoramiento de la higiene y la salubridad

públicas y la formación de reglamentos que deban ser expedidos por el propio Ejecutivo.¹⁰

Algunas de las atribuciones del DSP eran semejantes a las que en su momento correspondieron al CSS, pero otras eran novedosas, como las de vigilar que se cumplieran las convenciones sanitarias internacionales en las que el país hubiera participado; emprender campañas contra el alcoholismo; establecer un servicio de propaganda y educación higiénica y mantener relación con las autoridades sanitarias de la República y el extranjero.

A pesar de la importancia de sus funciones, el DSP no poseía autoridad legal para intervenir en los estados de la República. Fue precisamente ante este vacío institucional que se crearon las DFS en 1926.¹¹ Las DFS permitieron, en cierta medida, solucionar la carencia de autoridad legal del DSP, para intervenir en los problemas epidemiológicos que se presentaban en las diferentes entidades federativas. En Jalisco la delegación fue establecida en 1927 bajo la jefatura de Pedro Magaña Erosa.¹²

Las DFS dejaron de operar en 1934 durante el sexenio de Lázaro Cárdenas, momento de cambios institucionales que dieron paso a los SCSP. El 26 de agosto de ese año se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República. La legislación facultó al jefe del DSP para celebrar convenios con los gobiernos de los diferentes estados de la República.¹³ Con esta disposición se crearon los SCSP en Jalisco, mediante la firma de un convenio entre el jefe del DSP, Manuel Madrazo, y el gobernador de Jalisco, Sebastián Allende.¹⁴

En el mismo año de 1934 se promulgó un nuevo Código Sanitario, el cual se caracterizó por ampliar las actividades sanitarias federales. El principal propósito de este era hacer llegar las acciones sanitarias a los poblados alejados.¹⁵

Por otra parte, las políticas asistenciales se consideraron entonces como responsabilidades colectivas y derechos que debían ser garantizados por el Estado para proteger a toda la población. La ampliación de la acción estatal en educación, alimentación, vivienda y salud se orientó a tratar de asegurar beneficios irrenunciables para todos; de este modo se dio la

10 Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Salubridad Pública (F-SP), Sección Presidencia (S-P), Serie Secretaría (SE-S), caja 13, exp. 2, 1935-1940; AHJ, Fomento, Gobernación (G), 1, caja 403, inv. 11,203, 1917.

11 Álvarez, *Historia de la salubridad*, t. II, 381.

12 Salvador Chávez y Miriam Reyes, "Secretaría de salud. 56 años de servicios en el estado de Jalisco, 1943-1999", en *Acerca de la historia de la medicina en Jalisco*, Salvador Chávez (comp.) (Guadalajara: Secretaría de Salud, 2000), 164.

13 Chávez, "Secretaría de salud", 164.

14 Chávez, "Secretaría de salud", 165.

15 Guillermo Fajardo, Ana María Carrillo y Rolando Neri, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México, 1902-2002* (México: Organización Panamericana de la Salud/UNAM, 2002) 46.

sustitución del concepto de beneficencia por el de asistencia pública.¹⁶ De esta forma se creó la SAP en 1937, con la cual la Federación asumió, entre sus objetivos, el compromiso de procurar atención médica y alimentos a niños y a sectores marginados de la sociedad.¹⁷ La creación de la SAP surgió en el contexto de los principios del Estado de bienestar derivado del periodo de guerra. Fue entonces cuando en el mundo se presentó un cambio conceptual de importancia, al adoptarse los conceptos de seguridad social y asistencia aplicados, principalmente, a la atención médica, en sustitución del concepto decimonónico de beneficencia.

México no fue ajeno a estos cambios. Entre los considerandos del Proyecto de Ley de la Secretaría de Asistencia Pública enviado por Lázaro Cárdenas para su aprobación al Congreso se advirtió que:

El estado [sic] mexicano reconoce que debe de sustituirse el concepto de beneficencia por el de asistencia pública, en virtud de que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles deben de tender a su desarrollo integral, sin limitarse a satisfacer exclusivamente sus necesidades de subsistencia o de tratamiento médico, sino esforzándose por hacer de ellos factores útiles a la colectividad en bien de los intereses generales del país. Precisa por tanto, crear un órgano dependiente directamente del ejecutivo a fin de que, dentro de las normas de política general demarcadas por aquél y con la cooperación y ayuda de las demás dependencias del estado, puedan ampliarse a todo el país, mediante servicios coordinados de los gobiernos de las entidades federativas; organizándose la nueva secretaría en forma que le permita al mismo tiempo que utilizar las cantidades que el erario federal le asigne, disfrutar de los productos de las beneficencias pública y privada sin que por ello se confundan o desaparezcan los patrimonios respectivos asumiendo, para el más eficaz control de las actividades relativas, las facultades que sobre la materia señala la legislación vigente a la Secretaría de Hacienda y Gobernación y Departamento del Distrito Federal.¹⁸

Este tipo de discurso no fue exclusivo del escenario mexicano, sino era común encontrarlo en las convenciones internacionales y la legislación

- 16 Gloria Guadarrama, *Entre la caridad y el derecho: un estudio sobre el agotamiento del modelo nacional de asistencia social* (Zinacantepec: El Colegio Mexiquense, A.C.-Consejo Estatal de Población del Estado de México, 2001), 88.
- 17 Gerardo Ordoñez, *La política social y el combate a la pobreza en México* (México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2002), 71.

18 Álvarez, *Historia de la salubridad*, t. III, 555-556.

19 La eugenesia fue una teoría postulada en Inglaterra a fines del siglo XIX por el médico Francis Galton, quien, basado en la obra de Darwin, la definió como la ciencia encargada del estudio de los mecanismos encaminados al perfeccionamiento de la especie humana. La eugenesia planteaba que el Estado debía favorecer el desarrollo de una sociedad integrada por individuos libres de vicios y enfermedades por medio de medidas preventivas y profilácticas como: la restricción matrimonial, la esterilización forzada, el control de la inmigración y la realización de pruebas de inteligencia. Marta Saade, “¿Quiénes deben procrear? Los médicos eugenistas bajo el signo social (México, 1931-1940)”. Cuicuilco, Nueva Época, vol. 11, núm. 31 (2004), 4-5; Laura Suárez, *Eugenesia y racismo en México* (México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2005), 23; Beatriz Urías “Degeracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia*, volumen IV, núm. 2 (2004), 36. En México, el movimiento eugenista comenzó en la década de 1920, compuesto fundamentalmente por médicos que pertenecían a círculos científicos. A diferencia de alemanes y estadounidenses, los médicos mexicanos, más que plantear los límites de su propio campo (la herencia biológica), centraron su acción en difundir principios de la eugenesia en el campo social y los aplicaron en el discurso del proyecto de reconstrucción nacional. Saade, “Quiénes deben”, 2.

de diversos países relativa a instituciones sanitarias. Se precisaba sumar “a los individuos socialmente débiles” al desarrollo integral de la nación, convertirlos en sujetos útiles para la colectividad y en beneficio del país. A dicho discurso se sumó otro relativo al mejoramiento de la raza por influencia de la eugenesia¹⁹ y el desarrollo de la mestizofilia²⁰ entre la comunidad médica de la época.

Por su parte, el Plan Sexenal del periodo de Manuel Ávila Camacho propuso conseguir el aumento de la fuerza de trabajo disponible mediante cambios en las condiciones sanitarias de la población, así como crear un clima de confianza hacia el país en el exterior, para lo cual se extremarían las medidas sanitarias adecuadas, a fin de incentivar el turismo y el comercio internacional.²¹ Con el propósito de cristalizar dichas metas, se fijaron trece estrategias: 1) políticas de abasto de agua potable, 2) control sanitario en puertos, 3) fomento del consumo adecuado de alimentos, 4) programas habitacionales, 5) vacunación antidiftérica obligatoria, 6) lucha contra los padecimientos infecciosos y parásitos más frecuentes, 7) impulso de la campaña contra el paludismo, 8) creación de leprosarios, 9) campaña contra la tuberculosis, 10) represión a los traficantes de drogas y cura de los viciosos, 11) impulso a la educación higiénica, 12) creación de brigadas sanitarias, y 13) estudio de la conveniencia de integrar el Departamento de Salubridad con la Secretaría de Asistencia Social.²²

La última de las estrategias del Plan Sexenal se concretó en 1943, cuando fue creado un organismo que fusionó las atribuciones del DSP, instituido en 1917, durante la gestión de Carranza, y de la SAP, surgida en 1937 durante el cardenismo. Fue de este modo como el 15 de octubre de 1943 se expidió el decreto que ordenó el establecimiento de la SSA.²³

Con la fundación de la SSA y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) algunos meses antes, la forma en que el Estado mexicano se hizo cargo de su responsabilidad pública en materia de salud quedó claramente definida y diferenciada: los trabajadores del sector formal (principalmente empleados de empresas privadas) obtendrían servicios y prestaciones por medio de los diversos sistemas de seguridad, encabezados por el Seguro

Social, en tanto que el resto de la población, en especial la necesitada o marginada, lo haría a través de la asistencia pública, encomendada ahora a la SSA.²⁴ Entonces existía la convicción de que el crecimiento económico era la vía para resolver los problemas de la pobreza, y comenzó una fase de política social de tipo corporativa, selectiva y clientelar, inspirada en políticas del bienestar de la Europa occidental y asociada al desarrollo del proceso de industrialización.²⁵ Posteriormente, el escenario se hizo un poco más complejo con la creación de instituciones especiales de salud para atender a las fuerzas armadas, los trabajadores petroleros, los electricistas, los ferrocarrileros y los trabajadores al servicio del Estado.

En el terreno de política económica y social al comienzo del periodo, y a pesar de las diferencias entre Plutarco Elías Calles, Lázaro Cárdenas y Manuel Ávila Camacho, se experimentó una continuidad en cuanto a la idea de que el dinero público debía desempeñar un papel vital en el rumbo económico.²⁶ Esa idea no era exclusiva de México. En la mayoría de los países occidentales se había optado por acrecentar la importancia del gasto público para superar la gran depresión mundial de la década de 1930, y se siguieron de cerca las propuestas de Keynes. Estas últimas permitieron el surgimiento del Estado de Bienestar,²⁷ en el marco del cual se incrementaron las inversiones en carreteras, presas, electricidad, hospitales, escuelas y servicios públicos,²⁸ aspecto que no fue abordado en este trabajo, pero que evidentemente tuvo impacto en la salud pública.

En la época de fundación de la SSA, Marcelino García Barragán ocupaba la gubernatura de Jalisco. En su informe de gobierno de 1944 subrayó la importancia de la Federación en materia de salud a través de los SCSP, así como la necesidad de contar con instituciones preparadas en el ámbito técnico y administrativo.²⁹ Desde esta óptica, contar con instituciones preparadas y eficientes era uno de los puntos clave para el combate a las enfermedades mediante la mejora de las condiciones de vida de la población y el fomento de una cultura higiénica. En el mismo sentido de coordinación institucional, García Barragán manifestó el interés de su gobierno de respaldar la labor de los SCSP. Entre 1943 y 1944 se establecieron oficinas

- 20 La mestizofilia fue una especie de culto al mestizo que caracterizó las décadas de 1920 y 1930. En México, la veneración del mestizo como una combinación híbrida, viril y vigorosa del europeo con el indio, iniciada durante el periodo de Porfirio Díaz con personajes como Vicente Riva Palacio, Francisco Pimentel y Agustín Aragón, llevó a la conformación de una doctrina para la construcción de la nación y el nacionalismo durante la primera década del siglo xx. Alexandra Stern, "Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México posrevolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960", *Relaciones*, invierno, vol. 21, núm. 81 (2000), 60-61.
- 21 Daniel López, *La salud desigual en México* (México: Siglo XXI Editores, 1980), 216.
- 22 López, *La salud*, 216-217.
- 23 Miguel E. Bustamante, et al., *La salud pública en México 1959-1982* (México: Secretaría de Salud y Asistencia, 1982), 78.
- 24 Guillermo Farfán, *Los orígenes del seguro social en México: un enfoque neoinstitucionalista histórico* (México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2009), 6-7.
- 25 Guadarrama, *Entre la caridad*, 88; Farfán, *Los orígenes del seguro*, 7.
- 26 Luis Aboites, "El último tramo" en *Nueva historia mínima de México* (México: El Colegio de México, 2004), 272.

27 Para algunos autores, sin embargo, no sería del todo preciso hablar de la existencia de un Estado de Bienestar, sino más bien de políticas sociales ligadas al bienestar. En ese sentido, según Carlos Barba, en México se desarrolló un régimen de bienestar de tipo dual, además de tres momentos en la política social ligados al bienestar, el primero de los cuales corresponde con el lapso en que estuvieron activos la SSA y los SCSP. Dicho momento se ubicó entre 1940 y 1985, y se caracterizó por el establecimiento del vínculo entre el modelo de industrialización por sustitución de importaciones y un modelo de política social segmentada en tres ramas: la seguridad social que articulaba derechos, transferencias directas e indirectas y prestación de servicios; la asistencia social, que funcionaba a través de transferencias indirectas, de la provisión de bienes y de la prestación de servicios a aquellos que no eran derechohabientes en dichos sistemas, y las políticas sectoriales de corte universalista, como la educación pública y los servicios de salud en el nivel primario. Carlos Barba, “El nuevo paradigma de bienestar residual y deslocalizado, Reforma de los regímenes de bienestar de la OCDE, América Latina y México” (tesis de doctorado, Guadalajara, Universidad de Guadalajara-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2003), 20-23.

sanitarias en Cuautitlán, El Grullo, Purificación, Barra de Navidad, La Resolana y San Miguel el Alto, a las que se proveyó de personal administrativo, técnico y de trabajo.³⁰

De este modo, la primera mitad del siglo xx cierra con tres organismos al frente de la salud pública en el ámbito nacional y estatal: el CSG, la SSA y los SCSP.³¹

Vacunación

La vacunación fue una de las principales acciones para combatir diversos padecimientos, en especial la viruela, a inicios del siglo xx. Esta continuaba ocupando las primeras posiciones como causa de mortalidad (tabla 1). Numerosos fueron los obstáculos³² que se tuvieron que enfrentar para hacer extensiva la inoculación contra la viruela en México y Jalisco, tales como la producción insuficiente de vacuna, la baja calidad del fluido vacuno y su breve caducidad, la falta de personal capacitado para aplicar la linfa, la resistencia de la población para recibir la vacuna, y la falta de una estructura institucional para su conservación y distribución.³³ A cada una de estas barreras se opusieron al mismo tiempo diversas acciones por parte de las autoridades, entre las que se pueden mencionar la formación de reglamentos, el mejoramiento en los procesos de conservación y distribución de la linfa, la difusión, por medio de manuales o de enseñanza directa de los médicos, de los procesos de vacunación y conservación del fluido vacunal, la intención de instalar un instituto para la conservación del pus vacuno, y la realización de desinfecciones.

Tabla 1. Mortalidad a consecuencia de la viruela en México 1892- 1896

Año	Viruela
1892	29,594
1893	26,168
1894	25,069
1895	8,738
1896	8,861

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Dirección General de Estadística (DGE), *Boletín demográfico de la República Mexicana, 1896*, (México: DGE, 1897), II.

A pesar de la Revolución mexicana, la vacunación continuó practicándose en el estado de Jalisco.³⁴ Dado que el CSS siguió encabezado por Eduardo Liceaga, en el ámbito nacional también se procuró, en la medida de lo posible, continuar con este procedimiento.

Debido a una epidemia de viruela que afectó la zona del Golfo en 1915, el gobierno constitucionalista ordenó la producción de la linfa al Instituto Bacteriológico Nacional. Este organismo posteriormente cambió su denominación por la de Instituto de Higiene.³⁵ Con la creación del DSP, en 1917 se impulsó la vacunación contra la viruela.³⁶ En Jalisco la inoculación continuó a cargo del gobierno del estado y de los gobiernos locales.³⁷ En 1921, y debido a una epidemia que afectó a la mayor parte del país, se distribuyeron 780,000 dosis. En 1926 se promulgó un nuevo código sanitario y se dispuso por decreto presidencial la obligación de la primovacunación y revacunación cada cinco años, labor que fue coordinada por las DFS en los estados, con la aplicación de 2,790,000 dosis. En 1931 se crearon las Brigadas Sanitarias Móviles de los Servicios de Sanidad Federal, a fin de intensificar la inoculación; estas se incorporaron a los SCSP en 1936. Entre 1935 y 1936 se vacunó a seis millones de personas.³⁸

En Jalisco, durante el periodo de gobierno de Silvano Barba González, entre 1939 y 1942, las vacunaciones fueron las siguientes (tabla 2):

- 28 Aboites, “El último tramo”, 272.
- 29 Informe circunstancial de Marcelino García Barragán correspondiente al periodo entre febrero de 1943 y febrero de 1944. AHJ, G-1-1944, caja 160, inv. 3504, p. 50.
- 30 Informe circunstancial de Marcelino García Barragán correspondiente al periodo entre febrero de 1943 y febrero de 1944. AHJ, G-1-1944, caja 160, inv. 3504, 1944, pp. 50-51.
- 31 El primero de estos organismos sigue vigente; el segundo de ellos fue sustituido en 1985 por la Secretaría de Salud; los SCPS, por su parte estuvieron en funciones por espacio de casi cincuenta años, tiempo en el cual experimentaron algunas modificaciones, en especial a partir de la década de 1970.
- 32 Claudia Agostoni aborda dichos obstáculos de manera amplia para México, desde el porfiriato hasta la erradicación de la viruela en 1952. Claudia Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México, 1870-1952* (México: Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones José María Luis Mora, 2017).
- 33 Por entonces, solamente cuatro estados de la república tenían establecidas oficinas conservadoras de la vacuna en su capital y alguno de sus distritos; doce contaban con este recurso solamente en la capital y los demás carecían

de los medios de defensa contra la enfermedad. Pese a que el Consejo Superior de Salubridad de México trataba de remitir la linfa solicitada por algunos estados, no podía satisfacer las necesidades de todos ellos, de ahí que animara a sus gobernadores a poner pusieran empeño en el combate contra las enfermedades contagiosas y fundamentalmente contra la viruela. AHJ, F-13-902, JAL/929, caja 473, inv. 12,300.

34 AHJ, F-13-911, caja 498, inv. 12779; AHJ, F-13-911, caja 499, inv. 12786; AHJ, F-13-912, caja 500, inv. 12832; AHJ, F-13-912, caja 500, inv. 12825; AHJ, F-13-912, caja 500, inv. 12811; AHJ, F-13-913, caja 503, inv. 12879; AHJ, F-13-913, caja 503, inv. 12880.

35 En las instalaciones del Instituto no solo se producía vacuna contra la viruela, sino también la reacción Wasserman para la sífilis, la toxina escarlatinosa, el suero antitetánico, la tuberculina, entre otros productos. Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas*, 84.

36 Arturo Erosa-Barbachano “La viruela, desde la Independencia (1821) hasta la erradicación”, en *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, t. II, Enrique Florescano y Elsa Malvido (coord.) (México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982), 548.

37 AHJ, F-13-918, caja 513, inv. 13072.

38 Erosa-Barbachano “La viruela”, 548-549.

Tabla 2. Número de vacunados en Jalisco en el periodo 1939-1942

Enfermedad	Número
Viruela	333,362
Tifoidea	55,877
Difteria	6,688
Rabia	4,523

Fuente: Elaboración propia basada en: Informe de Gobierno de Silvano Barba González, correspondiente al periodo 1939-1942. Archivo Histórico de Jalisco (AHJ), Gobernación, 1, caja 159, inv. 3490, 1943, p. 58.

Además de la vacunación, también se aplicó tratamiento a 1,077 enfermos de tuberculosis y 1,090 de lepra, consistente en exámenes de laboratorio y aplicación de inyecciones.³⁹ En el mismo periodo estuvieron activos tres centros de higiene en la ciudad de Guadalajara y doce foráneos, con una atención media anual de 40,000 personas. Las brigadas sanitarias recorrieron el estado y repartieron productos biológicos.⁴⁰

Entre 1942 y 1943, tanto en la capital del estado como en su interior, por medio de las brigadas sanitarias, se atendió a miles de enfermos de tifoidea y paratifoidea, tuberculosis, disentería, erisipela, escarlatina, fiebre ondulante, tifo exantemático, tétanos, pústula maligna, paludismo, neumonía, lepra, tosferina, varicela, viruela y difteria.⁴¹ Asimismo, estuvieron operando dispensarios gratuitos, se practicaron visitas a los enfermos en sus domicilios y a las escuelas y centros de trabajo.⁴²

Con la creación en 1943 de la SSA la vacunación se intensificó, y se inició una campaña nacional contra la viruela en 1944. Ese mismo año se conformó una comisión dentro de la Dirección General de Higiene de la SSA, presidida por Gustavo Viniegra. Dicha Dirección comenzó una campaña nacional basada en el decreto presidencial del 27 de febrero.⁴³ El resultado hacia 1949 fue la aplicación de 28 millones de dosis.⁴⁴ En Jalisco también se dio seguimiento a dicha campaña, pero, debido a que el presupuesto era restringido, solo se proyectó la aplicación de la vacuna en la Zona Sanitaria de Ciudad Guzmán (integrada por los municipios de Mazamitla, Tamazula, Tuxpan y Zapotiltic), por “ser la más falta de pro-

tección y también por ser la más difícilmente controlable por la Oficina Central” de los SCSP.⁴⁵

En el campo de la vacunación existía un acuerdo generalizado entre los salubristas, tanto en el nivel federal como en el local, de considerar la vacunación universal como una responsabilidad estatal necesaria para combatir y erradicar los padecimientos que aquejaban a la población. En gran medida este panorama estaba en consonancia con los objetivos planteados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los que se encontraban: la educación y el adiestramiento, la administración de la salud pública y el control de enfermedades transmisibles.⁴⁶ Respecto de esto último, la principal estrategia la constituyó la vacunación.

La Segunda Guerra Mundial fue el marco para que organismos internacionales como la OPS ejercieran presión para mejorar la salud pública en los países miembros.⁴⁷ El mismo año en que concluyó la guerra, la Conferencia de las Naciones Unidas celebrada en San Francisco, Estados Unidos, acordó por unanimidad el establecimiento de una organización sanitaria nueva, autónoma y de carácter internacional. En julio de 1946, la Conferencia Sanitaria Internacional aprobó en Nueva York la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que comenzó a funcionar al año siguiente.⁴⁸ A partir de su puesta en marcha, la OMS dirigió un conjunto de acciones y campañas de salud pública en el mundo, algunas de las cuales tuvieron eco en México.

En el país, el 16 de febrero de 1950 fue creada la Dirección de la Campaña contra la Viruela, al mando de Carlos Caderón.⁴⁹ Se emplearon nuevas estrategias, entre ellas, mejorar el equipo de refrigeración del biológico e incrementar el personal vacunador, lo que hizo posible visitar los lugares más apartados y de difícil acceso.⁵⁰

En 1951 la viruela fue erradicada del territorio nacional durante el sexenio de Miguel Alemán, y siendo secretario de Salubridad y Asistencia Rafael Pascasio Gamboa.⁵¹ El último caso se presentó en el mes de febrero en San Luis Potosí. En 1952, durante el sexenio de Adolfo Ruiz Cortines y

- 39 Informe de Gobierno de Silvano Barba González, correspondiente al periodo 1939-1942, AHJ, G-1-943, caja. 159, inv. 3490, p. 58.
- 40 Informe de Gobierno de Silvano Barba González, correspondiente al periodo 1939-1942, AHJ, G-1-943, caja 159, inv. 3490, p. 58.
- 41 Informe de Gobierno de Silvano Barba González 1942-1943, AHJ, G-1-943, caja 160, inv. 3506, p. 54.
- 42 Informe de Gobierno de Silvano Barba González 1942-1943, AHJ, G-1-943, caja 160, inv. 3506, p. 54.
- 43 Erosa-Barbachano “La viruela”, 549.
- 44 Erosa-Barbachano “La viruela”, 549.
- 45 “Campaña antivariolosa”. AHJ, F-13-949, caja 525, inv. 13494.
- 46 Oficina Sanitaria Panamericana, “Llamamiento general a las armas, 1946-1958” Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 113, núm. 5 y 6 (noviembre y diciembre 1992), 402-403.
- 47 Oficina Sanitaria Panamericana, “Llamamiento general”, 403.
- 48 Organización Mundial de la Salud, “La OMS en 60 años: cronología de los hitos de la salud pública”. Disponible en: http://www.who.int/features/history/WHO_60th_anniversary_chronology_es.pdf. Consultado: 12 de abril 2017.

- 49 Erosa-Barbachano, “La viruela”, 549.
- 50 Secretaría de Salud, *Monografía histórica de la Secretaría de Salud, 1943-1993. Cincuenta años de acción continua* (Guadalajara: Secretaría de Salud, 1994), 21.
- 51 A mediados de los 60 la OPS calculó en 16,000,000 dólares el costo para la erradicación de la viruela del Hemisferio Occidental, entre aportaciones de los países afectados (85%) y las de organismos internacionales (15%). “16,000,000 Dlls. Para erradicar la viruela del Hemisferio Occidental”, *El Informador*, año I, tomo CLXXXIX, núm. 17,466 (19 de noviembre de 1966), 5-B. La enfermedad finalmente logró erradicarse en el mundo en 1975.
- 52 Secretaría de Salud, *Monografía histórica*, 21-22.
- 53 Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas*, 18.
- 54 En la primera mitad del siglo XIX la producción estadística fue una actividad compartida entre funcionarios estatales y miembros de las sociedades científicas. Estos últimos, con sus propios recursos, desarrollaron un profuso trabajo. El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) se fundó en 1833, y en 1851 se transformó en la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. En 1880, Porfirio Díaz ordenó la creación de la Dirección General de Estadística para que se encargara de depurar y sistematizar los datos de la

encabezando la SSA Ignacio Morones Prieto, las campañas dejaron de ser de control y se transformaron en campañas de erradicación, en particular las de paludismo y tifo.⁵² Estos hechos sin duda formaron parte de un proceso “amplio y de larga duración: el de la asimilación de la idea y del ideal de una cultura de la prevención de las enfermedades evitables por parte de amplios sectores sociales”.⁵³

Estadística

Una de las acciones preventivas que más se fomentaron desde el siglo XIX tanto en México como en los países latinoamericanos fue la formación de estadísticas.⁵⁴ Los gobiernos y autoridades sanitarias consideraban prioritario conocer cuáles eran las enfermedades frecuentes, además de los sitios y la época del año en que se presentaban. Esto permitiría tomar las medidas más adecuadas para prevenir y combatir los padecimientos. La Dirección General de Estadística inició a fines de dicha centuria el primer censo de población y llevó a cabo la sistematización de algunos registros administrativos.⁵⁵ En el ámbito de salud pública, se reunió información sobre enfermedades, mortalidad (gráfico 1), profesionales en el campo de la salud y acerca de “defectos físicos e intelectuales”. En la Revolución mexicana se frenó esta labor en la esfera nacional. En Jalisco, sin embargo, se continuó con la recopilación de datos sobre las enfermedades, principalmente acerca de la viruela y la vacunación.

En la segunda década del siglo XX se retomó la labor estadística con la creación del Departamento de la Estadística Nacional, el cual diez años más tarde se denominó nuevamente Dirección General de Estadística (DGE). A partir de esto se dieron las primeras reuniones nacionales de estadística.⁵⁶ Durante 1933-1937 la DGE, la cual dependía de la Secretaría de la Economía Nacional, recopiló datos sobre la mortalidad en el país, así como de los progresos en el ámbito de la higiene pública y la asistencia social. La información con que trabajó la DGE provenía de los datos sobre nacimientos y defunciones de las oficinas del registro civil. De estas últimas funcio-

naban 3,120 en el territorio mexicano en el año 1939.⁵⁷ Este tipo de datos se siguieron reuniendo en los años subsiguientes.

Gráfico 1. Mortalidad clasificada por enfermedad en Jalisco 1895



Fuente: Elaboración propia, basada en Dirección General de Estadística (DGE), *Boletín demográfico de la República Mexicana, 1896*, (México: DGE, 1897), 46-47.

En 1940 surgieron los censos económicos y agropecuarios, la sistematización de algunas estadísticas demográficas y económicas y el compromiso institucional de los estados para establecer una estadística oficial de carácter nacional.⁵⁸ México también participó de los esfuerzos que se efectuaron en el ámbito internacional para recabar información. Hacia 1942 se conformó la Comisión de Estadística Biodemográfica y Epidemiológica para estandarizar la reunión de datos en los países americanos.⁵⁹ En 1944 se instituyó la Dirección General de Epidemiología y se publicó el primer *Boletín Epidemiológico*.⁶⁰ La *Ley Federal de Estadística*, publicada a finales de 1947, le otorgó la facultad a la DGE de realizar censos nacionales y la normatividad técnica para que el sector público elaborara estadísticas. De esta

República. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Historia del sistema de cuentas nacionales de México 1938-2000* (México: INEGI, 2003), vi.

55 Ministerio de Fomento-Dirección General de Estadística (DGE), *Censo General de la República Mexicana. Verificado el 20 de octubre de 1895* (México: DGE, 1899).

56 INEGI, *Historia del sistema*, vi.

57 Secretaría de Economía Nacional-DGE, *6° Censo de Población 1940. Resumen General* (México: Secretaría de Economía Nacional-DGE, 1943), 7-9.

58 INEGI, *Historia del sistema*, vi.

59 Con representantes del Servicio de Salubridad de Estados Unidos, de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, del Instituto Interamericano de Estadística y la Oficina Sanitaria Panamericana. Claudia Agostoni y Andrés Ríos Molina, *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010* (México: Universidad Nacional Autónoma de México/Secretaría de Salud, 235).

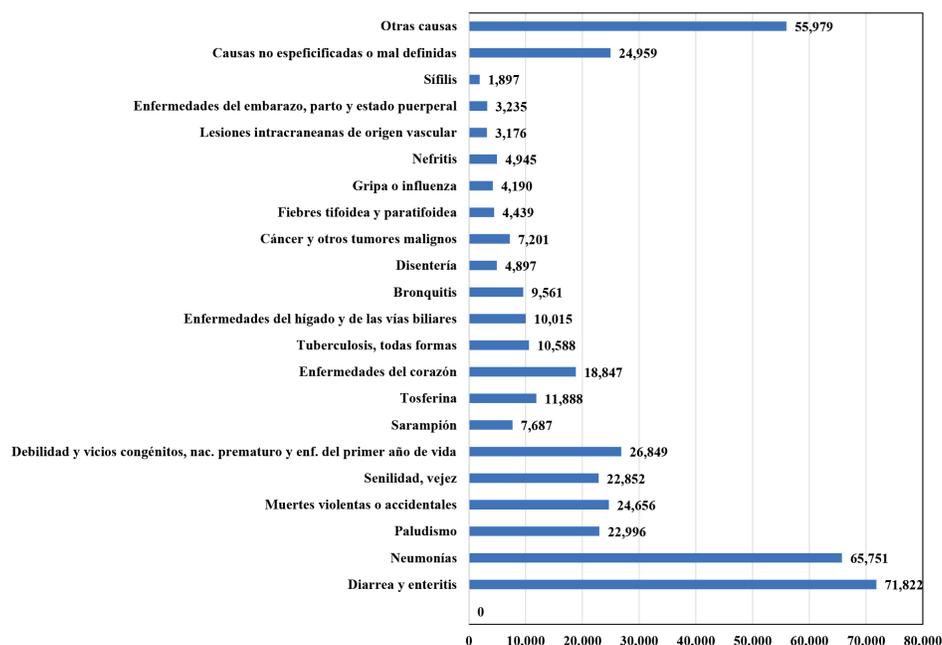
60 Esta publicación rendía informes detallados sobre diversas enfermedades. Claudia Agostoni y Andrés Ríos Molina, *Las estadísticas de salud*, 233.

61 INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales de México Cuenta satélite del sector salud de México, 2008 (México: INEGI, 2011), 3.

forma, en 1951 se realizó el diseño del primer formato de captación de estadísticas sobre salud.⁶¹

En México, las principales causas de muerte en 1950 fueron diarrea y enteritis (71,822), así como las neumonías (65,751). Las enfermedades infectocontagiosas continuaron presentes, pero se comenzó a experimentar un cambio demográfico de importancia con el incremento de defunciones por padecimientos crónico-degenerativos (gráfico 2).

Gráfico 2. Causas principales de defunción en México, 1950

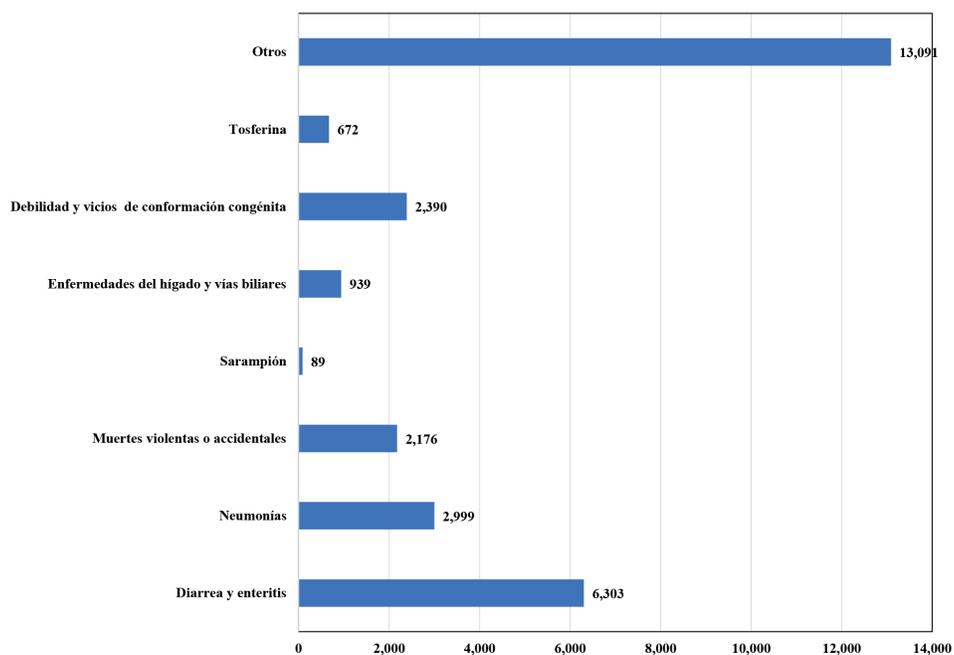


62 Ello se explica, en gran medida, por las condiciones insalubres del medio, lo cual era especialmente visible en centros urbanos como Guadalajara, a pesar de algunas de las acciones de salud pública de los gobiernos posrevolucionarios. Rafael Torres, “La gestión por el espacio social”, en *Revolución y vida cotidiana: Guadalajara, 1914-1934* (México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes), 233-301.

Fuente: Elaboración propia basada en Secretaría de Economía- DGE, *Séptimo censo general de población, 6 de junio de 1950. Parte Especial* (México: Secretaría de Economía- DGE, 1952), 11.

La información sobre Jalisco igualmente permite advertir como principales causas de defunción la diarrea y enteritis, con 6,303 defunciones,⁶² así como las neumonías, con 2,999 (gráfico 3).

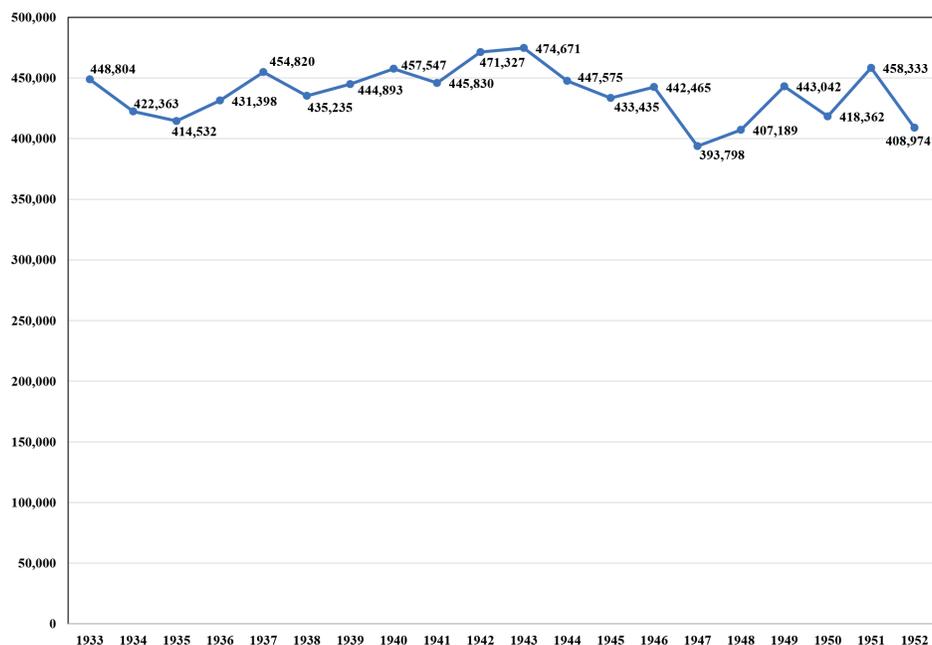
Gráfico 3. Causas principales de defunción en Jalisco, 1950



Fuente: Elaboración propia basada en Secretaría de Economía-DGE, *Séptimo censo general de población, 6 de junio de 1950. Estado de Jalisco* (México: Secretaría de Economía- DGE, 1952), 10.

Respecto de las defunciones, se observa un descenso de importancia entre 1933 y 1952, al pasar de 448,804 muertes a 408,974, lo cual, sin duda, es reflejo en parte de las acciones de salud pública implementadas durante la primera mitad del siglo xx (gráfico 4).

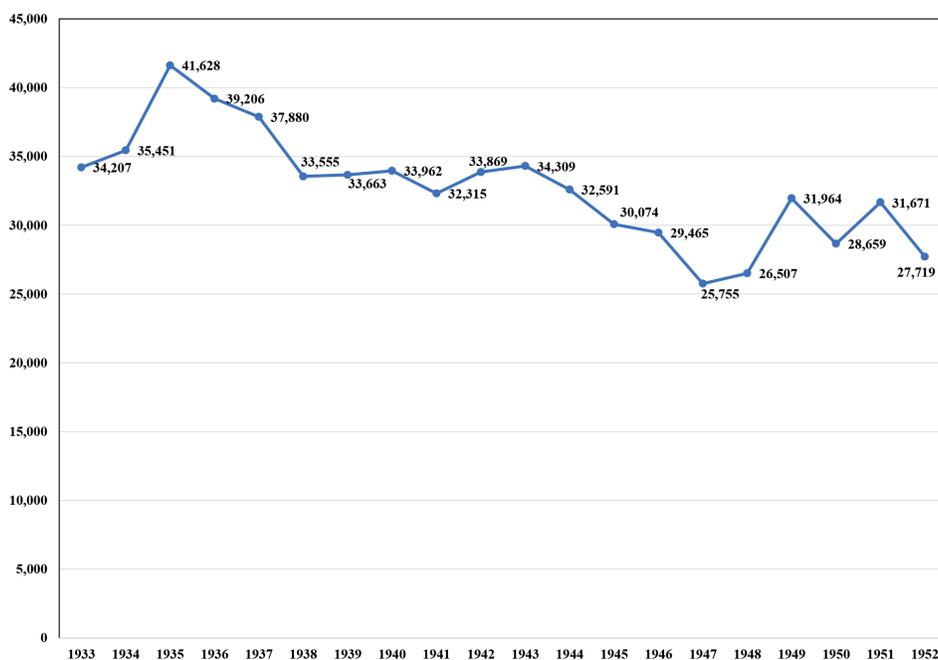
Gráfico 4. Defunciones registradas en la República Mexicana, 1933-1952



Fuente: Elaboración propia basada en Secretaría de Programación y Presupuesto (SP), *Defunciones registradas en la República Mexicana, 1933-1975* (México: SSP, 1982) 21.

Tal como en el campo nacional, en Jalisco se experimentó un descenso en el número de defunciones entre 1933 y 1952, de 34,207 a 27,719 respectivamente (gráfico 5).

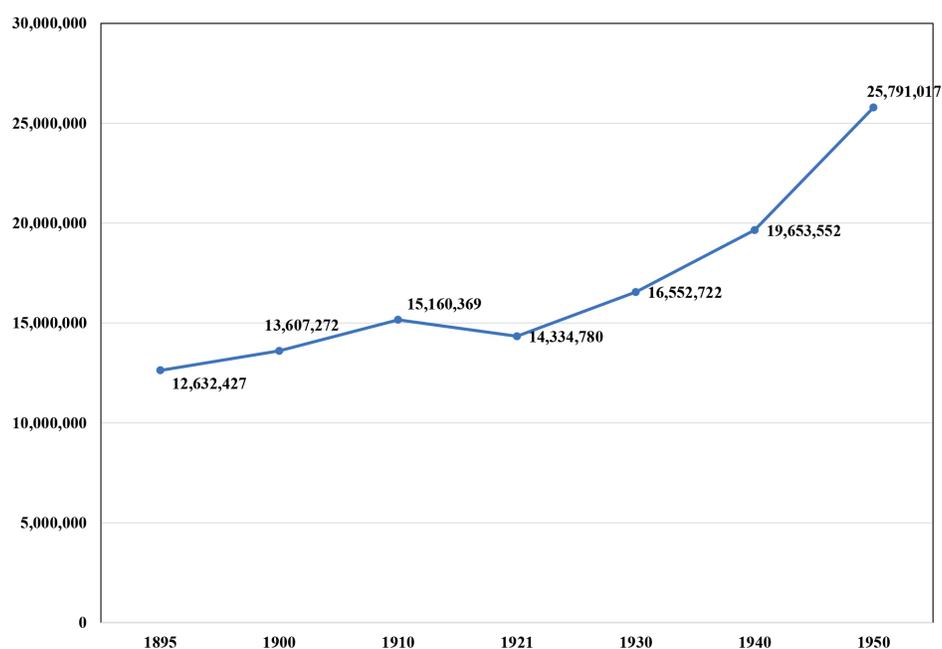
Gráfico 5. Defunciones registradas en Jalisco, 1933-1952



Fuente: Elaboración propia basada en SPP, *Defunciones registradas en la República Mexicana, 1933-1975* (México: SSP, 1982), 101.

El censo general de población de 1950 muestra un incremento notable de la población desde 1895. De 12,632,427 habitantes se pasó a 25,791,017; es decir, la población se duplicó (gráfico 6).

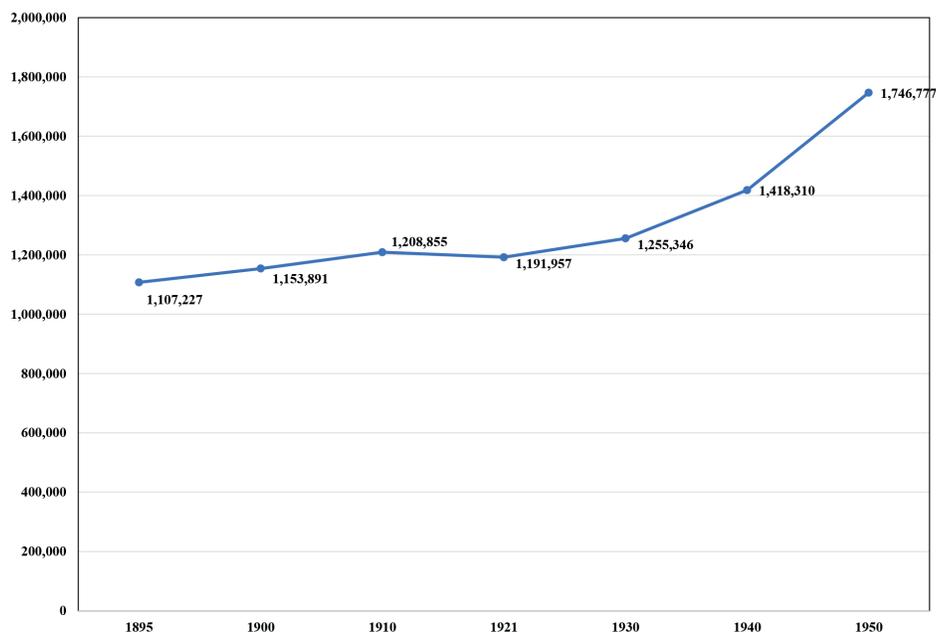
Gráfico 6. Población en México, 1895–1950



Fuente: Elaboración propia basada en Ministerio de Fomento–DGE, *Censo General de la República Mexicana. Verificado el 20 de octubre de 1895* (México: DGE, 1899); Secretaría de Agricultura y Fomento–Dirección de Estadística (DE), *Tercer Censo de Población de los Estados Unidos Mexicanos. Verificado el 27 de octubre de 1910* (México: Secretaría de Agricultura y Fomento–DE, 1918); Departamento de Estadística Nacional (DGE) 1928. *Resumen del Censo General de Habitantes de 30 de noviembre de 1921* (México: DEN, 1928); Secretaría de la Economía Nacional (SEN)–DGE, *Quinto Censo de Población. 15 de mayo de 1930* (México: SEN–GE, 1934); SEN–DGE, *6° Censo de Población 1940. Resumen general* (México: SEN–DGE, 1943); Secretaría de Economía–DGE, *Séptimo Censo General de Población, 6 de junio de 1950. Parte especial* (México: Secretaría de Economía–DGE, 1955).

En Jalisco, la población pasó de 1,107,227 habitantes a 1,746,777 entre 1895 y 1950 (gráfico 7).

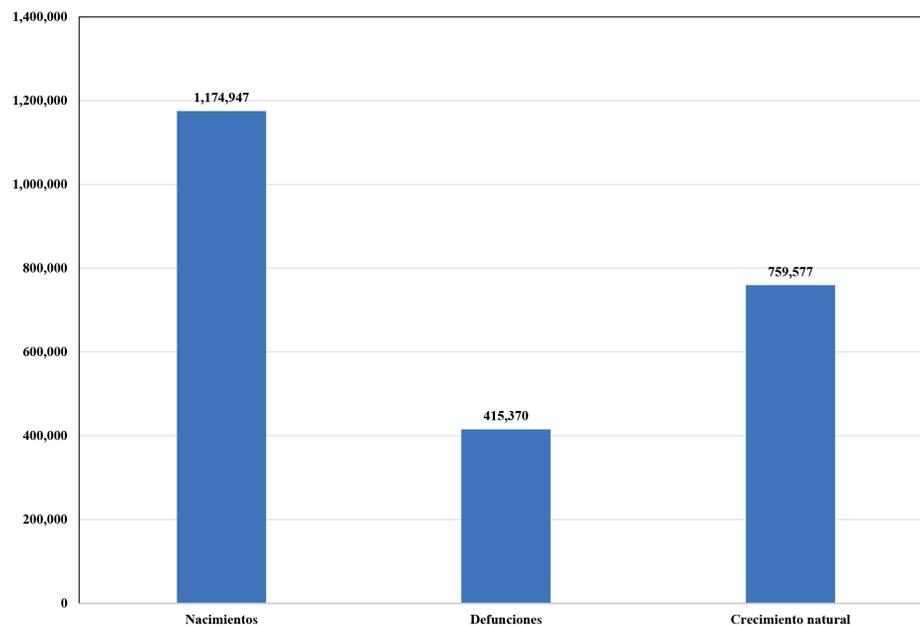
Gráfico 7. Población en Jalisco, 1895-1950



Fuente: Elaboración propia basada en Ministerio de Fomento-DGE, *Censo General de la República Mexicana. Verificado el 20 de octubre de 1895* (México: DGE, 1899); SEN-DEN, *Censo General de Habitantes 30 de noviembre de 1921. Estado de Jalisco* (México: SEN-DEN, 1926); SEN-DGE, *Quinto Censo de Población. 15 de mayo de 1930. Estado de Jalisco* (México: SEN-DGE, 1936); SEN-DGE, *6° Censo de población 1940. Jalisco* (México: SEN-DGE, 1943); SE-DGE, *Séptimo Censo General de Población, 6 de junio de 1950. Estado de Jalisco* (México: SE-DGE, 1952).

El censo general de población revela un contraste pronunciado entre el número de nacimientos y defunciones en 1950, y en consecuencia un crecimiento natural de la población de 759, 577 (gráfico 8).

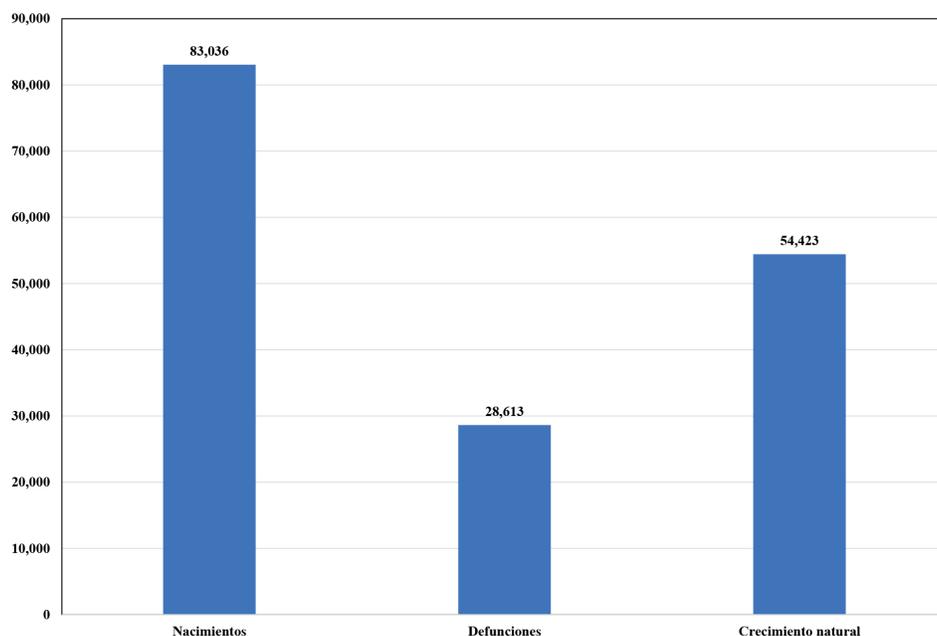
Gráfico 8. Nacimientos, defunciones y crecimiento natural
Censo General de Población 1950



Fuente: Elaboración propia basada en SE-DGE, *Séptimo Censo General de Población, 6 de junio de 1950* (México: SE-DGE, 1955), 11.

En Jalisco, el crecimiento natural de la población de 1950 fue de 54,423 habitantes (gráfico 9).

Gráfico 9. Nacimientos, defunciones y crecimiento natural
Censo General de Población, Jalisco 1950



Fuente: Elaboración propia, basado en SE-DGE, *Séptimo Censo General de Población, 6 de junio de 1950. Estado de Jalisco* (México: SE-DGE, 1952), 10.

Conclusión

En el periodo que ocupa este trabajo, 1917-1943, la Revolución representó una coyuntura. Aunque para ciertos analistas el movimiento armado no trajo consigo grandes reformas, en el ámbito de la salud pública se presentaron cambios de trascendencia, algunos al concluir el movimiento armado y otros durante las gestiones de Plutarco Elías Calles, Lázaro Cárdenas y Manuel Ávila Camacho. En 1917 se crearon seis secretarías y tres departamentos, uno de los cuales fue el Departamento de Salubridad Pública. En el mismo año se instituyó el Consejo de Salubridad General, organismo dependiente directamente del Ejecutivo. Posteriormente, durante el mandato de Calles, surgieron las Delegaciones Federales de Salubridad (1926); bajo el de Cárdenas, los Servicios Coordinados de Salud

Pública (1936) y la Secretaría de Asistencia Pública (1937). En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que fusionó las atribuciones del DSP y la SAP. Desde la perspectiva “revolucionaria”, cada uno de estos organismos formó parte de la estrategia centralizadora necesaria para la reconfiguración del nuevo Estado.

Si bien durante la gestión de Porfirio Díaz se instituyeron los primeros organismos que lograron ampliar su radio de acción hacia el interior de la República y los estados, verdaderos intentos de centralización sanitaria se presentaron en el periodo posrevolucionario. A diferencia de sus antecesores, los organismos posrevolucionarios tuvieron un relativo éxito en cuanto a su alcance territorial, aunque, en lo estructural, es posible aseverar que en sus primeros años de funcionamiento se reprodujo el modelo decimonónico y porfirista en el sentido de dictar medidas desde el centro sin verificar de forma eficaz su cumplimiento; además de enfocarse en asuntos de salubridad pública como el saneamiento del medio en puertos y fronteras y la vacunación. Esta manera de operar se fue modificando de forma paulatina, y el mayor control y centralización de la salud pública se hizo más evidente con el actuar, principalmente, del DSP y las DFS.

La creación de los organismos sanitarios era una medida necesaria para dirigir el combate y la erradicación de enfermedades contagiosas. El discurso posrevolucionario planteó fortalecer a su población y mejorar la raza, contar con mexicanos sanos, vigorosos y aptos para el trabajo, lo cual a su vez traería mejoras en el campo económico. Paralelamente, se experimentó un cambio conceptual en términos de salud pública, lo cual fue evidente con el surgimiento de la SAP en 1937. Por influencia de los principios del Estado de Bienestar, el concepto decimonónico de beneficencia fue sustituido por el de asistencia, lo cual fue aún más notorio con la creación de la SSA en 1943.

Por otra parte, la vacunación fue una de las principales acciones para combatir diversos padecimientos, en especial la viruela a principios del siglo XX. Si bien durante la centuria previa esta medida era una acción común, en particular desde el porfirato, fue en el periodo posrevolucionario

cuando el contexto sociopolítico, la existencia de organismos sanitarios más estables y con mayor alcance, así como una mejor infraestructura, y la asimilación de una cultura de la prevención entre amplios sectores sociales, permitieron que este procedimiento llegara por fin a institucionalizarse en el ámbito nacional y estatal. Ello, junto con la influencia de organismos como la OPS y la OMS, permitió que en 1951 la viruela fuera erradicada del país. Un año después las campañas de control se transformaron en campañas de erradicación.

La formación de estadísticas fue una acción frecuente desde el siglo XIX, pero solo en la centuria siguiente consiguió sistematizarse. Para los gobiernos y autoridades sanitarias era fundamental conocer cuáles eran las enfermedades más frecuentes, además de los sitios y la época del año en que se presentaban. Esto permitiría tener herramientas para prevenir y combatir los padecimientos. En el espacio local fueron el gobierno del estado y los ayuntamientos los responsables de recabar la información en materia de salud pública. En la esfera nacional, la DGE fue el organismo encargado de dirigir la recopilación de datos.

La creación de organismos sanitarios, la vacunación y la estadística, fueron solo algunas de las acciones implementadas por los gobiernos y autoridades de salud pública entre 1917 y 1943. A estas acciones se sumaron otras tantas que no fueron abordadas en este trabajo, pero que sin duda fueron fundamentales para prevenir y combatir las enfermedades: el saneamiento, la creación de hospitales, la dotación de servicios públicos (agua potable, alcantarillado, drenaje), las campañas de difusión, la legislación, las inspecciones sanitarias y el incremento del presupuesto destinado a salud, por mencionar algunas. Cada una de estas acciones contribuyó a mejorar la salud de la población y tuvo impacto en los indicadores demográficos: las enfermedades infectocontagiosas continuaron presentes, pero se comenzó a experimentar un cambio demográfico de importancia con el incremento de defunciones por padecimientos crónico-degenerativos; las defunciones descendieron entre 1933 y 1952, a escala nacional al

9% y en la estatal al 19%; la población aumentó entre 1895 y 1950 en el ámbito nacional en el 51% y en el estatal en el 37%.

En conclusión, la creación de organismos sanitarios, la vacunación y las estadísticas permitieron, junto con otras acciones de salud pública, conocer, prevenir y combatir las enfermedades de manera más eficaz en el marco nacional y local, debido a su consolidación e institucionalización. Ello impactó de manera significativa en el ámbito demográfico.