

La medicina en México hacia el siglo XX*

Ana Flisser

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

Recibido en su versión modificada: 19 de enero de 2009

Aceptado: 30 de enero de 2009

RESUMEN

El final del siglo XIX y el inicio del siglo XX fueron un parteaguas en la medicina, ya que con la revolución industrial surgió la revolución médica, que siguió el mismo patrón: la creación de aparatos e instrumentos. Esto inició la transformación de la medicina como ciencia y el establecimiento de las especialidades médicas. El mérito de los médicos mexicanos fue adaptarse rápidamente al pensamiento imperante. Ocurrieron cambios importantes en la práctica médica y en el gremio médico, asociados a la fundación de diversas instituciones médicas. La salud pública surge como concepto sanitario enfocado al individuo y la población.

Palabras clave:

Historia de la medicina, México, salud pública

SUMMARY

The end of the 19th and the beginning of the 20th century constitute a breakthrough in medicine. The Industrial Revolution was soon followed by a revolution in medicine characterized by a similar pattern where novel technology was produced. This initiated the transformation of medicine as a science and the establishment of medical specialties as we know them to date. Mexicans physicians must be commended for quickly adapting to this new way of thinking and practicing medicine. Important changes in clinical practice and in the medical community took place and were associated with the creation of several medical institutions. The field of public health grew as a medical concept focused on the individual and the population.

Key words:

History of medicine, Mexico, public health

El final del siglo XIX y el inicio del siglo XX fueron un parteaguas en la medicina, que se puede agrupar en dos áreas: la práctica médica y la salud pública.

La práctica médica

Con la revolución industrial surgió la revolución médica, que siguió el mismo patrón: la creación de aparatos e instrumentos. Esto inició la transformación de la medicina como ciencia y el establecimiento de las especialidades médicas. Los médicos, con aparatos como el oftalmoscopio, el espejo de cabeza, el cistoscopio y los rayos X, podían "ver" dentro del ser humano. Esto hizo que la anatomía sustituyera los antiguos sistemas y se abandonara el concepto humoral de las funciones y las enfermedades. Para entonces, el clínico pensaba y hablaba en términos anatómicos. El mérito de los médicos mexicanos fue adaptarse rápidamente al pensamiento imperante. Ejemplos de ello fueron los doctores Lucio, Pascua, Alvarado y Miguel Jiménez, quienes realizaron numerosas necropsias.

Concluyó el siglo XIX con la introducción de la antisepsia y las prácticas asépticas como acontecimientos notables para la salud y bienestar del hombre; los líderes en México fueron los doctores Eduardo Liceaga y Ricardo Vértiz, este último introdujo el concepto de asepsia al Hospital Juárez en 1880. En 1901 se funda el Hospital General de México, que hasta hoy es la institución más importante en asistencia, beneficencia y enseñanza médica del país, organizada por pabellones de diferentes especialidades médicas, con lo que nace la modernidad hospitalaria. El poeta Amado Nervo escribió una oda para la inauguración del nosocomio, celebrando la justicia social: "amigo mío desheredado, hermano mío desconsolado, ya tienes casa, ya tienes pan, entra si sufres a esta guarida, verás la limpia mesa servida, todos los labios te sonreirán".¹

En 1904, conforme la incipiente industrialización llegaba al territorio mexicano, José Vicente Villada expidió en el Estado de México un decreto que reconocía la incidencia de los accidentes de trabajo; dos años después, Bernardo Reyes aprobó, en Nuevo León, una ley similar. En 1910, en su campaña presidencial, Francisco I. Madero señaló la conve-

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Ana Flisser. Av. Universidad 3000, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México D.F., México. Tel.: (55) 5623 2466. Fax: (55) 5623 2382. Correo electrónico: flisser@servidor.unam.mx

*Este trabajo fue presentado como examen del módulo IV en el diplomado presencial "México: un país, muchas historias", Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, mayo de 2008.

niencia de elaborar leyes "...para asegurar pensiones a obreros mutilados en la industria". La Constitución Política de 1917 plasmó demandas sociales básicas al crear, mediante el artículo 16, el Departamento de Salubridad. A partir de esto ocurrió una serie de sucesos: durante la presidencia de Abelardo L. Rodríguez, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1935; dos años después, la de la Secretaría de Asistencia Pública y en 1943, su fusión con el Departamento de Salubridad que dio lugar al nacimiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; en los siguientes 20 años surgieron el Hospital Central Militar, el Hospital de La Raza, el Centro Médico Nacional, el Centro Médico 20 de Noviembre y, como el primero de los hospitales de financiamiento privado, el Hospital Americano British Cowdray.¹

Este conjunto de sucesos muestra que la organización de la práctica médica obedece a la estructura económica y social de un momento histórico dado. Así, a una estructura feudal altamente religiosa corresponden instituciones de caridad y beneficencia; conforme el Estado asume las funciones que antaño correspondieron a la iglesia, se construyen las instituciones de salud pública y seguridad social; por último, a medida que el capitalismo se arraiga en la nación mexicana, surgen hospitales y seguros médicos de carácter privado.¹

La comunidad médica porfiriana estaba formada por médicos cirujanos, farmacéuticos, parteros (as) y dentistas con un título legal. Para 1900, el gremio médico contaba con 2262 médicos titulados a nivel nacional, de los cuales 525 ejercían su profesión en el Distrito Federal. Múltiples eran sus deberes y obligaciones: la atención y el cuidado médico, fuese en una clínica privada, en un hospital o a la cabecera del paciente; la supervisión de las condiciones sanitarias de fábricas, talleres, escuelas y otros sitios de aglomeración de personas, para evitar la propagación de epidemias, así como la elaboración de estadísticas médicas; además, tenían una clara labor pedagógica. Los profesionales de la salud consideraban que tenían una base distintiva de legitimidad y autoridad, la cual los constituía como miembros de una comunidad o gremio que compartía una serie de normas y códigos de conducta, así como un elevado sentido de responsabilidad. Para los médicos era fundamental pertenecer e identificarse con una tradición médica, que era la tradición médica occidental, en particular la francesa, la cual a su vez se remontaba, en última instancia, a la tradición médica griega antigua.²

El doctor José Eleuterio González en su libro *Lecciones orales de moral médica*, publicado en 1878, insistía en la necesidad de que el médico evitara enriquecerse a costa del enfermo y en que debía ser caritativo con los pobres, los extranjeros, los huérfanos y los desvalidos. También aclaraba que cuando el médico era llamado para ver a un enfermo, debía ir sin dilación y acudir vestido decentemente y muy limpio, sin demasiada elegancia para que no lo creyeran superficial y casquivano, ni tampoco ir desaliñado y sucio para que no diera asco a la gente. Para González era preciso que se estableciera una tajante separación entre el público y el médico. La falta de limpieza y de pulcritud podía mostrar debilidad, reducir el prestigio del médico, así como atentar

en contra de la dignidad y estima que el público debía tener hacia este profesional. Después de todo, el médico no era una persona ordinaria, ya que, como señalaba el doctor José Olvera, "ser médico no es un medio como cualquier otro para ganarse la vida".²

Continuaba el doctor González señalando que el médico, a la cabecera del enfermo, debía procurar tratar a todos los familiares y acompañantes con atención y franqueza, mostrando interés por la salud del enfermo. También era indispensable que fuera muy cuidadoso al examinar al enfermo, sin que nada se le escapase, todo conforme a las prescripciones de la ciencia, preguntando a los asistentes todo cuanto supieran acerca de la enfermedad de que se trataba. Solo entonces podía el médico elaborar el diagnóstico y prescribir un tratamiento. Para dicho tratamiento era fundamental utilizar un lenguaje claro, sencillo y directo, sin emplear términos técnicos, y ser muy cuidadoso al prescribir remedios, pues era de crucial importancia evitar perjudicar al paciente, debido a que un solo caso de negligencia médica constituía un atentado hacia la honorabilidad del gremio médico en su totalidad.²

Otros requisitos indispensables eran ser honrado con los pacientes y no prometer curaciones maravillosas o milagrosas, guardar con el celo de un sacerdote el secreto profesional y no cobrar honorarios exorbitantes pero sí justos, de acuerdo con la situación del cliente y en relación con la importancia de los servicios prestados.²

Los salarios fluctuaban entre 50 centavos y 8 pesos en la capital y 50 centavos y 1 peso en el resto del país. En opinión de los médicos Secundino Sosa y Alberto Salinas y Rivera, era costumbre pagarle al médico de "manera verdaderamente humillante", como si éste recibiese una "limosna dada con el más piadoso disimulo a un pobre de solemnidad", haciéndolo "de manera oculta"; es más, en la alta sociedad "los individuos de la familia no se dignan pagar personalmente al médico, sino que se le manda su honorario con el último de los domésticos, lo que da lugar a que se cometan abusos que el médico no aclara por dignidad".²

El doctor Secundino Sosa sostenía que era fundamental que los médicos se unieran para estudiar, para consultarse e incluso para ponerse de acuerdo en sus negocios. El doctor Demetrio Mejía consideraba que cada médico "se lleva al sepulcro todo lo que conquistó, todo aquello que no aprendió en libros, que fue, en fin, exclusivo fruto de su experiencia personal". Probablemente por esto, fue precisamente durante el porfiriato cuando proliferaron numerosas asociaciones y sociedades médicas y cuando fueron celebrados múltiples congresos médicos e higiénicos, tanto nacionales como internacionales. Esto apunta hacia la necesidad de asociación, unión, intercambio de ideas y compartir una serie de normas y códigos de conducta tanto públicos como privados, cuyo pilar era, y sigue siendo, la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864 como Sección Médica de la Comisión Científica de México. La figura 1 muestra un cuadro, ubicado en la Academia Nacional de Medicina, que reúne a los académicos de 1923; dicho cuadro fue pintado por don Manuel del Valle.³

La salud pública

El doctor Eduardo Liceaga, quien tenía una inteligencia excepcional y gozaba de la confianza del general Porfirio Díaz, fue nombrado presidente del Consejo Superior de Salubridad en 1885; en la ceremonia comentó que no había aprendido nada en absoluto de higiene pública o de la ciencia sanitaria. Este comentario favoreció que a partir de 1888 se separara la cátedra de Higiene de la de Fisiología, denominándose Higiene y Metrología Médica. Unos años después, en 1889, el doctor Luis E. Ruiz, veracruzano de Alvarado, partero en la práctica diaria e higienista por autodidactismo, tuvo a su cargo la cátedra de Higiene, en la cual expresó conceptos y trazó un programa que nos permiten saber qué era la higiene para los médicos mexicanos de hace un siglo. Entre varios conceptos señalaba que “la higiene es el arte científico de conservar la salud y vigorizar el organismo. En consecuencia, la higiene es la primera de las artes, puesto

que la salud es el primero de los bienes”. El doctor Ruiz afirmaba que la conservación de la salud consiste en la prevención de las enfermedades, y que para la vigorización del organismo “se tienen tres recursos soberbios: primero, dar buena y adecuada alimentación y llevar vida activa, sobre todo muscular, porque de esta manera serán evitadas o vencidas las enfermedades que nos invaden cuando el organismo está debilitado; segundo, someterse de un modo incesante a la eficaz hidroterapia, pues de este modo es seguro que nos precavemos de todas las enfermedades que nos vienen del frío y de la humedad y, tercero, debemos someternos a las vacunaciones”.

El doctor Eduardo Liceaga, con su nombramiento de presidente del Consejo Superior de Salubridad, durante su viaje a Europa en 1887, visitó el laboratorio de Louis Pasteur en París y recibió ahí el virus atenuado de la rabia en el cerebro de un conejo. Lo trasladó a México y reprodujo el virus según la técnica aconsejada para fijarlo, y el 23 de abril de 1888 vacunó al niño Isidro Delgadillo, quien había sido mordido por un perro rabioso, salvándole la vida. Liceaga creó el Instituto Antirrábico, para la producción de la vacuna antirrábica.⁴

Relacionado con el concepto de higiene personal, lo dicho en 1901 por el doctor Porfirio Parra resulta de gran importancia por la profunda e ineludible relación de la higiene con las condiciones socioeconómicas del individuo o de la comunidad:

La higiene personal es la base de la higiene pública, ya que aquella está estrechamente relacionada con la economía y con cierta cultura intelectual y moral. Ciertamente, para que un individuo siga los preceptos higiénicos, el primer requisito es que tenga los medios para hacerlo, pues no cumple con la higiene todo el que quiere sino el que además de querer, puede. En efecto, los primeros mandamientos de la higiene se refieren a la habitación, que debe ser amplia, bien ventilada y bien iluminada; a los vestidos, que deben ser convenientes y adecuados; a la alimentación, que debe componerse de alimentos de buena calidad, ingeridos en cantidad conveniente; al aseo personal, lo cual supone agua y jabón y, por lo menos, varias piezas de ropa interior. Esmerar estas condiciones es lo mismo que decir que ellas no pueden ser cumplidas por los desheredados de la fortuna y del trabajo.

Al finalizar el siglo XIX, la evolución de las ideas,⁴ de las relaciones y de las diferencias y semejanzas entre los países y las comunidades de América, desencadenó la búsqueda de un modelo de integración formativo, normativo y de regulación en lo referente a la salud pública. El interés de México en el proceso de creación de la Organización Panamericana de la Salud data de hace más de 100 años y se debe, en gran parte, a los doctores Eduardo Liceaga y José Ramírez. En 1892, la Asociación Americana de Salud Pública realizó su congreso en la ciudad de México, habiéndose nombrado vicepresidente al doctor Liceaga. Uno de los logros del congreso fue el reforzamiento de las acciones sanitarias entre México y Estados Unidos. Cinco años después, en 1897, el doctor Ramírez asistió al siguiente congreso, realizado en Washington DC, con la representación de México. La participación de los doctores Liceaga y Ramírez



Fig. 26. Pesta para la identificación de los académicos representados en el cuadro de 1923.

1. Manuel S. Seriano (1837-1927); 2. Manuel Villada (1841-1924); 3. Manuel Toussaint (1860-1927); 4. Santiago Ramírez (1863-1945); 5. Francisco Hurtado (1859-1937); 6. Gregorio Múzquiz (1846-1932); 7. Octaviano González Fabila (1870-1928); 8. Alberto López Herrera (1850-1928); 9. José de Jesús González (1873-1933); 10. Enrique O. Aragón (1860-1942); 11. Samuel García (1862-vive); 12. Ramón Icaza (1848-1926); 13. Miguel R. Solerón (1875-1947); 14. Jesús E. Monjarás (1846-1944); 15. Nicolás Ramírez de Arellano (1851-1924); 16. Gabriel M. Mahla (1876-vive); 17. José Terré (1864-1924); 18. Germán Díaz Lombardo (1872-1924); 19. Luis S. Vázquez (1879-1947); 20. Luis Troceni Abalá (1857-1946); 21. Julián Villareal (1869-1934); 22. Emilio F. Montado (1863-1936); 23. Ignacio Prieto (1870-1930); 24. Joaquín Coto (1866-1943); 25. Manuel Uribe y Troceni (1867-vive); 26. Daniel M. Vélez (1867-1935); 27. Francisco Bulmar (1868-1943); 28. Juan Manuel Noriega (1860-vive); 29. Antonio F. Laveza (1871-1947); 30. Donato López (1880-1940); 31. José Joaquín Inguirto (1893-vive); 32. Ricardo E. Cicero (1869-1935); 33. Fernando Ocaranza (1876-vive); 34. Jesús Arroyo (1888-vive); 35. Ángel Briones Vasconcelos (1883-1933); 36. Francisco Paz (1881-vive); 37. Rosendo Amor (1879-vive); 38. Emilio del Razo (1868-1947); 39. Gonzalo Castañeda (1872-1947); 40. Ricardo E. Manuel (1867-1949); 41. Ulises Valdez (1874-1930); 42. Rafael Silva (1876-1949); 43. Francisco de P. Miranda (1890-1950); 44. Antonio F. Alonso (1868-1953); 45. Evaristo Landa (1877-1950); 46. Tomás G. Perrin (1881-vive); 47. Miguel E. Gordón (1869-1951); 48. Manuel Gómez Álvarez (1867-1936); 49. Pedro F. Pereda (1863-1923); 50. Alonso Préndez (1878-vive); 51. Ernesto Corvera (1883-vive); 52. Juan Velázquez Uriarte (1863-1943); 53. Eliseo Ramírez (1888-1940); 54. José Tomás Rojas (1891-vive); 55. Daniel Vergara López (1863-1938); 56. Manuel S. Iglesias (1860-1941); 57. Antonio Matías (1859-1932); 58. Ángel Vallarín (1876-vive); 59. Rafael Carrillo (1870-1941); 60. Indro Espinosa de los Reyes (1887-1931); 61. Luis Rivera Borró (1883-1953); 62. Ramón Pereda (1866-1940); 63. Eusebio Uchá (1876-1940); 64. Francisco Castillo Nájera (1886-1935); 65. Ricardo Tapia Fernández (1871-vive); 66. José María Gama (1836-1936); 67. Genaro Eschbach (1878-1940); 68. Nicolás Lelo (1859-1929); 69. Rafael Rojas Lina (1879-vive).

Figura 1. Cuadro ubicado en la Academia Nacional de Medicina, que reúne a los académicos de 1923; pintado por don Manuel del Valle. Para facilitar su identificación, en la parte inferior se muestra un listado numérico de los académicos. Fotografía reproducida del libro *Historia de la Academia Nacional de Medicina de México*, de Fernández del Castillo (1956), con autorización de la Academia Nacional de Medicina.

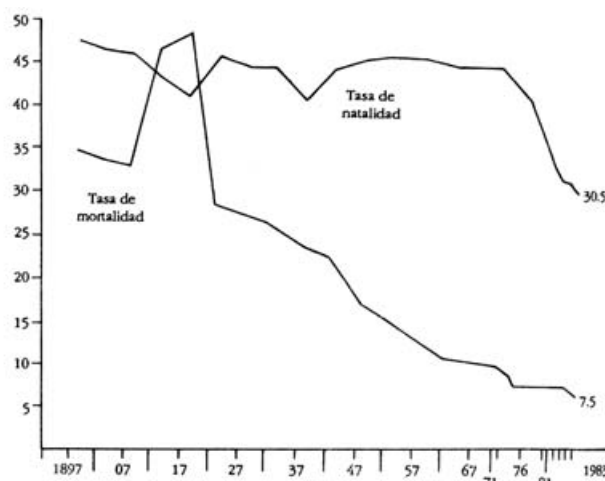
en los citados congresos constituyó un respaldo valioso para los proyectos que se presentarían en los primeros años del siglo XX sobre el control de enfermedades sometidas a cuarentena en América.⁵

En la década siguiente, en octubre de 1901, en la ciudad de México se llevó a cabo la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos, la cual tuvo como propósito general acercar a los países de América en cuanto a la solución de problemas comunes. Aunque la agenda era básicamente político-económica, se dio espacio a la salud pública. La Conferencia acordó que el Consejo Directivo de la Unión Internacional de Repúblicas Americanas (hoy Organización de Estados Americanos) programara y organizara convenciones periódicas sobre sanidad, con la presencia de representantes de las naciones americanas, para formular normas y regulaciones con el propósito de que las medidas de la cuarentena pudieran ser reducidas al mínimo en relación con el cólera, la fiebre amarilla, la peste bubónica y otras enfermedades endémicas. Por ese entonces, la salud no era un valor común en América.⁵

La primera guerra mundial impidió el desarrollo de conferencias, además de que México se encontraba bajo las diversas acciones del movimiento revolucionario. Para septiembre de 1926 se inició una nueva etapa en la salud pública continental con la organización, en Washington DC, de la Primera Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad Pública. El doctor Bernardo Gastelum, representante de México, presentó el libro *La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social*, a raíz de lo cual el delegado de Brasil expresó: "México se presenta como siempre igual, a la vanguardia". Dicha conferencia fue el principio de las reuniones de Ministerios de Salud de América.⁵

El gran crecimiento poblacional observado a partir del periodo posrevolucionario tiene gran impacto en la salud pública. El número de mexicanos aumentó de 13 millones en 1900 a 20 millones en 1940 y de 37 millones en 1960 a 70 millones en 1980, llegando en 2005 a 103 millones de habitantes. Este enorme incremento se asocia con las áreas mencionadas al inicio de este ensayo: la práctica médica progresa de manera estable y reconoce a la higiene como valor prioritario, tanto en las personas como en la comunidad, debido a esto último surge la salud pública como interés nacional y continental. La figura 2 muestra la principal causa de este gran aumento poblacional: la disminución de la mortalidad en una población cuyo índice de natalidad se mantuvo estable. La causa de la disminución constante de la mortalidad se debe básicamente a dos causas: el surgimiento de vacunas y de antibióticos, así como el incremento sólido en el uso de ambos.⁶

Respecto al inicio del siglo XX, el doctor Fernando Martínez Cortés señala: "en síntesis, la última década del siglo XIX entra de lleno a una nueva época; ahora son otros los conceptos y otras las acciones para luchar contra las enfermedades que constituyen problemas de salud pública.



GRÁFICA XX.1. México: Tasas de natalidad y mortalidad

Figura 2. Principal causa del gran aumento poblacional en México: la disminución de la tasa de mortalidad de 17 a 8 (número de defunciones por cada 1000 habitantes), en el mismo periodo (1947-1974) en el que la tasa de natalidad (número de nacimientos por cada 1000 habitantes) se mantuvo estable. Reproducida de "Dinámica de la población y la salud" (Urbina Fuentes, 1990), con autorización del autor.

Lo que en adelante se haga tendrá que enmarcarse en otros conocimientos o teorías. El corte histórico se impone". Por su parte, el doctor Federico Ortiz Quesada, respecto a la conclusión del siglo XX, considera que "a un siglo de haberse iniciado la construcción de una red médica y hospitalaria de salud y seguridad sin paralelo, tal experiencia histórica condujo a México en 1994 a la reforma del sistema de salud que habría de contemplar la descentralización, la ampliación de cobertura, un paquete básico de salud y la mejoría en la calidad, la eficiencia y la equidad de los servicios médicos, en particular de los hospitales".^{1,4}

Referencias

1. Ortiz-Quesada F. Hospitales. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2000.
2. Agostini C. El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas. En: Agostini C, Speckman E, editores. Modernidad, tradición y alteridad. La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX). México: Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México; 2001, pp. 97-111.
3. Fernández del Castillo F. Historia de la Academia Nacional de Medicina de México. Libro conmemorativo del Nonagésimo Aniversario de la Fundación de la Sección Médica de la Comisión Científica de México (19 de abril de 1864). México: Academia Nacional de Medicina; 1956.
4. Martínez-Cortés F. La medicina científica y el siglo XIX mexicano. Segunda edición. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
5. Fajardo-Ortiz G. México y su participación en los inicios de la Organización Panamericana de la Salud. En: Academia Nacional de Medicina, editora. Cooperación Internacional sobre Salud en México. México: Piensa; 1995.
6. Urbina-Fuentes M. Dinámica de la población y la salud. En: De la Fuente JR, Martuscelli J, Alarcón D, editores. La investigación en salud: balance y transición. México: Fondo de Cultura Económica/SSA; 1990.